

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE E.V.



Kritische Studie zum Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“.
Eine fachwissenschaftliche Stellungnahme

- zur Prüfung der wissenschaftlichen Qualität des Modells sowie der Aussagekraft seiner Ergebnisse und
- für eine humane, patientenbezogene Qualitätssicherung in der Richtlinienpsychotherapie.

Dr. Heiner Sasse
Januar 2011

Diese Studie steht als E-Book unter der ISBN 978-3-935374-01-9
als Download kostenfrei auf der Homepage der DGIP
(<http://www.dgip.de/publikationen>) zur Verfügung.

Gliederung:

Einleitung (S.8 -29)

Vorbemerkungen S. 8

Einführung in die berufspolitischen Konfliktfelder und Auseinandersetzungen S. 8 - 25

Zielsetzung dieser Studie S. 25 - 29

Kapitel 1 (S. 29 –89)

Einführung in die Definition und Beschreibung der Qualität und Humanität der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien

1. Grundlagen der Qualitätsbeschreibung und ihrer Erfassung in den tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Therapien
 - 1.1. Grundlagen der Qualitätsbestimmung: Definition von Qualität: Übersichtsskizze
 2. Die Unterschiede zwischen Wirksamkeitsforschung und Qualitätserfassung
 3. Qualität und Humanität in den psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren
 4. Vier Fundamente der psychoanalytisch begründeten Verfahren zur Bestimmung der Strukturqualität
 - 4.1. Der psychoanalytische Wissenschaftsansatz
 - 4.2. Die verfahrensspezifisch psychoanalytische Fachkunde
 - 4.2.1. Einführung in das Verständnis des Unbewussten und den sich daraus ergebenden Folgen für die Behandlungspraxis
 - 4.3. Das psychoanalytische Menschenbild und die verfahrensbezogenen Werte als Basis für die Prüfung der Humanität der Behandlungen
 - 4.3.1. Dimensionen des psychoanalytischen Menschenbildes
 - 4.4. Die personengebundene Beziehungs- und Behandlungskompetenz des Therapeuten
 5. Zur Bestimmung der Qualitätsmerkmale (Prozessstruktur) der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie: Zehn Qualitätsmerkmale der psychoanalytisch begründeten Verfahren
 - 5.1. Erfassung und Bearbeitung der seelischen Struktur, der unbewussten Substrukturen und ihrer Merkmalswerte
 - 5.1.1. Die Merkmalswerte der Struktur
 - 5.2. Erfassung und Bearbeitung der unbewussten Konfliktbewältigung in ihrer neurotischen Ausprägung
 - 5.3. Nutzung von unterschiedlich verfahrensspezifischen Beziehungsformen
 - 5.4. Nutzung von unterschiedlich verfahrensspezifischen Behandlungsräumen
 - 5.5. Nutzung und Beachtung der Abfolge der spezifisch psychoanalytischen Therapiephasen
 - 5.6. Fokussierung auf die Erlebenswelt des Patienten unter Beachtung seiner individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten
 - 5.7. Wahrnehmung und hypothesengeleitetes Verständnis der Funktionen des unbewussten Krankheitsgeschehens und des unbewussten/bewussten seelischen Gesundungspotentials des Patienten durch kontinuierliche Reflektion der Beziehung und des Prozesses im dualen Beziehungsgeschehen
 - 5.8. Erstellung und Prüfung der psychoanalytisch-begründeten Trias von Diagnose – Therapieplanung - Differentialindikationsstellung
 - 5.9. Die Wirksamkeit der Erfahrungen aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und die Notwendigkeit ihrer Zusammenhangsbetrachtung: Die Bedeutung der Biographie

- 5.10. Entfaltung und Nutzung der menschlichen Ressourcen im Prozess: das schöpferische Unbewusste des Behandlers und des Patienten: Erfahrungen, Kenntnisse, Wissen, Können, Werten, Fühlen Spüren, Wollen, Intuition
6. Zur Bestimmung von acht Faktoren der Kompetenz der Behandler in den psychoanalytisch begründeten Verfahren
- 6.1. Aufbau und Beendigung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses in wechselseitiger und wechselnder Bedeutsamkeit
- 6.2. Konzentration auf ein patientenbezogenes und patientenspezifisches Beziehungsgeschehen
- 6.3. Verständnis der Abwehr, der Überwindung und des Abgewehrten im unbewussten Wirkzusammenhang
- 6.4. Gestaltung notwendiger Beziehungsformen (Übertragung, Gegenübertragung usw.) und Behandlungsräume in unterschiedlichen Therapiephasen
- 6.5. Ermöglichung eines regressiven Prozesses zur Entwicklung der Pathologie unter Nutzung der Hingabe des Behandlers an das auftauchende Unbewusste des Patienten
- 6.6. Erstellung und Umsetzung eines sich dem Verlauf der Behandlung und dem individuellen Stand des Patienten anpassenden Behandlungsplanes
- 6.7. Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses des Zusammenhanges von persönlicher Biographie, subjektiver, geschlechtsspezifischer Identität des Patienten mit den Funktionen der Erkrankung und Heilung
- 6.8. Kontinuierliche Reflektion des Entwicklungsprozesses des Patienten unter Berücksichtigung der Behandlerinflüsse
7. Die Bestimmung der Ergebnisqualität der psychoanalytisch begründeten Behandlungen
- 7.1. Drei Ergebnisqualitätsmerkmale
- 7.2. Sieben Wirksamkeitsnachweise
8. Die notwendige Unterscheidung zwischen den im TK-Modell unterschiedenen Verfahren und die Notwendigkeit einer verfahrensspezifischen Qualitätssicherung
- 8.1. Vereinbarte Regelungen und Stellungnahmen zur wissenschaftlichen Berücksichtigung der Unterschiede zwischen den verschiedenen Verfahren
- 8.2. Übersicht der Unterschiede, insbesondere über das Unbewusste, die Entstehung und Bedeutung von Symptomen sowie die unterschiedliche Bedeutung der Bearbeitung der Machtverhältnisse in der Behandlung

Kapitel 2 (S. 89 – 194)

Prüfung der Fragen, ob die Forschergruppe wissenschaftlich begründet Aussagen zu folgenden fünf Bereichen machen kann:

- **Zur Wirksamkeit der Behandlungen**
- **Zur Qualität der Behandlungen**
- **Zur Wirksamkeit und zur Qualität der konkreten analytisch begründeten Verfahren und zu den Unterschieden zwischen den Verfahren**
- **Zur Wirksamkeit des sogenannten „Qualitätsmonitoring“**
- **Zu den Unterschieden zwischen dem regulären und modifizierten Gutachterverfahren**

1. Abschnitt (S. 91 – 118)

Prüfung der Behauptung, die Wirksamkeit jeder konkreten Einzelbehandlung wissenschaftlich so konkret erfassen zu können, dass daraus bewertende Empfehlungen mit dem Ziel der direkten Prozessbeeinflussung und Prozesslenkung abgegeben werden dürfen

1. Die aktuellen gesundheitspolitischen Konflikte im Hintergrund, vor denen das TK-Modellvorhaben durchgeführt wurde und die Begründung für die Veröffentlichung dieser Kritik vor der Veröffentlichung der Ergebnisse des Modellvorhabens
2. Grundlegende Fragen zur Wirksamkeitsproblematik in der Psychotherapie und im TK Modell
 - 2.1. Wirksamkeit - ein wissenschaftlich begründeter und kontrovers zu diskutierender Begriff bei der Messung von Veränderung von intrapsychischen Vorgängen im Spannungsfeld zwischen Gruppenvergleichsstudien ohne- und individuellen Untersuchungen mit Beeinflussungsintentionen für die laufenden Behandlungen
 - 2.2. Die Begründung dafür, dass jeder Wirksamkeitsnachweis zwingend auch verfahrensspezifisch zu erfolgen hat und keinesfalls die Wahrscheinlichkeit einer statistischen Annäherung an den Mittelwert der Normalpopulation im Einzelfall ausreicht, wenn durch die Rückmeldung eine Beeinflussung der Behandlung beabsichtigt ist
 - 2.3. Wie kann Wirksamkeit wissenschaftlich begründet untersucht werden?
 - 2.3.1. Die Probleme bei der Messung der individuellen subjektiven symptombezogenen Patientenselbsteinschätzung als Wirksamkeitsnachweis
 - 2.3.1.1. Ein extern bewertender Monitoringvorgang über den Prozessverlauf von Psychotherapien ist allein auf der Grundlage von Veränderungen bei den subjektiven Patientenselbsteinschätzungen nicht zu rechtfertigen
 - 2.3.1.2. Die unbewusste Zielorientierung bei der Patientenselbsteinschätzung vor Bewilligung einer Behandlung
 - 2.3.1.3. Patientenselbsteinschätzung: Messung, kritische Reflektion oder Zahlenzauberei: empirische Ergebnisse aus der TRANS-OP-Studie von Puschner et al (2004)
 - 2.3.1.4. Die Bedeutung des Erhebungszeitpunktes der Patientenselbsteinschätzung
 - 2.3.1.5. Die Bedeutung der Erhebungssituation durch Therapeuten, deren Objektivität nachweisbar nicht gesichert ist: Die Umsetzung von Eigeninteressen einer Behandlergruppe. Die Prüfung der grundlegend zu fordernden Objektivität der Behandler in einem Modellvorhaben
 - 2.3.1.6. Die Bedeutung des Umgangs mit den Einschätzungsergebnissen
 - 2.4. Die Verschiebung der Grundlagen für die Entscheidung für oder gegen die Bewilligung, Fortsetzung oder frühzeitige Beendigung der Behandlungen bewirkt die Verschiebung der Verantwortung vom Behandler auf den Patienten
 - 2.5. Die Unklarheit bezüglich des Umfanges der Wirksamkeit
 - 2.6. Ausblick

2. Abschnitt (S. 118 – 139)

Prüfung der Frage, ob die TK die Qualität jeder konkreten psychoanalytisch begründeten Einzelbehandlung wissenschaftlich so konkret erfassen kann, dass daraus bewertende Empfehlungen mit dem Ziel der direkten Prozessbeeinflussung und Prozesslenkung abgegeben werden dürfen

1. Das TK Modell beansprucht im Monitoringvorgang die Qualität der Behandlung allein auf Basis eines bereits als dazu ungeeignet kritisierten Wirksamkeitskriteriums und unter dreifacher Reduzierung wesentlicher Qualitätsmerkmale bestimmen zu können

1.1. Ist die Reduktion der Gesamtheit aller Wirksamkeitsmerkmale allein auf ein einziges Wirksamkeitsmerkmal und die Reduktion auf eine Untersuchungsquelle zulässig und ausreichend, wenn damit eine Behandlung beeinflusst werden soll?

1.2. Ist die Reduktion der Gesamtheit der Qualitätsmerkmale allein auf ein einziges Wirksamkeitsmerkmal zulässig und ausreichend, um Aussagen über die Qualität einer individuellen Behandlung abgeben zu können?

1.3. Ist die Reduktion der Gesamtheit der Qualitätsmerkmalswerte allein auf einen Wert zulässig: Gut ist einzig das, was kontinuierlich besser verläuft? Der dadurch implantierte Beschleunigungszwang und die fehlende Prüfung der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit und des ausreichenden Umfangs der Behandlung

1.4. Die Einpersonendimension im TK Modell

1.5. Die Diagnostik in der konkreten Versorgung und ihre Nichtberücksichtigung im TK Modell durch die Orientierung an der Berechnungskapazität des Apparatezentrums des Hogrefe Verlages

1.6. Die Veränderungen in der subjektiv erlebten Belastung (BSI/Kurzform des SCL 90P) und im IIP sind empirisch bereits mehrfach und unabhängig voneinander belegt. Zum empirisch gesicherten Nachweis, dass die Patientenselbsteinschätzung kein objektives, valides oder reliables Merkmal zum Nachweis der Behandlungsqualität im Einzelfall ist

1.6.1. Drei empirische Belege: Die Veränderungen im SCL 90R/BSI lassen keine Aussagen über die Behandlungsqualität zu

1.6.2. Theoretisch fundierte Darstellung, dass Veränderungen im Selbsterleben des Patienten allein kein objektives, valides oder reliables Qualitätsmerkmal sein können

2. Die vollständig fehlende Untersuchung der eigentlichen Behandlungsvorgänge

2.1. Die fehlende Untersuchung und Kontrolle dessen, was überhaupt in den Behandlungen geschieht

2.1.1. Es ist unzulässig, wenn allein aus der Abrechnungsgenehmigung des Behandlers geschlossen wird, dass das entsprechende Verfahren auch zur Anwendung kommt

3. Zusammenfassung und Ergebnis der Prüfung zur Erfassung der Qualität der Behandlungen

3. Abschnitt (S. 139 – 148)

Prüfung der Frage, ob die TK oder andere Interessierte wissenschaftlich begründete Aussagen über die benannten drei Richtlinienverfahren selbst und über die Unterschiede zwischen den Verfahren auf Basis der Ergebnisse des TK-Modells abgeben dürfen

1. Prüfung der Frage, ob die Methodik des Modellvorhabens die vielen Ebenen des TK Modells so erfasst, dass wissenschaftlich begründete Aussagen über die Verfahren oder Verfahrensvergleiche möglich sind?

1.1. Der Nachweis, dass zwischen der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe dreizehn Unterschiede bestehen

1.2. Drei Veränderungen in den Experimentalgruppen während der laufenden Untersuchung

1.3. Ergebnis der Prüfung

4. Abschnitt (S. 148 – 175)

Prüfung der Fehlerhaftigkeit und der daraus folgenden Schädigungen des sogenannten „Qualitätsmonitoring“, dem zentralen Wirkfaktor im TK-Modell mit dem Nachweis, dass die Einführung eines sogenannten „Qualitätsmonitoring“ gescheitert ist

1. Die grundlegende Schädigung: Zur Prüfung der Entwicklung der grundlegenden Norm für die ursprünglichen Bewertungen der konkreten Einzelbehandlungen: Sieben empirische Studien zum Nachweis der Fehlerhaftigkeit der grundlegenden Norm und der ursprünglichen Bewertungen
 - 1.1. Der Umgang der Projektleiter mit dem Nachweis der Unzulässigkeit der Norm und der fehlerhaften Bewertungen
 - 1.2. Ergebnisse der Prüfung dieses Abschnittes und die Folgen der ursprünglichen Bewertungen
2. Prüfung der Auswirkungen der mehrfachen Änderungen innerhalb der Experimentalgruppe während der laufenden Untersuchung und deren Bedeutung für die Aussagekraft des Modellvorhabens
 - 2.1. Die Veränderung der Informationspflicht (Rückmeldungspflicht) des Patienten durch den Behandler während der laufenden Untersuchung
 - 2.2. Die Einführung einer veränderten Auswahl der teilnehmenden Patienten während der laufenden Untersuchung
 - 2.3. Die Veränderungen der Bewertungen ab Mitte 2007
 - 2.4. Die Bedeutung der drei Änderungen für die Aussagekraft des TK-Modellvorhabens bezüglich der Ergebnisse allgemein und speziell zum Monitoringvorgang

5. Abschnitt (S. 175 – 191)

Prüfung der Frage, ob wissenschaftlich begründete Aussagen über das reguläre und das modifizierte Gutachterverfahren auf Grund des TK-Modells abgegeben werden können

1. Ist mit dem TK Modell die Einführung einer verfahrensübergreifenden Qualitätssicherung in der Psychotherapie gelungen?
 - 1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Prüfung: Die Entwicklung einer standardisierten Qualitätssicherung für alle Verfahren, alle Patienten und alle Behandler ist gescheitert
2. Der Kern des ursprünglichen TK Modells ist kein „Qualitätsmonitoringvorgang“, sondern besteht in der Einführung eines bewertenden, verhaltenstherapeutisch begründeten Wirkfaktors auch für die analytisch begründeten Verfahren
 - 2.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Prüfung: Es handelt sich nicht um einen Monitoringvorgang, sondern um die Einführung eines verhaltenstherapeutischen Wirkfaktors in die psychoanalytisch begründeten Behandlungen, in denen dieser Vorgang zu einer unkontrollierbaren Gefährdung der spezifischen Wirkfaktoren führt
3. Prüfung der Frage, ob ein standardisiertes Qualitätsvorhaben als „modifiziertes Gutachterverfahren“ erprobt wird oder ob ein anderes Verfahren eingeführt wird, dem die Bezeichnung „Gutachterverfahren“ nicht mehr entspricht
 - 3.1. Die Aufgaben des regulären Gutachterverfahrens
 - 3.2. Die rechtliche Basis für die Notwendigkeit der Einbeziehung des Gutachterverfahrens in die vertragsärztliche Versorgungstätigkeiten basiert auf § 2 und § 12 des SGB V
 - 3.3. Prüfung, ob das modifizierte Gutachterverfahren des TK-Modells geeignet sein kann, um die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zu gewährleisten
 - 3.4. Ausblick für Änderungen oder Modifikationen des regulären Gutachterverfahrens

6. Abschnitt (S. 191 – 194)

Zur Prüfung der Erhebungs- und Evaluationsbögen und der Forderung nach einer Ergänzung der bereits vorgelegten Evaluationsbögen des TK-Modells

Kapitel 3 (S. 194 – 203)

Prüfung der Frage: Erfüllt das TK Modell die im SGB V vorgeschriebene Forderung nach humaner Krankenbehandlung?

1. Ist eine unkontrollierbar sehr häufige Falschinformation der Patienten und Behandler während der laufenden Behandlung über den tatsächlichen Behandlungsverlauf hinnehmbar?
2. Der Bewertungsvorgang gefährdet oder zerstört unkontrollierbar wesentliche psychoanalytisch begründete Wirkfaktoren
 - 2.1. Vier ethische Prinzipien in der Psychoanalyse und ihre Gefährdung
 - 2.1.1. Die Gefährdung des Respekts (Achtung) vor der Autonomie
 - 2.1.2. Die Gefährdung des Prinzips des Sorgens und der Hilfeleistung
 - 2.1.3. Die Gefährdung des Prinzips der Schadensvermeidung
 - 2.1.4. Die Gefährdung des Prinzips der guten Passung
 - 2.2. Schädigt das Fehlen der Verlängerungsperspektive im Monitoringvorgang?
 - 2.3 Die Bedeutung des einzigen Wertes im TK Modell und seine Folgen: Gut ist nur das, was sich kontinuierlich verbessert und die Frage nach dem ausreichenden Behandlungsangebot
3. Zusammenfassung der Ergebnisse zur Prüfung der Forderung nach humaner Krankenbehandlung

Kapitel 4 (S. 203 – 214)

Untersuchung der Fragestellung: Erfüllt die TK die für Modellvorhaben unverzichtbare Sorgfaltspflicht und stellt sie darüber hinaus die von ihr beanspruchte Erfüllung zentraler Transparenzkriterien sicher?

1. Prüfung der Erfüllung der Sorgfaltspflicht der TK bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß den Empfehlungen des von der Bundesregierung eingesetzten Sachverständigenrates der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen
 - 1.1. Die fehlende Prüfung auf unerwünschte Nebenwirkungen
 - 1.2 Ergebnis der Prüfung auf Erfüllung der Sorgfaltspflicht bei der Entwicklung eines Modellvorhabens
2. Ist die von der TK beanspruchte Selbstverpflichtung nach Erfüllung der anerkannten Transparenzkriterien gewährleistet?
 - 2.1. Das Selbstverständnis und das öffentlich abgegebene Versprechen der TK zu Fragen der Transparenz
 - 2.2. Kritische Untersuchung der Behauptung, diese Forderungen zu erfüllen
 - 2.2.1. Zur Prüfung der Neutralität der Projektleiter, der TK und des Verlages als Basis für eine wissenschaftlich objektive Modellplanung und zur Frage der Transparenz bezüglich der beruflichen und finanziellen Verbindungen zwischen TK, Projektleitern und dem Verlag
 - 2.2.2. Zur Frage der Qualifikation der Projektleiter für die fachliche Beurteilung der Kritik und der Umgang mit Kritikern
 - 2.2.3. Gibt es Angaben von schädigenden Nebenwirkungen und Behandlungsrisiken?
 - 2.2.4. Zur Nicht-Information der TK Versicherten über veröffentlichte Stellungnahmen der dazu fachlich qualifizierten Institutionen. In den Informationsunterlagen der TK werden folgende Stellungnahmen den Patienten und Behandlern vorenthalten
 - 2.2.5. Zur Nicht – Information der TK Versicherten über öffentlich zugängliche, inhaltliche Kritik am Modell
 - 2.2.6. Klare Benennung der Verantwortlichkeit für Behandlungsfehler und deren Schadensregulierung
3. Zusammenfassung der Ergebnisse und die Forderung nach umfassender Aufklärung aller Beteiligten

Kapitel 5 (S. 214 – 216)

Überlegungen zur notwendigen Prüfung der Wirtschaftlichkeit des TK Modellvorhabens

1. Kostenaufstellung für alle Beteiligten und finanzielle Unterschiede zum regulären Richtlinienverfahren
- 5.2. Unterschiede bei den probatorischen Sitzungen?
- 5.3. Sind Kostenreduktionen während oder nach dem Modellversuch für die Krankenkasse zu erwarten?
- 5.4. Fairer Vergleich der Wirksamkeit des regulären Gutachterverfahrens mit dem modifizierten Gutachterverfahren im TK-Modell: Die realen Versorgungszahlen und die Kosten für das Apparatzentrum
- 5.5. Einnahmemöglichkeiten und Interessen der Behandler differenziert zwischen KZT und LZT

Kapitel 6 (S. 217 – 219)

Die Mitverantwortung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und die Forderung nach strukturellen Klarstellungen, falls eine Wiederholung derart gravierender Fehlentwicklungen tatsächlich beabsichtigt sein sollte

Literatur (S. 219 – 227)

Angaben zum Verfasser und zu den vorliegenden Interessenkonflikten (S. 227)

Vorbemerkungen

Diese wissenschaftliche Studie wird in mehreren Kapiteln und mehreren Abschnitten durchgeführt. Da davon auszugehen ist, dass viele Leser nur an einigen Teilen dieser Arbeit Interesse haben dürften, wird um Verständnis dafür gebeten, dass es für die Leser der gesamten Arbeit zu einigen Wiederholungen kommt, weil einzelne Aspekte für mehrere Abschnitte von Bedeutung sind und daher wiederholt auftauchen müssen.

Die Arbeit wäre ohne die Unterstützung und Mitarbeit vieler Kolleginnen und Kollegen nicht möglich gewesen. Der Dank gilt daher allen im Text zitierten Autoren und Autorinnen, die das TK-Modell seit Jahren kritisch begleiten; besonderer Dank gilt den Vorstandskolleginnen und Kollegen der DGIP und Mitgliedern der Landesverbände der DGIP sowie Frau Christa Leiendecker und Herrn Dr. Karl Metzner, beide von der DPV. Es ist erwähnenswert, dass die Kritiker des TK-Modells diese wichtige Arbeit ehrenamtlich erbringen.

In der Einleitung (S. 8 – 25) werden fachliche und berufspolitische Hintergründe des Modellvorhabens und die Zielsetzung dieser Studie erläutert, im ersten Kapitel (S. 25 – 89) wird ein Modell zum Qualitätsverständnis der beiden analytisch begründeten Verfahren vorgestellt. Im zweiten Kapitel (S. 90 - 194) befindet sich in sechs Abschnitten die inhaltliche fachwissenschaftliche Kritik am TK-Modellvorhaben. Im dritten Kapitel (S. 194 - 203) wird der Aspekt der Humanität im Modellvorhaben untersucht und im vierten Kapitel (S. 203 - 214) wird die Transparenz im TK-Modell analysiert. Überlegungen zur Prüfung der Wirtschaft-

lichkeit (S. 214 - 216) und zur Verantwortung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen (S. 217 - 219) werden im fünften und sechsten Kapitel kurz erörtert.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Text immer die männliche Form benutzt, obwohl die überwiegende psychotherapeutische Versorgung von Frauen sicher gestellt wird.

Einführung in die berufspolitischen Konfliktfelder und Auseinandersetzungen

Mit der Einführung des Modellversuches „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ (Projektbeschreibung unter www.tk-online.de) greift die Techniker Krankenkasse seit 2005 erstmalig direkt in jede der untersuchten psychotherapeutischen Behandlungen ein. Die TK liefert in ihrer Projektbeschreibung folgende Begründung: „ **Es gehört zur Philosophie der TK, sich für Innovationen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung einzusetzen. Mit dem vorgeschlagenen Modellprojekt soll der mögliche Beitrag einer neuen, psychometrisch gestützten Form der Qualitätssicherung zur Verbesserung oder Optimierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung überprüft werden.**“ (Projektbeschreibung S. 3, 2003).

Das Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse ist das größte und teuerste wissenschaftliche Experiment zur ambulanten Psychotherapieversorgung in der Bundesrepublik. Der Modellversuch besteht dazu aus Makro-, Meso- und Mikroebenen mit vielen unterschiedlichen Zielvorstellungen:

1. Die Qualität jeder einzelnen Behandlung soll von einem Computer erfasst werden.
2. Dazu wird ein neuer normierender Berechnungsvorgang für die Bewertung der Qualität vorgelegt und in jeder konkreten Behandlung experimentell erprobt.
3. Mit der Einführung des sogenannten „Monitoringvorgangs“ wird das Apparatzentrum des Hogrefe Verlages beauftragt und damit erstmalig eine unmittelbare Apparatebeeinflussung ohne verfahrensspezifische Grundlagen in die jeweilige individuelle Behandlung gewagt.
4. Die unmittelbaren Rückmeldungen der Computerbewertungen an den Behandler und an den Patienten sollen die Patienten, die Behandler und die Behandlungen direkt, unmittelbar beeinflussen und verändern. Dieser „Monitoringvorgang“ wird als der Hauptfaktor des TK Modells gesehen und soll auf seine Auswirkungen hin untersucht werden.
5. Es wird damit experimentiert, diese Bewertung unterschiedlich bis zu acht Mal in die laufenden Behandlungen einzubringen.
6. Die ursprünglichen Bewertungen ließen nur eine einzige Richtung der angestrebten Beeinflussung zu: diese vier Bewertungen waren allein auf eine Beschleunigung der Behandlungen ausgerichtet, eine andere Bewertung war zunächst überhaupt nicht möglich, insofern lässt sich hier ein Beschleunigungszwang feststellen, der erst mit der 2007 notwendig gewordenen Veränderung der Bewertungen geändert wurde.
7. Es wird beansprucht, eine neue verfahrensübergreifende Qualitätssicherung, wissenschaftlich fundiert, entwickelt zu haben, die sowohl für die verschiedenen gesetzlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie), als auch für deren unterschiedlichen Anwendungs-

formen (Kurzzeittherapie, Langzeittherapie, stützende und aufdeckende Verfahren), für jeden Patienten, für jede Erkrankung, unabhängig von Dauer und Frequenz der Behandlungen, gültig sein soll.

8. Das bestehende Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie wird experimentell verändert und soll dann mit dem regulären Gutachterverfahren verglichen werden. Ein so genanntes „modifiziertes“ Gutachterverfahren wurde entwickelt, in dem jeder Behandler nicht mehr verpflichtet ist, wie bisher, einen detaillierten Bericht (Diagnosestellung, Indikations- und Differentialindikationsstellung, Darstellung des Krankheitsverständnis der individuellen Erkrankung und dazu stimmige Therapieplanung, Therapiezielformulierung und Prognose) vorzulegen. Stattdessen sollen die Patientenselbsteinschätzungen als Kriterien für die Antragsstellung genutzt werden. Es soll untersucht werden, ob das neue Verfahren das reguläre Gutachterverfahren (unter Einführung des Monitoringvorgangs bzw. der Einführung der Testverfahren des beteiligten Verlages) sinnvoll ersetzen kann.

9. Durch die Bildung von dann doch drei verfahrensspezifischen Untersuchungs- und Kontrollgruppen werden die Verfahren getrennt voneinander untersucht und dargestellt. Auch wenn wiederholt betont wurde, dass die Verfahren nicht miteinander verglichen werden sollen, werden sie trotzdem getrennt untersucht und dargestellt. Damit wird faktisch ein Vergleich hergestellt, auch wenn die TK behauptet, diesen Vergleich nicht anstellen zu wollen.

10. Der Qualitätsbegriff selbst wird in den Bewertungsprozeduren allein an einem einzigen Untersuchungsmerkmal festgemacht: die Veränderung in der subjektiven und einzig auf Symptome fixierten Patientenselbsteinschätzung ist das alleinige Merkmal, das beim Bewertungsvorgang erfasst wird und mit dem beansprucht wird, die Qualität von psychotherapeutischen Behandlungen bewerten zu können.

11. Als weiteres Ziel des Modellvorhabens soll schließlich untersucht werden, ob dadurch eine Steigerung der Effektivität und Effizienz der Behandlungen möglich ist.

12. Das Modell soll Auswirkungen auf die weitere wissenschaftliche Erforschung der Psychotherapie ausüben und für die Ausbildung von Psychotherapeuten herangezogen werden. Noch 2010 wird ohne Bezug zur Kritik das TK-Modellvorhaben an erster Stelle bei den Studien zur Behandlungsgüte angeführt (Linden und Langhoff, 2010 S. 477).

Es gibt bisher keine wissenschaftliche Psychotherapieversorgungsstudie, die derart vielfältige Aufgaben in einem Vorgang zu erfüllen beansprucht, keine Studie wurde auch deshalb schon bei Beginn der Umsetzung derart massiv kritisiert wie dieses Modellvorhaben.

Die wichtigsten Kritikebenen an diesem Modellvorhaben sind der TK und den von der Krankenkasse ausgewählten Forschergruppe bereits vor Untersuchungsbeginn mitgeteilt worden.

Hier soll zunächst übersichtlich der Grundfehler bei der Erstellung des vermeintlich verfahrensübergreifenden „Qualitätsmonitoring“ aufgezeigt werden, aus dem sich dann durch das experimentelle Untersuchungsdesign die Schädigungen und Gefährdungen der Patienten, der Behandler, der Gutachter und der Verfahren zwangsläufig ergeben.

Wenn Qualitätssicherung nicht zu den Zwecken missbraucht werden soll, die später aufgezeigt werden, dann ist zwingend die Definition für Qualität vorzulegen. Das ist im TK-Modell nicht geschehen, auch wenn der Qualitätsbegriff mit dem Begriff des „Qualitätsmonitoring“ vielversprechend in den Titel des TK-Modells, wie später aufgezeigt werden wird, in unzulässiger Weise aufgenommen wurde.

Sowohl im Sozial- wie im Berufsrecht werden nur geprüfte und nachweislich unterschiedliche Verfahren zur Ausbildung von Psychotherapeuten und zur Behandlung bei Kassenpatienten zugelassen. Die Forschungsergebnisse und die verfahrensspezifischen Nachweise für die Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Verfahrens und für die Prüfung der Wirksamkeit durch den Wissenschaftlichen Beirat bzw. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss dieses Verfahrens werden von den entsprechenden verfahrensspezifischen Fachgesellschaften vorgelegt.

Schon aus diesen institutionellen Vorgängen lässt sich zweifelsfrei erkennen, dass die Unterschiede der Verfahren erheblich sein müssen. Später werden weitere Unterschiede zwischen den Verfahren ausführlich erörtert, hier soll zur Übersicht zunächst nur die Notwendigkeit von je verfahrensspezifischen Qualitätsdefinitionen begründet werden und die daraus abzuleitenden Forderungen erläutert werden.

Die Erfassung der Qualität eines spezifischen psychotherapeutischen Verfahrens ist durch folgende Definition möglich:

Die Qualität eines psychotherapeutischen Verfahrens gilt dann als belegt, wenn konkrete Merkmale des Verfahrens (sie bestehen in der Psychotherapie aus zwei Merkmalsgruppen: den Merkmalen des Verfahrens und denen der Kompetenz des jeweiligen Behandlers) und die spezifische Anwendung dieser beiden Merkmalsgruppen geeignet sind und ihre Eignung dadurch belegt haben, dass die vorher festgelegten Erfordernisse durch die Anwendung der Verfahren erfüllt bzw. die Ziele erreicht werden.

Diese Qualitätsdefinition hat notwendige Implikationen:

Es müssen verfahrensspezifische Qualitätsmerkmale in einer verfahrensspezifischen Theorie definiert und bezüglich ihrer Anwendung geprüft werden.

Es müssen die behandler-spezifischen Kompetenzfaktoren definiert und bezüglich ihrer Anwendung geprüft werden.

Es muss eine verfahrensspezifische Theorie vorgelegt werden, aus der heraus begründet und empirisch belegbar die Eignung dieser Merkmalsgruppen bezüglich der für die Krankheitsbehandlung spezifischen Erfordernisse der Behandlung (Krankheitsverständnis, Krankheitsentstehungsmodelle, Behandlungsmethodik und konkrete Behandlungspraxis) sowie die Ergebnisqualität und die verfahrensspezifisch sehr unterschiedlichen Zielsetzungen an Hand der verfahrensspezifischen Wirksamkeitsnachweise bewiesen werden können.

Sowohl durch die in dieser Studie vorgelegten Qualitätsmerkmale des Verfahrens und der Kompetenzfaktoren des psychoanalytisch begründete arbeitenden Behandler aber auch durch die klare Unterscheidung zwischen Wirksamkeitsfaktoren und Qualitätsmerkmalen werden die gravierenden Unterschiede zwischen den Verfahren aufgezeigt.

Der Unterschied zwischen den Verfahren wird auch sehr deutlich, wenn man die neu vorgelegte Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste von Linden und Langhoff (Linden und Langhoff 2010) mit den hier vorgestellten Qualitäts- und Kompetenzfaktoren vergleicht.

Aus diesen Grundvoraussetzungen, ohne deren Berücksichtigung keine verlässlichen Angaben über die Qualität eines Verfahrens möglich sind, werden drei für das Modellvorhaben typische Fehler bzw. Unterlassungen erkennbar:

1. Die gravierenden Unterschiede zwischen den Verfahren werden ohne jede wissenschaftlich nachvollziehbare Begründung einfach ignoriert.
2. Die Komplexität der Qualitätsdefinition und die unverzichtbare Zusammenhangesbetrachtung der Qualitätsmerkmalsgruppen werden durch extreme Reduktionsvorgänge auf einen einzigen Aspekt ohne jede wissenschaftliche Begründung eingeschränkt.
3. Die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen dringende Empfehlung zur Kommunikation und Kooperation aller an einem Qualitätsvorgang beteiligten Fachgesellschaften und Anwender durch deren Einbeziehung schon in die Planungsphase wurde ohne Begründung missachtet.

Neben diesen Fehlern, die aus der Nicht-Definition von Qualität entstehen, gab es schon vor dem eigentlichen Beginn der Untersuchung viele inhaltlich konkrete Kritikpunkte.

Insbesondere der immanente Beschleunigungszwang der ursprünglichen Bewertungen wie auch der Wechsel der Verantwortung für die Indikationsstellung vom Behandler auf den Patienten wurden kritisiert. Die Kritik, die sich auf die bereits im Vorfeld erkennbaren Fehler des Bewertungsvorganges und seine Auswertungen bezog, wurde von der Forschergruppe nicht berücksichtigt. Es wurden nur diejenigen Veränderungen nach den Diskussionen im Vorfeld aufgegriffen, die das prinzipielle Beibehalten an dem bewertenden Vergleichsdesign ermöglichten. So wurden einige empirisch belegte psychoanalytisch begründete Erhebungen einbezogen, jedoch nicht in den eigentlichen Monitoringvorgang.

Der kanadische Träger des alternativen Nobelpreises Pat Mooney sucht unter dem Titel: „Wir müssen den Wahnsinn stoppen“ Mitstreiter gegen das sogenannte Geo-Engineering. Darunter versteht man großtechnische Eingriffe in die Kreisläufe der Natur, um Folgen der Umweltverschmutzung zu beheben, ohne die Ursachen zu ändern. Er urteilt: „Die Hybris mancher Forscher und Politiker ist grenzenlos“ (Mooney 2010).

Ob der schwere Vorwurf der Hybris (frevelhafter Hochmut) auch der Forschergruppe des TK-Modells gegenüber erhoben werden kann (oder ob es sich vorrangig um Überengagement mit „ihrer“ Sicht der Dinge handelt), wäre wegen seines Gewichtes nur dann begründet, wenn folgende Bedingungen als belegt gelten könnten:

1. Die Kritik am Monitoringvorgang muss begründet werden, die Nichtbeachtung der Kritik seitens der Forschergruppe als unzulässig bewiesen werden
2. Das Scheitern der beanspruchten verfahrensübergreifenden Qualitätssicherung muss belegt werden, der Nachweis, dass eine verfahrensspezifische QS unverzichtbar ist, und erbracht werden muss, ist zu belegen, dann wäre das Vorgehen der Forschergruppe als unzulässig erwiesen
3. Die Schädigungen der Patienten, der Behandlungsprozesse und des jeweiligen therapeutischen Arbeitsbündnisses durch die fehlerhaften und ungeeigneten Bewertungen sowie der Gutachter im modifizierten Gutachterverfahren müssen nachgewiesen werden, dann wäre das Design als unzulässig erkennbar
4. Der Nachweis, dass für alle Verfahren tatsächlich der gleiche Bewertungsinhalt gültig ist, muss widerlegt werden, um die Forscherinteressen kritisieren zu können
5. Es müssen gravierende wissenschaftliche Fehler nachgewiesen werden, die auf das Design und das Untersuchungssetting zurückgeführt werden können
6. Es muss erkennbar werden, dass die zu fordernde Pflicht zur Schadensabwendung in einem Experiment mit realen Patienten nicht ausreichend erfüllt wurde und daher eine Verletzung der Fürsorgepflicht der Forscher naheliegt
7. Es muss belegt werden, dass die Erfüllung der selbstbeanspruchten Transparenzkriterien nicht in ausreichendem Umfang stattgefunden hat, um auch hier nachzuweisen, dass trotz der geäußerten bedeutsamen Kritikpunkte keine Änderung seitens der Forschergruppe erfolgte.

Während der laufenden Untersuchung wurden weitere Kritikpunkte aufgezeigt. Die Kritiker haben sowohl auf Grund theoretischer Konzepte wie auch an Hand von zahlreichen empirischen Studien nachgewiesen, dass der Hauptwirkfaktor des TK-Experimentes, die direkten Rückmeldungen an den jeweiligen Behandler und den konkreten Patienten, in unkontrolliertem Umfang falsch waren (Sasse 2006). Die direkte Beeinflussung von Patienten mit in unkontrollierbarem Umfang falschen Bewertungen stellt danach einen massiven Verstoß gegen den § 70 SGB V dar.

Die TK und die Forschergruppe haben den Kern des Modellvorhabens, die Rückmeldung der Bewertungen an Patienten und Behandler, während der laufenden Studie grundlegend verändert; zu dem fiel während des Experimentes die am Beginn verbindliche Vereinbarung, jeden Patienten mit diesen Bewertungen zu konfrontieren, unter noch weiter zu klärenden Bedingungen weg. Nach den Veränderungen der externen Bewertungen lag es nun unter nicht klar festgelegten Bedingungen allein am Behandler, ob er die jeweiligen Patienten über die nun richtigen Bewertungen informierte oder auch nicht und ob er sie in die Untersuchung mit aufnahm oder nicht.

Trotz dieser erheblichen und letztlich unter dem Aspekt der Schadensvermeidung sehr anzuerkennenden Änderung durch den neuen Projektleiter bleiben weitere gewichtige Kritikpunkte bestehen; mit dieser Arbeit sollen wesentliche Kritikpunkte aufgezeigt werden und zu ei-

nem kritischen Diskurs mit den Forschern und den Vertretern von Krankenkassen, Patientengruppierungen, Gesundheitspolitikern und der daran interessierten Öffentlichkeit beitragen. Insbesondere sollen nun aber auch Gefahren schon im Vorfeld aufgezeigt werden, wenn die Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Folgerungen nicht mit ausreichender Sorgfalt und der notwendig erscheinenden Eingrenzung ihrer Aussagekraft verbunden werden.

Die wesentlichen Kritikinhalte am TK Modell betreffen folgende Punkte:

- die TK und die von ihr beauftragte Forschergruppe haben grundlegende Empfehlungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nicht berücksichtigt. Wegen der fehlenden Einbeziehung schon bei der Planung des Modellvorhabens (und nicht erst nach dessen umfassender Erstellung) der für die Entwicklung und Anerkennung der analytisch begründeten Psychotherapieverfahren verantwortlichen Fachgesellschaften konnten die schwerwiegenden Missstände überhaupt erst entstehen. In der einseitigen Auswahl von in der Verhaltenstherapie ausgewiesenen und auch institutionell dort eingebundenen Forschern und der systematischen Nichtberücksichtigung der psychoanalytischen Fachgesellschaften oder in diesem Verfahren ausgebildeten Forscher liegt der Hauptfehler der TK. Unzulässig ist diese Bevorzugung eines Verfahrens deshalb, weil es sich hier um eine Versorgungsstudie von realen Patienten handelt, denen schon im Sozialgesetz sehr konkret ein besonderer Schutz gesetzlich zugesichert wurde. Aus später noch zu genauer darzustellenden Gründen sind bestimmte Patienten der Psychotherapie durch direktive äußere Einflüsse in der Regel besonders empfänglich, deshalb ist die im TK Modell vollkommen fehlende Reflektion der möglichen Schädigungen seitens der Forscher besonders zu kritisieren. In der Gutachtenstatistik der KBV zur Versorgungsrealität wird seit Jahren nachgewiesen, dass von den beiden analytisch begründeten Verfahren etwa 55 % der Versorgung sicher gestellt wird. Im TK Modell wird also über die Mehrheit der analytisch begründeten Behandlungen mit dem völlig anderen Krankheitsverständnis und den daraus folgenden Qualitätsauffassungen der Verhaltenstherapie geurteilt. Dieser Übergriff ist weder fachlich noch wissenschaftlich begründbar, es gibt für dieses Vorgehen keine Erläuterungen oder Reflektionen durch die Forschergruppe. Die Forscher haben aus Gründen, die hier nicht abschließend untersucht werden können, zu verantworten, dass wegen dieses Übergriffes, man könnte in Anlehnung an andere wirtschaftliche Interessenumsetzungen auch von einer feindlichen Übernahme sprechen, durch das Untersuchungsdesign nicht nur die Patienten der psychoanalytisch begründeten Verfahren in unkontrolliertem Umfang falsch bewertet und damit auch direkt suggestiv und manipulativ beeinflusst werden, sie haben auch wesentliche Behandlungsprozesse durch ihre Interventionen geschädigt und behindert.

Von daher müssen die zu erwartenden Ergebnisse im Vergleich unter den Verfahren negativ für die analytisch begründeten Verfahren ausfallen, die Verhaltenstherapie wird vorhersehbar bessere Ergebnisse wegen dieses Designs erzielen.

Genau so sicher ist zu erwarten, dass der Vergleich zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe der psychoanalytisch begründeten Verfahren zu Gunsten der Experimentalgruppe ausfallen muss: es soll hier im folgenden dazu reflektiert werden, dass diese

Ergebnisunterschiede jedoch nicht allein auf die Bewertungen zurückzuführen sind, sondern darauf, dass in den beiden Gruppen völlig andere Bedingungen zu den Ergebnisunterschieden führten und dass gerade der Nachweis der gelungenen Beschleunigungen Anlass zu der Frage gibt, ob in den Experimentalgruppen und Kontrollgruppen tatsächlich die gleichen Bedingungen vorlagen oder ob andere Faktoren für die Ergebnisunterschiede verantwortlich sein dürften.

Auf dieser Basis wird deutlich, dass diese kritische Studie sinnvollerweise vor der Veröffentlichung der Ergebnisse geschieht, weil die an diesem Design interessierten Gruppierungen eine spätere Kritik an dem TK – Modell mit der Begründung zu entwerfen versuchen könnten, dass die analytisch begründete Kritik nur deshalb so deutlich vorgetragen wird, weil die Ergebnisse für die analytisch begründeten Verfahren eben so schlecht seien. Dies ist die Erfahrung u.a. aus dem Umgang mit der Kritik an der Arbeit von Grawe, Donati und Bernauer, die aus derselben Berner Universität schon 1994 versucht hatten, auch damals im Hogrefe-Verlag erschienen, auf äußerst fragwürdige Weise einen bewertenden Vergleich zwischen den psychotherapeutischen Verfahren zu begründen;

- eine Begründung oder zumindest eine wissenschaftliche vertretbare Hypothese, mit der die verfahrensunspezifische oder verfahrensübergreifende Qualitätserfassung ausgewählt wurde, ist von Seiten der Forschergruppe nicht vorgelegt worden. Es handelt sich im TK-Modellvorhaben um interessenorientierte, aber fach-wissenschaftlich von den Forschern weder begründete noch definierte oder belegte Qualitätsvorstellungen. Die wirklichen und hier in dieser Studie darzustellenden Qualitätsmerkmale der analytisch begründeten Verfahren und der Kompetenzfaktoren der Behandler werden im TK-Modell systematisch ignoriert und daher nicht berücksichtigt;

- die direktive Beeinflussung der Patienten, der Behandler und des Behandlungsprozesses wie sie im TK-Experiment gewünscht und erprobt wurde, stellt für jede tiefenpsychologisch fundierte und analytische Richtlinienbehandlung eine unzulässige Gefährdung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Behandlungsprozesse dar. Eine fachgerechte Behandlung muss ungestört von den hier vorgenommenen direktiven Apparateeinflüssen durchgeführt werden: die therapeutische Beziehung und der therapeutische Prozess in den beiden analytisch begründeten Verfahren werden im TK-Modell in nicht zu kontrollierendem Umfang beeinträchtigt und geschädigt;

- die Fragen der Transparenz bezüglich der unterschiedlichen Motive der Beteiligten, ihrer Interessen und ihrer möglichen Zielvorstellungen werden nicht in dem erforderlichen Umfang dargestellt oder diskutiert, damit sind weitere gravierende Auswirkungen durch die Ergebnisdarstellung wegen der unklaren Objektivität der Forscher und der teilnehmenden Behandler als sehr wahrscheinlich zu befürchten;

- der Hauptwirkfaktor im TK-Experiment, die ursprünglichen Bewertungen, die mit der Absicht, die Behandlungen direkt und unmittelbar zu beeinflussen, an Behandler wie an Patienten vermittelt wurden, waren in unkontrollierbarem Umfang nachweislich falsch. Auch nach ihren dankenswerten Änderungen 2007 bleiben hier zwei Fragen zu diskutieren: Ist diese Änderung des Hauptwirkfaktors des Experiments so gravierend, dass ein Vergleich zwischen den Behandlungen vor und nach der Änderung nicht mehr vorgenommen werden darf? Zweitens ist die Frage zu diskutieren, ob alle Patienten und Behandler ausreichend über die Fehlerhaftigkeit des als „Qualitätsmonitoring“ nun entlarvten fehlerhaften Bewertungsvorgangs informiert wurden oder informiert werden müssen?

Eine derartige Veränderung des Hauptwirkfaktors eines Experimentes in der konkreten Erforschung der Richtlinienpsychotherapie ist in der bekannten Psychotherapieforschung einmalig. Die TK und die von ihr beauftragte Forschergruppe hat die in jeder experimentellen Forschung unverzichtbare Einbeziehung von verfahrensspezifisch ausgebildeten Fachleuten zur Klärung der Fragen der möglichen Schädigung von Patienten, Behandlern und Behandlungsprozessen nicht in dem notwendigen Umfang durchgeführt. Von daher ist vorrangig die Forschergruppe dafür verantwortlich zu machen, dass der Hauptwirkfaktor des Experimentes erst auf Betreiben eines neuen Projektleiters seitens der TK verändert wurde und erst durch ihn nach bereits etwa zwei Jahren laufendem Modell sicher gestellt wurde, dass diese direkte Schädigung der Patienten mit unkontrollierbar falschen Bewertungen unterbunden wurde;

- die zunächst genutzten Bewertungen mit dem Ziel der Beschleunigung aller Behandlungen unter der vertraglich vereinbarten Verpflichtung zur unmittelbaren Weitergabe der Bewertungen auch an jeden Patienten ließen erkennen, dass die im SGB V zwingend geforderten Nachweise der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit, der Wirtschaftlichkeit und insbesondere die Beantwortung der Frage, ob die Behandlungen tatsächlich auch ausreichend sind, nicht berücksichtigt wurden. Auch wenn die TK-Projektleitung mit der Änderung des Bewertungsvorganges auch den Beschleunigungszwang aus dem Modell entfernt hat, müssen weitere Fragen an das Verständnis der Forschergruppe gestellt werden. Die Fragen nach der notwendigen Dauer, der notwendigen Intensität und der notwendigen Frequenz, also die Grundlagen für die Sicherstellung einer ausreichenden und patientenbezogenen Behandlung, werden zu diskutieren sein, da sie im Erstentwurf erkennbar gar nicht bedacht wurden und daher auch bei der Ergebnisdarstellung vermutlich nicht benannt werden dürften;

- die Prüfung der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit, der Wirtschaftlichkeit und des ausreichenden Umfangs jeder Richtlinienbehandlung wird regulär durch das Gutachterverfahren durchgeführt. Im TK Modell soll das Gutachterverfahren untersucht werden, dazu werden die beteiligten Gutachter für die notwendige Prüfungstätigkeit wegen der ebenfalls neu eingeführten Modifikation des Gutachterverfahrens, die hauptsächlich in der Reduzierung der Berichterstellung der Behandler besteht, nur unzureichend von den Behandlern informiert. Insbesondere werden die real nachgewiesene Wirksamkeit des Gutachterverfahrens und die vielfältigen positiven Auswirkungen des Gutachterverfahrens weder benannt, noch erfasst und schon gar nicht mit untersucht;

- im TK Modell zeigen sich zunächst durch die Überfrachtung der Zielvorstellungen und Untersuchungsschwerpunkte, später auch durch die Veränderungen im laufenden Modellvorhaben massive Konflikte mit vielen grundlegenden wissenschaftlichen Forschungsanforderungen (Randomisierung, Kontrolle, verschiedene Zuweisungen von abhängigen und unabhängigen Variablen, interne und externe Validität, Reliabilität und Objektivität), die in ihren Auswirkungen diskutiert werden müssen, um die Grenzen der Aussagekraft dieses Modells aufzuzeigen.

Die Prüfung eines derart komplexen Modells erfordert die gesetzliche Vorgabe des SGB V im § 70. Hier findet sich die Forderung nach drei Kriterien jeder Krankenbehandlung: Die Krankenkassen und die Behandler sollen auf die Erfüllung der Anforderungen nach Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit hinwirken.

„Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.“ Und später: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken“ (SGB V § 70 Abs. 1 und 2).

Sowohl die wissenschaftliche als auch die fachliche Überprüfung dieser gesetzlich vorgeschriebenen Kriterien sollte extern vorgenommen werden, wenn bei Krankenbehandlungen ausgeschlossen werden soll, dass eine ungewollte Schädigung oder Fehlentwicklung durch die Konzepte, Überlegungen oder Interessen der Projektleiter, der finanzierenden Krankenkasse und des beteiligten Verlages möglich werden könnte.

Die Nichtschädigung bezieht sich auf Patienten, Behandler, aber auch auf die Weiterentwicklung der Psychotherapie, für Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Wenn neue Modellvorhaben mit experimentellem Charakter in der konkreten Krankenversorgung erprobt werden sollen, sind deshalb vorliegende Vorkenntnisse zwingend zu berücksichtigen.

Die Verantwortung für ein Modellvorhaben erfordert eine derartige Sorgfaltspflicht, spätestens seit William Henry, einer der bekannten empirischen Psychotherapieforscher in den USA bereits 1998 formulierte: „Wenn ich diesen Vortrag vor einigen Jahren gehalten hätte, hätte ich sagen können, dass meine größte Befürchtung darin bestand, die psychotherapeutische Forschung habe keine Auswirkung auf die klinische Ausbildung. Heute besteht meine größte Befürchtung darin, dass sie eine haben wird – dass die psychotherapeutische Forschung wirklich eine tief greifend negative Auswirkung auf die zukünftige Ausbildung haben wird“ (Henry 1998, S. 126 zitiert aus Buchholz 2006 S. 431).

Nach Rothwell 2005 „bestehen große Zweifel, wie man statistische Ergebnisse auf individuelle Patienten anwenden kann“ (Buchholz 2006, S.433).

„Dies sind einige schwerwiegende Einwände gegen die Vorstellung, die bestmögliche Therapie dadurch konstruieren zu können, dass die professionelle Praxis der Methodologie der em-

pirischen Forschung folgt. Aus den genannten Gründen beginnen sich einige bekannte Forscher wie z.B. Franz Caspar von diesem Programm (einem anderen als von dem TK Modell Anm. des Verfassers) zu distanzieren. Peter Fonagy und Antony Roth (2004) untersuchen die empirische Literatur zu mehreren psychischen Störungen und schlussfolgern, dass empirische Forscher einem Praktiker nicht vorschreiben können, wie er beim einzelnen Patienten vorzugehen hat. Marvin Goldfried, behavioristisch orientiert, verkündet als Präsident der Society of Psychotherapy Research ihren Mitgliedern zum Auftakt des 20. Jahrhunderts (2000), dass die Forschung noch in den „Kinderschuhen“ stecke; seine Schlussfolgerung, dass Forscher und professionelle Praktiker in verschiedenen Welten leben, empfindet er als Defizit, das behoben werden müsse“ (Buchholz 2006 S. 435).

Die Projektleiter verweisen an keiner Stelle auf diesen z.T. seit Jahren vorliegenden Stand der Wissenschaft, der vornehmlich von empirischen Psychotherapieforschern vorgelegt wurde. Das TK Modell sieht keine Suche nach möglichen Schädigungen vor, noch beschreibt es denkbare, aber unerwünschte Nebenwirkungen.

Zwar wurde das Modell dem Bundesversicherungsamt zur Genehmigung vorgelegt und von diesem als Modellvorhaben genehmigt, allerdings antwortete das Bundesversicherungsamt dem Autor bezüglich seiner Forderung, die TK müsse die Patienten aufklären, dass nicht die Kasse, sondern der Behandler für diese Aufklärung verantwortlich ist.

Auch deshalb wird am Ende dieser Studie die Erfüllung der Transparenzkriterien der TK zu prüfen sein, die sie nach eigenen Aussagen als Versprechen zu erfüllen angibt. Es wird aber auch zu prüfen sein, ob die TK in ihren Informationen an Behandler und Patienten wahrheitsgemäße Aussagen und Begründungen vorlegt.

Die Grundkonzeption (bewertendes Eingreifen in jede Behandlung) des TK Modells wurde von zwei Hochschullehrern mit verhaltenstherapeutischer Qualifikation und einem Mitarbeiter der TK entwickelt. Sowohl die Fachgesellschaften der Verhaltenstherapie, die Psychotherapeutenkammer in NRW als auch einige Berufsverbände haben das TK Modell begrüßt und ihre Mitglieder zur Teilnahme aufgefordert. Die drei Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen in Westfalen – Lippe, Hessen und Baden haben entsprechende Verträge mit der TK abgeschlossen.

Die Heftigkeit dieser Auseinandersetzung beruht vorrangig auf folgenden Hintergründen:

1. Das Modellverfahren soll als großes Versorgungsforschungsvorhaben, es umfasste zunächst 3000 Patienten und 500 Behandler, den Anspruch legitimieren, die bislang getrennt untersuchten Richtlinienverfahren standardisieren und bewerten zu können.

Die beabsichtigte Steigerung der Effektivität und Effizienz kann voraussichtlich nur durch eine Reduktion der Stundenkontingente erfolgen. Da bei der Umsetzung des Modellvorhabens gegen die Sorgfaltspflicht der Neutralität verstoßen wurde, wie später zweifelsfrei aufgezeigt wird, steht die Befürchtung im Raum, dass modellbedingt die beiden psychoanalytisch begründeten Therapieformen zu Unrecht benachteiligt werden. Es steht zu erwarten, da entsprechend der vorliegenden Studien im TK Modell allein dasjenige Ergebnisqualitätsmerkmal

ausgewählt wurde, das sich am schnellsten verändert, dass dadurch die Verhaltenstherapie wegen ihrer ohnehin kürzeren Kontingente gestärkt aus dieser Studie hervorgehen wird. Dadurch, dass nur Verhaltenstherapeuten die Standardisierung und Bewertung der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren geplant haben, werden diese Behandlungen, wie in dieser Studie angemahnt, unzulässig in ihrer Qualität beeinträchtigt. Daher steht zu erwarten, dass nur bei ihnen Kürzungen bei den Kontingenten mit den vorhersehbaren Ergebnissen der Forschergruppe begründet werden sollen. Es erscheint deshalb wichtig, hier erneut darauf hinzuweisen, dass die intensive Kritik am TK Modell bereits vor Bekanntgabe der ersten Ergebnisse vorgelegt wurde und deshalb nicht der Vorwurf der Rechtfertigung nach schlechtem Abschneiden erhoben werden kann.

2. Das Modellvorhaben beansprucht, im Sinne einer vollständigen Standardisierung für jede individuelle, konkrete Behandlung mit einem verallgemeinerten Berechnungsvorgang wahre Bewertungen erstellen zu können und diese Bewertungen als externe Wirkfaktoren in Form von Behandlungsempfehlungen in jede Behandlung einbringen zu dürfen.

3. Es wird beansprucht, die Bewertungen des je individuellen Behandlungsverlaufes im so genannten Monitoringvorgang allein auf Grund von Patientenselbsteinschätzungen (drei Dimensionen) vornehmen zu können.

4. Es wird beansprucht, diese externen Computerbewertungen bis zu achtmal als Wirkfaktoren in jede Behandlung als externe Beeinflussung einzubringen, ohne nachzuweisen, womit dieses Vorgehen theoretisch legitimiert wird und ohne an vorhersehbare Schädigungen durch ein derartiges Vorgehen zu denken.

Diese vier wesentlichen Punkte wurden von der Forschungsgruppe trotz aller fachlich fundierten Kritik heftig verteidigt und bis heute nicht verändert. Die intensive Kritik und die mittlerweile mehrjährige Auseinandersetzung wären in größerem Umfang abwendbar gewesen, wenn die Probleme durch diese Kritikpunkte zumindest diskutiert und anerkannt worden wären. Die schwer wiegende, verfahrensspezifische Kritik aus Sicht der psychoanalytischen Therapie für die beiden Anwendungsformen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Therapie Kritik fand bei diesen vier wesentlichen Ansprüchen keine Berücksichtigung.

Damit wurde der bisherige Konsens zwischen den Fachgesellschaften und den Berufsverbänden aufgehoben. Dieser Konsens bestand in der Anerkennung der Notwendigkeit von verfahrensspezifischen Qualitätssicherungsvorhaben, um den spezifischen Anforderungen der unterschiedlichen Verfahren gerecht werden zu können.

Die Aufhebung dieses Konsenses war nur dadurch möglich, dass in den entsprechenden Gremien der Selbstverwaltung und in den Kammern durch Abstimmung Entscheidungen herbeigeführt wurden. So haben auch die nicht in der psychoanalytischen Fachkunde ausgebildeten Verhaltenstherapeuten über die Anwendung des TK Modells auch für die psychoanalytisch begründeten Therapien durch Mehrheitsbeschluss mit entschieden. Hier liegt ein Teil der Probleme in der Verantwortung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen.

Dieser fachlich unzulässige und in erheblichem Maße unkollegiale Umgang unter Psychotherapeuten beruht auf benennbaren Konfliktfeldern und Interessenlagen.

Mehrere Konfliktfelder lassen sich aufzeigen:

Das erste Konfliktfeld betrifft die Auseinandersetzung um den Dominanzanspruch der empirischen Forscher, die ohne verfahrensspezifische Ausbildung über andere Verfahren Bewertungen abzugeben versuchen.

Die TK hat mit zwei empirisch ausgebildeten Verhaltenstherapeuten einen auf verhaltenstherapeutischer Basis formulierten Therapiebeeinflussungsansatz in die kassenfinanzierten Krankenbehandlung für alle Verfahren eingeführt und nun sind entsprechende Ergebnisse zu befürchten. Der Forschungsansatz, mittels externer Bewertungen in die laufenden Behandlungen mit dem Ziel der Beschleunigung der Behandlung einzuwirken, wird weltweit vorangetrieben. Kürzere Behandlungszeiten sind sicher nicht nur ökonomisch, sondern auch human wünschenswert, wenn dadurch die Leidenszeiten der Patienten verkürzt werden und die Behandlungszeiten reduziert werden.

Dieses Ziel wird auch mit dem regulären Gutachterverfahren zu erfüllen gesucht. Im regulären Gutachterverfahren werden etwa 14 % aller Behandlungsanträge nicht so bewilligt, wie sie beantragt werden. Das heißt, hier wird etwa jeder 7. Antrag anders zur Kostenübernahme empfohlen, als er vom Behandler beantragt wurde.

Allerdings gibt es beim Gutachterverfahren eben nicht nur die wichtige Prüfung daraufhin, ob weitere oder längere Behandlungszeiten wirklich notwendig sind, es gibt eben auch die Prüfung der Fragen, ob die Behandlungen zweckmäßig und ausreichend sind.

Hier liegt der entscheidende Kritikpunkt bei der Einschätzung derjenigen Forschungen, die bewertend in die laufenden Behandlungen einzugreifen beabsichtigen; Es handelt es sich nahezu immer um Kurzzeitbehandlungen, in denen die Zielsetzungen der deutschen Richtlinienbehandlungen überhaupt nicht angestrebt werden und in denen die Prüfung, ob diese Behandlungen wirklich verfahrensspezifisch zweckmäßig und ausreichend sind, nie vorgenommen wird. Die einfache Umsetzung der bewertenden Beeinflussung auf die Langzeitbehandlungen in der deutschen Richtlinienpsychotherapie aus Kurzzeitbehandlungen mit völlig anderen Zielsetzungen ist daher dann insbesondere zu kritisieren, wenn überhaupt keine Begründung für die Anwendung dieser Methoden in ganz anderen Settings vorliegt, bzw. die möglichen negativen Auswirkungen nicht bedacht oder sogar wie hier, trotz erheblicher Kritik nicht berücksichtigt werden. Alle psychoanalytischen Fachgesellschaften hatten ja nicht nur ihren Mitgliedern empfohlen, nicht an dem Modell teilzunehmen, sondern erneut die Anrufung einer Ethikkommission vor Untersuchungsbeginn schriftlich eingefordert.

Es muss auch deshalb zwangsläufig zum Konflikt mit denjenigen Verfahren kommen, deren Einzelfallqualität nicht allein nur auf empirischer Basis gesichert werden kann, weil ihre Therapiemethoden und Therapieziele, vor allem aber die therapeutische Beziehungsarbeit durch die empirische Vorgehensweise: mit Reduktion, Isolierung, Standardisierung durch Gleichmachen aller Unterschiede bis auf die zu untersuchende Variable und einfache Verleugnung der untrennbaren, voneinander in wechselseitiger Abhängigkeit ablaufenden Passungsbemühungen in der therapeutischen Beziehungsgestaltung nicht allein zu erfassen sind.

Buchholz spricht vom „methodischen Imperialismus“ der empirischen Forschung und schreibt später: „Michael Lambert und Clara Hill kommen in der 5. Auflage von Bergin und Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change zu dem Schluss, dass sich die Messung der Wirksamkeit einer Therapie in einem chaotischen Zustand befindet, der unter den Forschern keinen Konsens darüber ermöglicht, welches Instrument man für welchen Zweck verwenden sollte. Das Fazit dieser bekannten Autoren ist genau das gleiche wie vor zehn Jahren (Lambert 2004, S 204). Neuere Arbeiten (Orlinsky u. Rønnestad 2005; Aveline 2005) rücken mit der Person des Therapeuten dessen personengebundenen professionelles Können in den Mittelpunkt: „(...) Wir glauben, ein Grund für diese Kargheit in der Beforschung von Therapeuten liegt in einem Vorurteil – als ob man stillschweigend als gültig voraussetzte, Therapie sei im wesentlichen ein Repertoire von Methoden, Techniken oder Prozeduren, die in sich schon wirksam sind und seelische Störungen behandeln oder lindern könnten (...). Dieses Vorurteil wird von einer modernen Wissenschaftskultur gestützt, worin Rationalität über alles gesetzt wird und Objektivität hoch gelobt wird, als könne man therapeutische Arbeit tatsächlich als unpersönliche Prozesse auffassen (...) und dies Vorurteil verleitet dazu, das subjektive Element oder die persönliche Gleichung als Fehlerquelle in der Forschung aufzufassen, mit der Absicht, so etwas kontrollieren, es zu minimieren oder gar zu eliminieren (etwa in Forschungen zum Placebo-Effekt)“ (Orlinsky u. Rønnestad 2005 zit. aus Buchholz 2006 S. 430/431).

Aus diesen Überlegungen und aus dem Einsatz des Computers lassen sich erste Begründungen dafür ableiten, dass mit dem Ersatz oder der sog. Modifikation des Gutachterverfahrens durch den Einsatz des Apparatezentrums und der Computerbewertungen ein weiterer Schritt zur Entmenschlichung der therapeutischen Prozesse und der Qualitätssicherung im TK-Modell erfolgt und kritisch aufzuzeigen ist.

Ein erster Konflikt betrifft also die Machtfrage zwischen Wissenschaftlern und Fachgesellschaften um die Definitionsmacht von Qualität in der Psychotherapie. Das Problem im TK Modell besteht hier darin, dass in den psychoanalytisch begründeten Verfahren fachunkundige Empiriker über diese Verfahren zu bestimmen suchen. Wichtig erscheint der Hinweis, dass in den umfangreichen Erläuterungen und Werbebroschüren des TK Modells weder die generelle Kritik von Empirikern noch die der psychoanalytischen Fachgesellschaften bezüglich des Monitoringverfahrens angeführt oder berücksichtigt wurden.

Die zweite Konfliktebene betrifft die Konkurrenz zwischen den verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch begründet arbeitenden Praxen vor Ort: Hier findet nicht selten ein diffamierender Konkurrenzstreit unter den Verfahren statt, der auch die Konkurrenz um Ausbildungskandidaten zwischen den verhaltenstherapeutischen und psychoanalytisch begründeten Ausbildungsstätten betrifft. Hier soll zunächst der Hinweis darauf genügen, dass beide Forscher in der Ausbildung tätig sind, einer war Ambulanzleiter eines verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitutes, beide stehen selbst als Ausbilder in ungenannter Konkurrenz zu anderen psychotherapeutischen Verfahren. Auch dies sollte bei der Ergebnisdarstellung zumindest transparent gemacht werden.

Das dritte Konfliktfeld betrifft die vermutlich aktuell nicht zu überschätzende finanzielle Ebene. Auf einer ersten, eher sekundären Ebene wurde in den Diskussionen von den Berufsverbandsvertretern und Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen damit argumentiert, dass eine derart massive finanzielle Beteiligung einer Krankenkasse und eines Verlages als ein einmaliger Vorgang zu begrüßen sei, weil diese Kosten sonst von den Behandlern oder von den Kassenärztlichen Vereinigungen aufgebracht werden müssten. Zudem gibt es unter den Berufsverbänden, die das TK Modell begrüßen, einige, die sich in der Vergangenheit mit verschiedenen Argumenten, auch aus finanziellen Überlegungen, gegen das bisherige Gutachterverfahren ausgesprochen haben.

Die folgende Ebene ist allerdings primär: In der Konzeption des TK Modells wurde im Erstentwurf, wie später fundiert zu begründen sein wird, implizit eine Kürzung der Stunden beabsichtigt. Nur diejenigen Behandlungen, in denen die Patienten eine durchgängig, kontinuierliche Verbesserung angeben, können überhaupt positiv bewertet werden. Die Kernbegründung von Qualität im TK Modell besteht in der Kontinuitätsannahme als einzigem Wert der Normbildung für die spätere Bewertung. Wenn auch an keiner Stelle eine geplante Kürzung als Ziel benannt wird (Ziel ist allgemein die Prüfung der Steigerung von Effektivität und Effizienz), folgt aus der an Kontinuität gebundenen Bewertung, dass diejenigen Therapien, die nicht zu kontinuierlichen Verbesserungen in der Patientenselbsteinschätzung führen, negativ bewertet werden müssen. Dadurch versprechen sich die Projektleiter, ohne diese Hypothese zu benennen oder zu begründen, eine Steigerung der Effektivität und Effizienz. Wenn aber die einzigen im TK Monitoringvorgang dazu erfassbaren Kriterien ausschließlich die symptomfixierte Patientenselbsteinschätzungen und die Stundenzahlen sind, dann kann eine Steigerung der Effektivität nur durch Kürzungen erreicht werden. Eine andere Verbesserung der Effektivität als durch Kürzung der Behandlung ist konzeptionell nicht möglich.

Dennoch ist es ein gefährlicher Trugschluss anzunehmen, dass durch kürzere Behandlungszeiten im Einzelfall Geld gespart werden könnte.

Gefährlich deshalb, weil bei diesem Gedankengang die Frage der ausreichenden und zweckmäßigen Behandlung bei entsprechend weit gehenden Behandlungszielen schlicht übersehen wird. Unrichtig deshalb, weil selbst im Fall der Umsetzung der schlimmsten Befürchtungen (die TK hatte viele Jahre ein letztinstanzlich als unzulässig verurteiltes Modellvorhaben im Erstattungsverfahren betrieben, in dem feste und kurze Kontingente für alle Behandler und alle Patienten gleich erprobt, auch hier konnte jeder Behandler machen was er wollte...) eine Reduzierung der Behandlungskosten eben nicht zu einer Einsparung führen kann, wenn dies durch Mengenausweitungen (mehr Patienten mit weniger Stunden) ausgeglichen werden kann. Ein Aspekt wird gerne verleugnet:

Die Behandler von Langzeitverfahren können aller diejenigen Leistungen, die nur einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden dürfen, entsprechend seltener abrechnen. Insofern wäre es interessant, unabhängig von der Frage der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit einer ausreichenden Behandlung, wenn nur die finanzielle Seite durchgerechnet würde und dann als

Ergebnis herauskäme, dass Langzeitbehandler weniger Einkünfte haben als diejenigen Behandler, die nur Kurzzeitbehandlungen machen.

Es ist schon erstaunlich, wie selten von den Kritikern der Langzeittherapie die Frage gestellt wird, ob eigentlich diejenigen Behandler, die nur Behandlungsfälle mit dem Kontingent beantragen, bei denen sie keinen Bericht für den Gutachter erstellen müssen, in ihren Behandlungen die notwendige, zweckmäßige und ausreichende Behandlungspraxis anbieten.

Neben diesem allgemeinen finanziellen Interesse gibt es ein weiteres konkretes finanzielles Konfliktfeld:

Nach gemeinsamer Auffassung aller Berufsverbände und Fachgesellschaften ist in der schlechten Bezahlung für die Antragsstellung der Langzeitbehandlungen (probatorische Sitzungen und Berichterstellung durch den Behandler) der größte institutionelle Risikofaktor für die Qualität der psychotherapeutischen Behandlungen zu erkennen.

Über die Verantwortlichkeit für diesen Risikofaktor streiten sich, wie üblich, die Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zu Lasten der Leistungserbringer. Dieser Konflikt könnte mit der Einführung des TK Modells in die Regelversorgung ohne weitere Kosten für diese beiden Gruppierungen gelöst werden: Die Antragsstellung würde durch den Wegfall der Kosten für den Erstbericht und durch den Ersatz der Gutachterkosten durch die kostengünstigere Computerbewertung deutlich billiger. Durch die gewollte Gewichtverlagerung von dem Behandlerbericht zu den Patientenselbstbeschreibungen werden die probatorischen Sitzungen vor Behandlungsbeginn, in denen zwischen Patient und Behandler die Prüfung ihrer Kommunikations- und Kooperationsmöglichkeiten und Grenzen vorzunehmen ist, in ihrer Bedeutung real beeinträchtigt, die Folgen für die Qualität und Humanität der Behandlungen werden nicht reflektiert.

Sowohl die Bezahlung der probatorischen Sitzungen wie auch die der Berichterstellung gehören nicht zu den durch viele Gerichtsverfahren vorläufig gesicherten Honoraren. Die fünf bzw. acht möglichen probatorischen Sitzungen und die Erstellung des Berichtes an den Gutachter werden aktuell, regional unterschiedlich mit Beträgen bezahlt, die den Behandler massiv schädigen. Bei der KVWL wurde immer ein viel zu geringes Honorar für die Durchführung einer probatorischen Sitzung von 50 Minuten Dauer z.T. unter 25 Euro bezahlt. Die mit mindestens 60 Minuten kalkulierte Berichterstellung wurde zeitweilig ebenfalls mit unter 25 Euro erstattet, weil sie nicht zu den genehmigungspflichtigen Leistungen zählen.

Die Behandler werden dadurch gezwungen, entweder auf die grundlegenden Strukturmerkmale der geplanten Behandlungsqualität: ordnungsgemäße Durchführung der fünf bzw. acht probatorischen Sitzungen und eigene Erstellung von Berichten (Erfassung der Erkrankung, Diagnostik, Indikations- und Differentialdiagnostik, Überlegungen zum Verständnis der Krankheitsentstehung, Nachweis einer funktionalen, biographisch nachvollziehbaren Krankheitsentstehung, ihrer Aufrechterhaltung, der Behandlungsbedürftigkeit und der Erstellung eines Behandlungsplanes mit konkreter und begründeter Therapieplanung mit abschließender Prognoseerstellung) zu verzichten oder diese Leistungen selbstschädigend zu erbringen.

Gegenwärtig hat das zu schweren Konflikten geführt, es gibt unzählige Werbeangebote zur Fremderstellung der Berichte an den Gutachter sowie die zu beobachtende Tendenz der Behandler, zum Teil gänzlich auf alle probatorischen Sitzungen zu verzichten und die Erstanträge standardmäßig als oft nicht gutachterpflichtige Kurzzeittherapien zu beginnen, in deren Rahmen dann die genannten Aufgaben der Antragsstellung erfüllt werden können. Hier wird der Verführungscharakter des TK Modells für diejenigen Behandler erkennbar, die aus verschiedensten Gründen entweder das reguläre Gutachterverfahren beenden wollen oder für eine standardisierte Kurzzeitbehandlung eintreten.

Es wird also zu bedenken sein, ob durch das TK Modell sowohl die KVen, die Kassen und der Verlag finanziell unmittelbar profitieren, die Behandler möglicherweise von der fachlich zwar unverzichtbaren, finanziell aber nicht bezahlten Arbeit „entlastet“ werden und so die notwendigen Konflikte zur Finanzierung der Antragsstellungen zwischen Kassen und Kas senärztlichen Vereinigungen vermieden werden.

In der aktuellen Krankenversorgung wird die Mehrheit der Behandlungen (c. 55%) durch die Verfahren der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie durchgeführt. Sowohl die tiefenpsychologisch fundierte als auch die analytische Psychotherapie sind Anwendungsformen der Psychoanalytischen Therapie.

Sie wurde 2004 in einer gemeinsamen Stellungnahme aller psychoanalytischen Fachgesellschaften dem wissenschaftlichen Beirat zur Information vorgelegt. (Brandl, Y., Bruns, G., Gerlach, A., Hau, S., Janssen, P.L., Kächele, H., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W., Rudolf, G., Schlösser, A.-M., Springer, A., Stuhr, U., Windaus, E., 2004).

Die aktuellste Darstellung der psychoanalytisch begründeten Verfahren und deren empirischen Wirksamkeitsnachweise finden sich in der „Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13-15 der Psychotherapie-Richtlinie für die analytisch begründeten Verfahren“ die 2009 (Springer, Wellendorf, Senf, Schneider, Sasse und Wimmer) gemeinsam für die Fachgesellschaften der DGPT, DPG, DGPM, DPV, DGIP, DGAP veröffentlicht wurde.

Beide Anwendungsformen werden auch in den Psychotherapierichtlinien in ihren gemeinsamen Grundlagen und unterschiedlichen Anwendungsfeldern definiert.

Beide Anwendungsformen werden in der staatlichen Ausbildung gelehrt, der verfahrensspezifische Fachkundenachweis ist in den staatlichen Approbationsprüfungen zu erbringen, er wird im Approbationszeugnis differenziert aufgeführt.

Ohne die Berücksichtigung der Erstanträge zu Kurzzeittherapien, die von der Gutachterpflicht befreit sind zeigen sich folgende Zahlen (in Klammern die aktuellen Zahlen für 2009) für die bewilligungspflichtigen Langzeitbehandlungen: 2005 (2009) wurden im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie insgesamt 142128 (164587) Gutachten erstellt. 4% (4%) der Behandlungen wurden abgelehnt, immerhin in 10% (10,3%) der

Berichte wurden die Behandleranträge bezüglich der Dauer, der Behandlungskontingente oder der Frequenz verändert.

In der Verhaltenstherapie wurden 2005 (2009) 117530 (142896) Gutachten erstellt, die Ablehnungsquote lag bei 3% (2,8%), die Änderungsquote bei 8% (6,4%).

Angesichts dieser Zahlen und der sozial- und berufsrechtlichen Lage gibt die TK keine Begründung dafür ab, dass zur Entwicklung der Grundkonzeption des TK Modells nicht ein einziger Fachkundiger, weder ein niedergelassener Behandler, noch ein Gutachter, noch ein psychoanalytisch fachkundiger Wissenschaftler der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren bei der ursprünglichen Designerstellung hinzugezogen wurde, obgleich die Verfahren betroffen sind, die in der Mehrheit der Langzeittherapien die Versorgung der Versicherten sicher stellen. Dieser Konflikt wird unter der Fragestellung der Sorgfaltspflichterfüllung später ausführlicher erörtert.

Das Vorhaben der TK stieß aber nicht nur wegen dieser vielen Konfliktfelder auf heftige, vielschichtige Kritik, sondern deshalb, weil die unverzichtbaren Grundbedingungen für wissenschaftlich begründete, fachlich fundierte und human legitimierte psychotherapeutische Heilbehandlung durch das TK Modell nachhaltig beeinträchtigt und geschädigt werden. Deshalb wurden viele Gegenmaßnahmen eingeleitet:

- Der beratende Fachausschuss für Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Vereinigung in Westfalen – Lippe (KV-WL) hat dem TK Modell nach langen Diskussionen seine Zustimmung verweigert, der Vorstand ohne Erklärung den TK Vertrag dennoch gegen das Votum seines beratenden Fachausschusses unterzeichnet,
- in einer gemeinsamen Unterschriftenaktion hatten sich 685 sozialrechtlich zugelassene (insgesamt über 800 approbierte) Psychotherapeuten allein aus Hessen in einer Unterschriftenaktion gegen das TK Modell in Hessen ausgesprochen,
- die Psychotherapeutenkammer in Hessen hatte sich gegen das Modellvorhaben ausgesprochen und
- schließlich hatten alle fünf psychoanalytischen Fachgesellschaften:

Die Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP),
die Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP),
die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT),
die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG), sowie
die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)

in einer gemeinsamen bundesweiten Stellungnahme ihren Mitgliedern die Nichtteilnahme am TK Modellvorhaben empfohlen und die Einbeziehung einer Ethikkommission gefordert. Diese psychoanalytischen Fachgesellschaften vertreten 56 sozial- und berufsrechtlich anerkannte Ausbildungsstätten für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, sind also für die Forschung und Ausbildung dieser Verfahren legitimierte Fachvertretungen.

Die Verantwortung der Fachgesellschaften und ihrer Ausbildungsstätten ist einerseits gefragt, wenn die Qualität der Behandlung beeinträchtigt wird.

Andererseits haben die Fachkundigen die Pflicht, sowohl zum Schutz der Behandler wie auch zum Schutz der Patienten und der Verfahren die entsprechenden Risiken und Nebenwirkungen aufzuzeigen und zu veröffentlichen.

Zwar wurde das Modell nach der Konzeption sowohl einer Ethikkommission (vermutlich ohne verfahrensspezifische- psychotherapeutische Besetzung) und dem Bundesversicherungsamt zur Genehmigung vorgelegt und von diesen Gremien als Modellvorhaben genehmigt, allerdings antwortete das Bundesversicherungsamt dem Autor bezüglich seiner Forderung, die TK müsse die Patienten über schwerwiegende Fehler aufklären, eindeutig:

„Im Übrigen besteht bei jeder Studie **seitens der behandelnden Ärzte** (Hervorhebung durch den Autor) die Pflicht, die Patienten über die Studie und die eventuellen Nebenwirkungen aufzuklären“ (BVA Anschreiben an den Autor vom 19. Januar 2005).

Damit liegt die Verantwortung auch und gerade für die in dieser Studie nachgewiesenen Fehler, Risiken und Gefährdungen in der Anwendung **allein** beim Behandler, auch wenn oder gerade weil im TK Modell selbst derartige Fehlentwicklungen konzeptuell nicht reflektiert wurden. Die Fragen bezüglich denkbarer Regressforderungen können deshalb schon jetzt beantwortet werden: nur die teilnehmenden Psychotherapeuten können bei den nicht auszuschließenden Schädigungen und Kunstfehlern zur Verantwortung gezogen werden.

Zielsetzung der Studie

Der Projektleiter der Techniker Krankenkasse wird in der Zeitschrift Die Zeit (Heft 41, 2009) am 13.10.2009 mit folgender Aussage zitiert: „Die Psychotherapeuten, insbesondere die ärztlichen Psychotherapeuten und ganz besonders die Psychoanalytiker, hinken hinter der Ärzteschaft her“ und weiter: „Es gibt einfach keine Qualitätssicherung in der Psychotherapie“ (Ruprecht, 2009).

Diese Behauptung wird dann besonders bemerkenswert, wenn der kritische Leser die Qualität und die Kompetenz der am TK-Modell beteiligten Personengruppe nach der Lektüre dieser Studie einschätzen sollte.

Realität ist: Es gibt keinen wissenschaftlich fundierten Beleg für die schlechtere Qualitätssicherung bei ärztlichen Psychotherapeuten. Es gibt keine derart umfangreiche, umfassende, langwierige und auch teure Ausbildung wie die zum Psychoanalytiker. Die psychoanalytischen Fachgesellschaften haben je eigene und seit Jahrzehnten kooperierende Ausbildungsstätten, Supervisoren und Lehranalytiker in entsprechenden Fachgruppen, gemeinsam vereinbarte Ausbildungskontingente, sehr umfassende und umfangreiche Forschungsvorhaben, die in mehreren Forschungsgruppen durchgeführt werden. Im Folgenden wird ein seit Jahren diskutiertes Modell zur Qualitätssicherung in den psychoanalytisch begründeten Verfahren vorgelegt. In dieser Studie wird aufgezeigt werden, dass es, im Gegensatz zu der eben zitierten Polemik durch das Gutachterverfahren eine Regulierung gibt, die es in keinem anderen Fachgebiet derart umfassend gibt, wie in der Psychotherapie: 2009 wurden von genau von 164587 individuellen Behandlungen 4% abgelehnt und 10,3 % nicht entsprechend den Anträgen der Behandler zur Kostenübernahme empfohlen. Das bedeutet, dass im Gutachterverfahren etwa jede 7. Behandlung nicht so bewilligt wird, wie sie beantragt wird. Dem Autor ist kein ande-

res Fachgebiet bekannt, in dem ein derart hoher Wirkfaktor durch ein externes Prüfverfahren erzielt wird.

Stereotyp werden drei Argumente von den Kritikern gegen das Gutachterverfahren angeführt: Die Ergebnisse seien erstens unsicher, weil es Betrüger unter den Behandlern gäbe, die etwas anderes im Bericht an den Gutachter schrieben, als sie tatsächlich tun. Wenn dieses Argument vorgetragen wird, fordert nie jemand von den Krankenkassen, die gesetzlich zwingend auf das Gutachterverfahren angewiesen sind, dass diese Kassen endlich gegen diese Betrüger vorgehen, oder aber, dass von diesen Kritikern der Nachweis des Betruges erbracht wird. Dieses Argument wird immer wieder mit dem Ziel vorgetragen, das Gutachterverfahren, unter Nichtnennung der gerade genannten Zahlen, zu diskreditieren. In der Realität ist die weit überwiegende Zahl der Berichte an den Gutachter nicht betrügerisch gefälscht.

Zweitens wird vorgetragen, dass es keine Abschlussmessung gibt. Das ist zwar richtig, ist aber damit zu begründen, dass das Gutachterverfahren andere primäre Ziele hat, als den Wirksamkeitsnachweis der Behandlungen. Trotzdem ist die Wirksamkeit sehr wohl auch durch die Änderungen an den Verlaufszeitpunkten während der Behandlung abzusehen. Die primären gesetzlich und vertraglich vorgegebenen Ziele des Gutachterverfahrens werden in dieser Studie genauer erläutert.

Drittens werden die Kürzungen oder Ablehnungen unter Hinweis auf das Obergutachterverfahren als unwirksam entwertet, wenn der Obergutachter die ablehnende Entscheidung des Gutachters aufhebt. Dazu ist anzumerken, dass erstens nur nach Ablehnungen und nie nach Änderungen/Kürzungen eine Anrufung des Obergutachters möglich ist und zweitens, dass der Obergutachter i. d. R. eine neue und mit Hinweis auf die Argumente des Gutachters veränderte zweite Stellungnahme des Behandlers erhält. Wenn in diesem zweiten Bericht die Bedenken des Gutachters aufgehoben werden können, dann spricht dies nicht gegen das Gutachterverfahren sondern eher für dessen Wirksamkeit, weil dann ja offensichtlich die Bedenken ausgeräumt werden konnten.

Auf diesem Hintergrund sind die Behauptungen eines prominenten TK-Mitarbeiters zu bedauern, weil dadurch, wie übrigens im TK-Modell noch gravierender, Patienten offensichtlich falsch informiert werden und dadurch geschädigt werden können.

Mit dieser kritischen Studie sollen daher mehrere Ziele erreicht werden:

Zunächst wird ein umfassendes Modell zur Qualitätsbeschreibung der beiden analytisch begründeten Richtlinienverfahren vorgelegt. Eine derart differenzierte und komplexe Darstellung der Qualitätsmerkmale und der Kompetenzfaktoren der Behandler liegt gegenwärtig nur für die analytisch begründeten Verfahren vor.

Damit wird der Vorwurf entkräftet, es gäbe keine Qualitätsdefinition für die analytisch begründeten Verfahren, zudem soll damit ein Angebot vorgelegt werden, an dem sich Qualitätssicherungsvorhaben orientieren können. Dieses Modell soll nicht zu einer neuerlichen normierenden Gleichmacherei führen, sondern soll Mindeststandards für Qualität und Humanität in den psychoanalytisch begründeten Behandlungen vorlegen, wenn zukünftig erneut externe Qualitätssicherer beanspruchen, die Qualität dieser Verfahren sichern zu wollen.

Zweitens muss die schwer wiegende Kritik am TK Modell fachlich und wissenschaftlich möglichst klar aufgezeigt, erläutert und begründet werden, um die in Kürze zu erwartenden Ergebnisse und den Aussagewert dieses Modellvorhabens wissenschaftlich basiert einschätzen zu können. Insbesondere sollen aber für die zukünftige, dringend notwendige wie wünschenswerte Psychotherapieforschung sowohl die verfahrensspezifischen Qualitätskonzepte der analytisch begründeten Richtlinienverfahren im Unterschied zu anderen Psychotherapieverfahren erläutert werden, wie auch die Grenzen von Wirksamkeitsnachweisen aufgezeigt werden, die allein auf subjektiven Patientenselbsteinschätzungen beruhen. Der Unterschied zwischen dem Nachweis der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren, der immer durch möglichst hohe Patientenzahlen in Vergleichsgruppen erbracht wird und dem Qualitätsnachweis einer individuellen Behandlung wird herausgearbeitet; er sollte für zukünftige Forschung nicht mehr interessengeleitet negiert werden können. Qualitätsmerkmale und entsprechend gute Sicherungsmaßnahmen müssen aufgezeigt werden, um eine Alternative zu den rein reduktionistischen empirischen Vorgehensweisen aufzuzeigen.

Wissenschaft muss den Menschen dienen. Entweder sollte jede Wissenschaft nach Wahrheit oder nach guter Nützlichkeit streben. Beide Ziele sind vieldeutig und vielschichtig versteh- und interpretierbar. Besonders bei dem Nützlichkeitsziel stellen sich bedeutsame Fragen: wie und wem soll wissenschaftliche Forschung wozu dienen? Da heute oft sehr spezifische Interessen unterschiedlichster Geldgeber vorliegen und wie man heute sicher weiß, die beste Strategie zur Erreichung von Zielen oft in deren systematischer Verschleierung besteht, ist die Forderung nach Transparenz in der wissenschaftlichen Forschung heute nicht mehr Teilaspekt eines Wertekonsenses, sondern zwingend notwendiger Teil jedweder Wissenschaft. Insofern soll mit dieser Studie auch die Frage der Transparenz und die Prüfung der Erfüllung dieser Forderung im TK-Modell bzw. die nachträgliche Erfüllung dieser Forderung eingehender diskutiert und gefordert werden.

Qualitätssicherungsvorhaben in der Psychotherapie dienen aus Sicht der Fachgesellschaften vorrangig der Sicherstellung der Qualität der Behandlungen und ihrer Verbesserung. Besonders in der Psychotherapie sind das Zusammenwirken des Wahren, der Wissenschaft und des Guten, der Ethik unverzichtbar. Spätestens seit dem Nachweis durch Lévinas, dass das Wahre gerade nicht automatisch das Gute ist, kann dieses Spannungsfeld nicht mehr verleugnet werden. Durch die finanziellen Krisen der Gesellschaft, die insbesondere auch die staatlich finanzierte Wissenschaft und das staatlich geregelte Gesundheitssystem betreffen, wird die Qualitätssicherung konsequent auch zur Legitimation für andere Interessen benutzt.

Im Gesundheitssystem wird der Begriff von Qualität benutzt und damit potentiell auch missbraucht, um damit neue Formen der Mengenregulation von Leistungen und damit der Kostenkontrolle einzuführen oder die Umverteilung (Kürzungen) von Geld zu rechtfertigen und nicht, um die Qualität tatsächlich zu verbessern.

Im Wissenschaftsbetrieb werden das Streben nach Wahrhaftigkeit und die Suche nach nützlicher Erkenntnis gewollt in eine Richtung forciert: Wissenschaftler sollen in Kooperation mit finanzstärkeren Partnern Sorge dafür tragen, dass ihr Wissen kommerziell umsetzbar wird,

dass sich die Umsetzung von Wissen finanziell auszahlt. Dadurch wird für die Verwerter von Wissenschaft ein Anreiz geschaffen, die enormen Kosten für Wissenschaft zunehmend mit zu tragen.

Diese Entwicklungen kann man begrüßen oder nicht. Neu sind solche Motivwechsel auch nicht. Die Gefahren, die durch die neuen Interessenlagen entstehen, sind allerdings nicht gering. Wissenschaft stand immer schon in der Gefahr, durch andere Motive als durch das hohe Ideal der Suche nach Erkenntnis, Nutzen und Wahrheit bestimmt zu werden. Wissen war und ist immer auch Macht.

Das Gesundheitssystem wird von vielen Seiten zur Nutzung eigener Partikularinteressen gebraucht. Das ethische Motiv einer helfenden, letztlich liebenden Sorge für den kranken Anderen stand immer schon in Gefahr, auch zur Maskierung vielfältiger Missbrauchsmotive zu dienen.

Nach Auffassung des Autors verstößt das TK Modellvorhaben sowohl gegen elementare Wissenschaftskriterien, als auch gegen die Pflicht, dafür Sorge zu tragen, keine Schädigungen in psychotherapeutischen Behandlungen zu bewirken. Das TK Modell verstößt sowohl gegen das Kriterium der Wahrheit als auch gegen das Kriterium des Guten.

Die vorliegende Studie erhebt den Anspruch, den Nachweis für die Richtigkeit dieser doch schwer wiegenden Vorwürfe sowohl wissenschaftlich begründet, wie auch aus Sicht der Fachkunde zu erbringen.

Mit dieser Studie sollen für die Diskussion der Ergebnisse folgende Punkte deutlich werden:

1. Der Anspruch, die Wirksamkeit und die Qualität jeder Behandlung mit einem einzigen Merkmal (auf drei Ebenen) erfassen zu können ist wissenschaftlich nachweisbar nicht erfüllt. Er ist aufzugeben.
2. Die den ursprünglichen Bewertungen des Behandlungsprozesses zu Grunde liegende Norm ist wissenschaftlich belegbar falsch. Damit wurden in unkontrollierbarem Umfang Patienten, Behandlern und den Gutachtern sehr häufig falsche Bewertungen als gewollte Wirkfaktoren vorgelegt. Die nach zwei Jahren eingeführte Änderung der Bewertungen basiert auf dem Nachweis der Fehlerhaftigkeit der Bewertungen durch externe Kritik, jedoch wurde der eigentliche Berechnungsvorgang im Apparatezentrum nicht geändert. Die veränderten Rückmeldungen können also auf dieser Basis keinesfalls als integrativer Teil des TK-Modells betrachtet, schon gar nicht als Verbesserungen des TK-Modells angesehen werden. Der unter unzutreffender Bezeichnung als „Qualitätsmonitoring“ entwickelte bewertende Rückmeldungsvorgang insbesondere an Patienten muss daher als ungeeignet und potentiell schädigend abgelehnt werden.
3. Im TK- Modell werden zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe mehrere unkontrollierbar unterschiedliche Faktoren wirksam. Die Reduktion auf eine einzige Untersuchungsvariable (bzw. eine Auswertung für miteinander intervenierende Variablen durch entsprechende statistische Modelle) als Grundlage jeder empirischen Vergleichsmethodik ist im TK Modellvorhaben fehlgeschlagen. Ein Vergleich zwischen den Verfahren und deren Ergebnissen ist sowohl auf dieser Datenlage unzulässig, insbesondere aber deshalb, weil an keiner Stelle sicher gestellt wurde, dass die teilnehmenden Behandler für die untersuchten Verfahren repräsentativ sind und weil es überhaupt keine Prüfung gibt, welche Verfahren unter

der Abrechnungsnummer der Teilnehmer angewendet wurden. Zudem wurden die analytisch begründeten Verfahren systematisch in ihrer Wirksamkeit beeinträchtigt und geschädigt, so dass ein Vergleich zwischen den Verfahren unzulässig ist, selbst die Bezeichnung, dass es sich im TK-Modell tatsächlich um analytisch begründete Behandlungen handelt, ist eher als ungesicherte und ungeprüfte Vermutung bezogen auf ihre Aussagekraft zu behandeln. Die zu erwartenden Aussagen zum Vergleich der ebenfalls verglichenen Gutachterverfahren werden ebenso einer kritischen Untersuchung unterzogen und deren Aussagekraft in Frage gestellt.

4. Zudem müssen gemäß des selbst beanspruchten Transparenzversprechens der TK sowohl die Patienten als auch die Behandler und Gutachter über die vorliegenden Interessenlagen und finanziellen Verbindungen, die evidenten Ergebnisse, die Konflikte, die Risiken und Gefährdungen sowie über die Fragen der Verantwortung und der denkbaren Schadensregulierung durch die teilnehmenden Behandler oder Re-therapien umfassend aufgeklärt werden.

Da das TK Modellvorhaben mit dem Ziel entwickelt wurde, die zukünftige Entwicklung der Richtlinienpsychotherapie zu verändern, müssen die hier aufgeworfenen Fragen von den Gremien, die an der Weiterentwicklung der Richtlinienpsychotherapie beteiligt sind, entsprechend diskutiert und berücksichtigt werden, vor allem um die hier aufgezeigten Fehlentwicklungen, Schädigungen und wissenschaftlichen Unzulänglichkeiten angemessen zu gewichten und deren Wiederholung möglichst auszuschließen.

Kapitel 1.

Einführung in die Definition und Beschreibung der Qualität und Humanität der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien

Die Qualitätsbestimmung einer psychoanalytisch begründeten Einzelfallbehandlung wird dann möglich, wenn die Anwendung der Qualitätsmerkmale des Verfahrens und die Kompetenzfaktoren des Behandlers geeignet sind, die vorher festgelegten Erfordernisse zu erfüllen.

Folgende Übersicht soll zunächst übersichtlich die Zusammenhänge verdeutlichen:

Die Forderung nach Berücksichtigung der Gesamtheit aller Qualitätsmerkmale umfasst zunächst die Erfassung von drei unterschiedlichen Qualitätsebenen:

Die **Strukturqualität** einer Behandlung wird durch die Voraussetzungen bestimmt, die vor Beginn der eigentlichen Behandlung erfüllt sein müssen. Die wesentlichen Merkmale der Strukturqualität in der Psychotherapie sind der psychoanalytische Wissenschaftsansatz, die psychoanalytische Fachkunde, das psychoanalytische Menschenbild und der Nachweis der abgeschlossenen Ausbildung des Behandlers.

Nur in direkter Abhängigkeit von diesen Strukturqualitätsmerkmalen lassen sich die **Prozessqualitätsmerkmale** ableiten, also die Merkmale, die im eigentlichen Prozess zur Anwendung kommen müssen. Hier sind die Qualitätsmerkmale des Verfahrens und die Behandlungskompetenz des Behandlers in ihrem untrennbaren Zusammenwirken zu untersuchen.

Wiederum in direkter Abhängigkeit von den beiden Struktur- und Prozessqualitätsmerkmals-ebenen lässt sich die **Ergebnisqualität** des Verfahrens ableiten. Die Ergebnisqualitätsprüfung umfasst die Untersuchung, ob die definierten Verfahrensmerkmale zum richtigen Zeitpunkt passend angewendet wurden und ob die definierten Behandlerkompetenzfaktoren passend und geeignet genutzt werden konnten. Das dritte Ergebnisqualitätsmerkmal wird durch die Prüfung des Zusammenwirkens dieser beiden Merkmalsgruppen erkennbar, also ob zum passenden Zeitpunkt z. B. in einer bestimmten Therapiephase der Behandler ein dazu passendes Beziehungsangebot ermöglichte.

Für alle drei Qualitätsebenen und deren fachlich geeignete Nutzung ist allein und ausschließlich der Behandler verantwortlich. Hier liegt seine Verantwortung, die wiederum die unverzichtbare Forderung nach Freiheit für den Behandler bezüglich seiner Behandlungswahl begründet und legitimiert

Ein weiteres Erfordernis zum Qualitätsnachweis einer Behandlung ist der Nachweis der Wirksamkeit. Die Wirksamkeit ist jedoch nicht allein vom Behandler oder der Qualität seines Behandlungsangebotes abhängig sondern wird von vielen anderen Faktoren mitbestimmt, die später aufgezeigt werden sollen. Auch hier müssen, passend zu den Struktur- und Prozessqualitätsmerkmalen die verfahrensspezifischen Wirksamkeitsmerkmale unterschieden werden: Jedes Verfahren hat andere Wirksamkeitsmerkmale.

Im Folgenden soll nun diese Übersicht genauer begründet und erläutert werden.

1. Grundlagen der Qualitätsbeschreibung und ihrer Erfassung in den tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Therapien

1.1. Grundlagen der Qualitätsbestimmung: Definition von Qualität: Übersichtsskizze

Es gibt mehrere Definitionsansätze zum Qualitätsbegriff. Hier wird folgende Definition bevorzugt:

**„Qualität ist der Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“
EN ISO 9000:2000**

„Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit (Tätigkeit, Prozess, Produkt, Organisation, System, Person oder einer Kombination daraus) bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesagte Erfordernisse zu erfüllen.“ EN 8402

Während es im TK Modell an keiner Stelle eine Qualitätsdefinition gibt, wird für die Beschreibung der Qualität in den tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Behandlungen folgende Definition nach DIN von Qualität herangezogen:

„Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale und Merkmalswerte eines Produktes oder einer Dienstleistung bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ DIN 55350.

Diese Definition nach DIN erscheint angemessen differenziert und eindeutig. Danach ist die Gesamtheit der Merkmale und die Gesamtheit der Merkmalswerte der Dienstleistung Psychotherapie darauf hin zu bewerten, ob sie geeignet sind, die für eine Psychotherapie festgelegten und vorausgesetzten Erfordernisse zu erfüllen.

Die Erfassung der **Gesamtheit** der Merkmale und ihrer Werte führte bei allen Qualitätssicherungsverfahren zu der von Donabedian 1968 allgemein anerkannten Unterscheidung zwischen der vor Beginn der Dienstleistung notwendigen **Struktur** (Rahmen und Ausbildung), dem eigentlichen **Prozess** der Erbringung der Leistung und der Prüfung der **Ergebnisse** der Dienstleistung. Nur diese Zusammenhangsbetrachtung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wird der Forderung nach Erfassung der Gesamtheit der Merkmale und ihren Werten gerecht.

Aber auch die Zusammenhangsbetrachtung **der Gesamtheit der Merkmale und ihrer Werte im eigentlichen Dienstleistungsprozesses** wird damit zwingend vorgegeben.

Diese Qualitätsdefinition erfordert eine weitere Differenzierung der Prozessqualität: einerseits müssen die spezifischen Prozessqualitätsmerkmale benannt werden, andererseits müssen sie ihre Eignung nachweisen, vorher festgelegte Erfordernisse zu erfüllen.

Diese Erfordernisse beziehen sich nicht nur auf das Ziel der Leistungserbringung, sie stellen im Bereich der Psychotherapie sicher, dass die Beziehung zwischen den Konzepten der Verfahren und ihrer Eignung zur Patientenbehandlung hergestellt werden muss.

Anders ausgedrückt: Die Benennung der Erfordernisse erfordert einen Perspektivenwechsel. Jeder Psychotherapeut muss die Frage beantworten, welche Bedingungen für einen Patienten oder eine Behandlung erforderlich sind, damit die Leistungsziele: Genesung, Heilung, Besserung, Linderung oder Verhinderung einer Verschlechterung erreicht werden können.

Die Beantwortung dieser Frage ist nicht nur deshalb schwierig, weil die unterschiedlichen Verfahren unterschiedliche Entstehungsbedingungen und unterschiedliche Behandlungskonzepte für seelische Krankheiten als entscheidend ansehen. Die Beantwortung ist auch deshalb schwierig, weil es sowohl allgemeine Erfordernisse gibt, die für jeden Patienten zu erfüllen sind, es gibt aber aus Sicht der Psychoanalytischen Therapie sowohl für unterschiedliche Krankheiten als auch für die individuellen Patienten und auch für die konkreten Behandler andere, spezifische Erfordernisse, die für notwendig erachtet werden.

Diese Schwierigkeiten haben u. a. dazu geführt, dass es bislang keine fest vereinbarte Qualitätsbeschreibung der Therapieformen der Psychoanalytischen Therapie gibt. Vermutlich auch deshalb wird im TK Modell an keiner Stelle die Qualität von Behandlungen beschrieben oder eine begründete Definition vorgelegt. Stattdessen wird die Qualität einer Behandlung im Monitoringvorgang allein mit der Wirksamkeit, erfasst allein durch die Veränderungen in der Patientenselbstbeschreibung, gleichgesetzt. Dieses Vorgehen der TK soll also die schwierigen Fragen der Beschreibung der Erfordernisse durch radikale Reduktion, durch Standardisierung und Verleugnung bzw. Nichtbeachtung der verfahrensspezifischen Unterschiede beantworten; in dieser Studie wird später aufgezeigt, dass dieses Vorgehen aus vielen Gründen, vorrangig aber aus empirisch-wissenschaftlichen Gründen nicht akzeptabel ist.

Das hier vorgelegte Modell zur Qualitätsbeschreibung der psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren (Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie als Kurz- und Langzeittherapie) soll zur notwendigen Differenzierung mehrerer Faktoren dienen: -Es wird fachlich begründet, dass die Gleichsetzung von Wirksamkeit und Qualität einer konkreten Behandlung unsinnig und damit auch unzulässig ist.

-Die notwendige Unterscheidung zwischen Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität muss in ihrem Zusammenwirken berücksichtigt werden.

-Bei der Qualitätsbeschreibung ist eine Trennung zwischen den Qualitätsmerkmalen des Verfahrens und der Behandlungskompetenz des Behandlers zwingend differenziert zu betrachten: Es ist weder hinnehmbar, ein gutes Verfahren mit der Begründung zu diskreditieren, weil unqualifizierte Behandler bei der Anwendung dieses Verfahrens eben für schlechte Ergebnisse sorgen; noch darf ein qualifizierter Behandler mit der Begründung diskreditiert werden, weil ein unqualifiziertes oder, wie im TK Modell, ein in seiner Wirksamkeit erheblich geschädigter und mit falschen Bewertungen fehlgeleiteter Behandlungsprozess zu schlechteren Ergebnissen für dieses Verfahren führt. Nur durch die unverzichtbare Zusammenhangsbetrachtung des Zusammenwirkens von definierten Verfahrensqualitätsmerkmalen und ebenfalls definierten Merkmalfaktoren der personengebundenen Behandlerkompetenz kann eine wissenschaftlich begründete Aussage über die Qualität einer Behandlung möglich werden.

Die Wirksamkeitsnachweise sind davon getrennt ebenfalls verfahrensspezifisch begründet zu benennen und in entsprechenden Prüfungsvorgängen, die am ehesten durch Super- oder Intervision fachlich qualifiziert durchgeführt werden, zu evaluieren. Die später konkret aufgeführten Wirksamkeitsnachweise sind im Bericht des Behandlers an den Gutachter darstellbar und damit auch in ihren komplexen Zusammenhängen durch einen fachkundigen Gutachter sehr wohl überprüfbar.

Vor der Darstellung des vorläufigen Qualitätsmodells sind einige Erläuterungen über die Nutzung eines derartigen Modells unverzichtbar.

Der eigentliche Sinn von Qualitätssicherungsbemühungen besteht in der Sicherstellung und Entfaltung von Qualität. Erst durch finanzielle Probleme wird heute diese Zielsetzung mit anderen Motiven vermischt. Qualitätssicherung wird heute von Außenstehenden gefordert, um damit eine weitere Form der Mengenregulation zu begründen.

Dadurch werden aber die Notwendigkeiten einer primären Qualitätssicherung: Fehlerfreundlichkeit, Freiheit von Sanktionen sowie Verzicht auf Bewertungen mit realen Folgen für den Behandler aufgehoben.

Das hier vorgestellte Modell soll nach Auffassung des Autors nur zur primären Qualitätssicherung als Anregung, als Orientierung, als Hilfe genutzt werden.

Das Modell ist kein Abbild der Realität, es soll allein unter der Zielsetzung der Nützlichkeit Anregung und Hilfe sein. Jegliche Form der Bewertung kann damit nicht legitimiert werden: Ein Nichtbeachten des Modells, andere Vorgehensweisen oder Veränderungen dürfen nicht unter Hinweis auf diese Qualitätsvorstellungen als Bewertungskriterium herangezogen werden. Nach Auffassung des Autors setzt jede Bewertung von außen ein Interesse des Bewerter voraus, diese Interessen sind nicht Teil des vorliegenden Modells. Ziel des Modells ist allein

Unterstützung, Anregung zum Diskurs, es soll nicht zu einer Normbildung, zu Sanktionen oder Formulierung von Anforderungen beitragen.

In einer ersten Übersicht in Form einer Modellskizze wird der Aufbau des vorläufigen Modells zur Qualitätsbeschreibung der psychoanalytisch begründeten Richtlinienbehandlungen aufgezeigt. Vorläufig soll bleibender Namensbestandteil sein, um auf den Charakter der Vorläufigkeit und auf die Notwendigkeit zur kontinuierlichen Überarbeitung hinzuweisen.

2. Die Unterschiede zwischen Wirksamkeitsforschung und Qualitätserfassung.

Die Unterscheidung zwischen dem allgemeinen Nachweis der Wirksamkeit eines Verfahrens und der Sicherung der Qualität der jeweils konkret individuellen Behandlungen wird im TK Modell nicht vorgenommen.

Die Wirksamkeit von Verfahren wird in der Regel wegen der Kostenfrage durch vergleichende Studien und durch Mittelwertvergleiche entsprechender Untersuchungsgruppen nachgewiesen, sie ist ein quantitativer Faktor.

Die Wirksamkeit eines Einzelfalles kann ebenso durch prae – post Vergleiche quantitativ nachgewiesen werden. Die einfache Gleichsetzung von Quantität ist gleich Qualität muss jedoch in der Psychotherapie aus vielen Gründen als ungeeignet und fachlich unsinnig abgelehnt werden, die wegen des Vorgehens im TK-Modell reflektiert werden müssen.

Vorläufiges Qualitätsmodell der psychoanalytisch begründeten Richtlinienbehandlungen (Sasse 2010)

Wirksamkeitsnachweise	1. Veränderungen der Konfliktbewältigungsmuster 2. Veränderungen der Strukturbeschaffenheit 3. Veränderungen der Beziehungskompetenz 4. Veränderungen der Selbstregulationskompetenz 5. Entwicklung der geschlechtsspezifischen, subjekthaften Identität 6. Veränderungen im Ausmaß des subjektiven Leidens 7. Veränderung der unbewussten Selbst- und Fremdschädigung 8. Entfaltung des schöpferischen Unbewussten
Ergebnisqualitätsmerkmale	1. Prüfung, ob die Nutzung der Verfahrensmerkmale geeignet ist, um die Erfordernisse in der jeweiligen Behandlungssituation zu erfüllen 2. Prüfung der Nutzung der Kompetenzfaktoren und deren Auswirkungen 3. Prüfung des fachgerechten Zusammenwirkens von Verfahrensmerkmalen und Kompetenzfaktoren
Prozessqualität: Verfahrensmerkmale	1. Erfassung und Bearbeitung der unbewussten seelischen Struktur 2. Erfassung und Bearbeitung der unbewussten Konfliktbewältigung in ihrer neurotischen Ausprägung 3. Anwendung unterschiedlicher Beziehungsformen 4. Nutzung unterschiedlicher Behandlungsräume 5. Beachtung der spezifischen psychoanalytischen Therapie- und Veränderungsphasen 6. Fokussierung auf die Erlebniswelt des Patienten unter Beachtung seiner individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten 7. Verständnis der Funktionen des Unbewussten Krankheitsgeschehens 8. Erstellung und Prüfung der Trias von Diagnose – Therapieplan – Differentialindikation 9. Nutzung der Zusammenhangsbetrachtung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft 10. Entfaltung und Nutzung aller menschlicher Ressourcen im Therapieprozess
Prozessqualität: Kompetenzfaktoren des Behandlers	1. Aufbau und Beendigung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses in wechselseitiger und wechselnder Bedeutsamkeit 2. Konzentration auf ein patientenbezogenes und patientenspezifisches Beziehungsgeschehen 3. Verständnis der Abwehr, der Überwindung und des Abgewehrten im unbewussten Wirkzusammenhang 4. Gestaltung notwendiger Beziehungsformen und Behandlungsräume in unterschiedlichen Therapiephasen 5. Ermöglichung eines regressiven Prozesses zur Entwicklung der Pathologie unter Nutzung der Hingabe des Behandlers an das auftauchende Unbewusste des Patienten 6. Erstellung und Umsetzung eines sich dem Verlauf der Behandlung und dem individuellen Stand des Patienten anpassenden Behandlungsplanes 7. Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses von persönlicher Biographie, subjekthafter, geschlechtsspezifischer Identität des Patienten mit den Funktionen der Erkrankung und Heilung 8. Kontinuierliche Reflektion des Entwicklungsprozesses des Patienten unter Berücksichtigung der Behandlerinflüsse.
Strukturqualitätsmerkmale	1. Psychoanalytischer Wissenschaftsansatz 2. Psychoanalytische Fachkunde 3. Psychoanalytisches Menschenbild und psychoanalytisch begründete Werte 4. Abgeschlossene Ausbildung des Behandlers

Das Grundproblem zwischen dem allgemeinen Nachweis der Wirksamkeit eines Verfahrens einerseits und der Qualität jeder einzelnen Behandlung andererseits wurde im Gegensatz zum TK Ansatz in der Psychoanalytischen Therapie und ihren unterschiedlichen Anwendungsformen seit Jahrzehnten diskutiert und ist folgendermaßen getrennt gelöst worden:

Der Nachweis der Wirksamkeit eines Verfahrens als einer über die einzelnen Behandlungen hinausgehenden Fragestellung kann nach gegenwärtiger Auffassung vorrangig auf empirischer Basis mittels standardisierter und randomisierter Gruppenvergleichsstudien oder entsprechend vieler entsprechend systematisch untersuchter Einzelfallstudien erfolgen.

Deshalb wurden seit über einem Jahrzehnt empirische Wirksamkeitsstudien in der Psychoanalytischen Therapie forciert betrieben und vorgelegt.

1962 legte A. Dührssen die katamnestic Ergebnisse von 1104 Patienten nach analytischer Psychotherapie vor. Es folgten bedeutsame Untersuchungen, von denen exemplarisch hier nur auf die Arbeiten von Kächele (1981), Kordy und Kächele (1995) Leuzinger-Bohleber und Stuhr (1997), Freedman, Hoffenberg, Vorus und Frosch (1999), Sandell (1999), Sandell, Blomberg, Lazar, Carlsson, Broberg und Rand (2000), Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rieger und Beutel (2001), Brockmann (2003) Rudolf et al (2004) und Leichsenring (2002) verwiesen werden soll.

Aktualisiert wurden diese Studien 2009 bei der Prüfung der Wirksamkeit der Richtlinienverfahren in einer umfassenden Stellungnahme, in der sowohl die Theorie, aber hier auch besonders alle empirischen Wirksamkeitsuntersuchungen ausführlich vorgelegt wurden (Springer, Wellendorf, Senf, Schneider, Sasse, Wimmer 2009). Die Herausgeber dieser Stellungnahme sind die jeweiligen Vorsitzenden der verschiedenen Fachgesellschaften, an der Erstellung der Stellungnahme waren viele andere wissenschaftlich besonders qualifizierte Kollegen beteiligt.

Dieser Prozess der empirischen Untersuchungsmethodik zu Fragen der Wirksamkeit wird auch in Zukunft weitergeführt.

Die empirische Methodik mit ihrer notwendigen Reduktion auf das einzelne, getrennt zu erfassende Untersuchungsmerkmal der Wirksamkeit erscheint immer dann als unverzichtbar, wenn verallgemeinernde Wirksamkeitsaussagen im Gesundheitswesen gefordert sind.

Im Bereich der Psychotherapie ist dabei jedoch die Frage der Definitionsmacht bezüglich der Veränderungsmerkmale durch angemessene Operationalisierungen von entscheidender Bedeutung.

Es gab in der Vergangenheit vielfache Konflikte, wenn standardisierte Wirksamkeits-Operationalisierungen bei vergleichenden Forschungsvorhaben angewendet wurden, weil sich die unterschiedlichen Verfahren in ihren Zielsetzungen und damit auch bezüglich der Wirksamkeitskriterien sehr unterscheiden. Wenn diese verfahrensspezifischen Unterschiede, wie in den meisten vergleichenden Wirksamkeitsstudien, nicht berücksichtigt werden, besteht immer die Gefahr oder die Absicht, dass eines der Verfahren benachteiligt wird. Die grundlegende Arbeit zur Darstellung der Unterschiede zwischen den Wirksamkeitsvorstellungen in der Verhaltenstherapie und denen der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren findet sich unter dem Titel „Zwischen Konfusion und Makulatur“ bei Tschuschke, Heckrath, u. Tress (1997).

Wie bereits geschildert, bezeichnen Lambert und Hill den Zustand der Wirksamkeitsmessung zwischen Forschern seit nunmehr zehn Jahren unverändert als chaotisch, es gibt aus den genannten, vermutlich interessengeleiteten Gründen keinen Konsens unter den Forschern darüber, welches Instrument man für welchen Zweck verwenden sollte. (Lambert 2004, S 204 zit. aus Buchholz 2006 S. 430).

Qualität in der Psychoanalytischen Therapie ist in jedem Einzelfall spezifisch zu untersuchen. Damit steht das psychoanalytisch begründete Qualitätsverständnis dem TK Modell unvereinbar gegenüber, denn im TK Experiment wird die Qualität der Behandlung allein aus der gruppenstatistischen Vergleichsberechnung ermittelt, die auf der Annäherung der Daten der symptomfixierten Patientenselbsteinschätzung an die Norm der gesunden Bevölkerung basiert.

Die Gleichsetzung der gruppenstatistisch ermittelten Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren mit der Qualität der jeweils einzelnen Behandlung wird mit einer einfachen Vorstellung begründet: Wenn ein subjektiv leidender Mensch, dessen Leiden durch Anwendung standardisierter Fragebögen zu statistisch verwertbarem Datenmaterial berechenbar geworden zu sein scheint, nach einer Behandlung in diesen Fragebögen im Vergleich zum Behandlungsbeginn andere Aussagen macht, dann kann die Qualität der Behandlung als gut zu bezeichnen sein, wenn sich seine Daten, verglichen mit den Daten der Normalpopulation, den Werten der Normalpopulation entsprechend annähern oder diese Werte erreichen. Werden diese Normwerte nicht erreicht, dann scheint es berechtigt zu sein, Aussagen über eine schlechte Behandlungsqualität abgeben zu können.

Die Grundannahme besteht in folgender Schlussfolgerung: Wenn ein Patient eine Besserung schildert, dann sei der Nachweis der Qualität erbracht.

Dieses Krankheitsverständnis entspricht jedoch nur der kognitiven Verhaltenstherapie, in der davon ausgegangen wird, dass Gedanken erlernt werden und verlernt werden können.

Dieses Verständnis wird den psychoanalytisch begründeten Verfahren deshalb nicht gerecht, weil hier nicht primär Lernvorgänge als Ursache und als Behandlungsziel angesehen werden. In den psychoanalytisch begründeten Verfahren wird die Patientenselbsteinschätzung nicht als objektiver Messfaktor anerkannt, weil jede Selbsteinschätzung immer als im Dienst der unbewussten Abwehr- und Überwindungsversuche steht und damit keine objektive Aussage darstellt, sondern immer in ihrer Funktion der Gesamtdynamik erkannt und behandelt werden muss. Entsprechend grundlegend anders ist die Behandlungstheorie: Die Veränderung der Selbsteinschätzung des Patienten gelingt eben nicht durch einfaches Umlernen, sondern dadurch, dass in einer therapeutischen Beziehung die Entstehung und die Funktionen, d.h. der biographisch individuelle Hintergrund und die unbewusste, immer auch motivationale Funktion der Selbsteinschätzung erkannt, verstanden und erst dann auf Basis der tragenden Beziehung gelingen kann.

In keinem wissenschaftlich anerkannten, durch staatliche Approbationsregelungen geregelten Heilverfahren würde es akzeptiert werden, wenn Aussagen zur Qualität der Behandlung allein auf die Veränderung der Patientenangaben gegründet würden. In jedem seriösen Heilverfahren werden immer auch andere oder mehrere Erkenntniszugänge mittels objektiver Daten aus diagnostischen Befunden, aus externen und neutralen Untersuchungen als notwendig erachtet.

Es würde in keinem medizinischen Bereich hingenommen, wenn allein die Patientenselbstbeschreibung, auf wie vielen Ebenen auch immer, als einziges Erfassungsmerkmal der Qualität der Behandlung einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung vorgeschlagen würde.

Auf die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (2006, S.16) wurde unter Hinweis Orlinsky und Howard (1986) bereits eingegangen, hier soll die Argumentation daher nicht noch einmal angeführt werden, auch wenn diese Stellungnahme die hier vertretene Position untermauert.

Die Anerkennung der Unterschiede zwischen quantitativer und qualitativer Forschung, also zwischen Wirksamkeit und Ergebnisqualität der Behandlung im engeren Sinne führt zu zwei gewichtigen Konsequenzen, die bei Nichtanerkennung der Unterschiede interessengeleitet wegfallen:

Erstens lässt die allgemeine empirische Wirksamkeitsforschung leicht die Phantasie entstehen, als ob ein Verfahren oder ein Psychotherapeut unmittelbar die gewünschte Wirkung wie bei anderen medizinischen Heilverfahren aktiv selbst beim Patienten bewirken könne. Dies entspricht nicht der Realität von Veränderungsprozessen in der Psychoanalytischen Therapie, die nur dann stattfinden, wenn bestimmte Beziehungsparameter zwischen den beiden beteiligten Personen so gestaltet werden, dass die im Grunde weder vom Patienten noch vom Behandler aktiv herstellbare Veränderung in der bewussten und unbewussten Strukturregulation und Konfliktbewältigung, sich seelisch quasi von selbst, als nicht direkt machbare Veränderung, vollziehen kann.

Dieses Verständnis betrifft die Selbstregulation und die Konfliktbewältigungsmuster, die sich wegen der Komplexität unzähliger miteinander untrennbar verwobener Strukturelemente einer unmittelbar gewollten Veränderung entziehen.

Der Bedeutung der Beziehungserfahrungen für die konkrete Gehirnentwicklung ist heute nachgewiesen. Der verändernde Übergang zwischen dem therapeutischen Geschehen und seinen Veränderungen in der Struktur und in den vielschichtigen Informations- und Austauschprozessen innerhalb des Gehirns ist eines der großen Forschungsgebiete der Zukunft. Sicher ist aber seit langem festzustellen, dass die strukturellen Veränderungen im Gehirn, die Veränderungen in den Verarbeitungsvorgängen sowohl zwischen den Gehirnarealen als auch bezüglich der Transmittersubstanzen nie unmittelbar einfach direkt, sondern immer nur unter verschiedenen Beziehungsbedingungen, ohne eine zentrale regulierende Hirnregion stattfinden, oder besser: sich vollziehen.

Es bedarf erheblicher Aufwendungen, Bemühungen und Anstrengungen, die erbracht werden müssen, um eine strukturelle Veränderung in der psychischen Struktur und den Konfliktbewältigungsmustern zu ermöglichen, die vielleicht später auch in den Gehirnstrukturen oder den veränderten Austauschprozessen nachgewiesen werden können; aber der eigentliche Veränderungsvorgang vollzieht sich von selbst, unbewusst, er ist vom bewussten Willen nicht direkt abhängig.

Der Veränderungsvorgang entspringt (im Sinne des Phänomens des Ursprungs von Rombach) unter bestimmten notwendigen Bedingungen aus dem Beziehungsgeschehen (Rombach 1980, 2003).

Dieser Unterschied wird auch von empirischen Forschern betont:

Bruce Wampold unterscheidet als Statistiker nach umfangreicher Literaturliteraturarbeit und Berücksichtigung vieler Metaanalysen in dem Buch „The Great Psychotherapy Debate“ zwischen dem medizinischen Modell mit verschiedenen Vorstellungen von u.a. der Machbarkeit, Planbarkeit und spezifisch wirksamen Faktoren und dem kontextuellen Modell.

Sein Ergebnis lautet, dass „Psychotherapie nicht mit dem medizinischen Modell kompatibel ist und dass es die Natur des gesamten Unterfangens zerstört, wenn man dies so konzeptualisiert. In einem dringenden Ton gesagt, könnte die Medizinalisierung der Psychotherapie sprechende Therapie zerstören als hilfreiche Behandlung psychologischer und sozialer Probleme“ (2001, S. 25) (zit. nach Binder – Klinsing 2006).

Das TK Modell ist zweifelsfrei dem für die Psychotherapie empirisch nachgewiesen weniger effektiven medizinischen Modell zuzuordnen, das psychoanalytische Verständnis ist dem kontextuellen Modell zuzurechnen. Während im medizinischen und verhaltenstherapeutischen Verständnis eine unmittelbar direkte Beeinflussung durch die Behandlung beabsichtigt ist, wird in dem empirisch als effektiver ausgewiesenen kontextuellen Verständnis die psychotherapeutische Beziehung als allgemeiner Kontext als zentral angesehen (siehe dazu auch Kahl – Popp 2004).

Beatrice Piechotta hatte auf diesen Unterschied in einer Arbeit hingewiesen: „Das Ergebnis einer Behandlung ist nur z. T. von der Qualität der Behandlung abhängig, es kommen andere Einflussfaktoren hinzu, auf die der Arzt/Psychotherapeut keinen Einfluss hat, sodass vom Ergebnis der Behandlung nicht direkt auf die Qualität der erbrachten Leistung geschlossen werden kann“ (Piechotta 2003, S. 134).

Die intersubjektive, nicht direkt machbare Veränderung beschreibt Stephen A. Mitchell in seinem Buch „Reality From Attachment To Intersubjectivity“: „Zwischenmenschliche Beziehungen erzeugen intrapsychische Beziehungen, die auf zwischenmenschliche Beziehungen verändernd zurückwirken, wodurch sich die intrapsychischen Beziehungen verändern und so weiter und so weiter – wie in einer endlosen Möbiusschleife, bei der Innen und Außen sich selbst und einander unaufhörlich neu schaffen und verwandeln“ (Mitchell 2000, S. 57) (zit. nach Binder-Klinsing 2006)

In der Konsequenz bedeutet die Anerkennung des Unterschiedes zwischen Qualität und Wirksamkeit also, dass es zwar ein qualitativ gutes Therapieangebot des Behandlers geben kann, dass aber die unmittelbare Umsetzung nicht allein auf einer gewollten Veränderung beruhen kann, wenn unbewusste Vorgänge verändert werden sollen.

Joseph Schachter betont den hier angesprochenen Unterschied zwischen bewusstem Lernen und unbewussten Veränderungsvorgängen.

„Dass es unbewusste Prozesse, deren Existenz immer wieder als Beweis für die Wahrheit der Psychoanalyse angeführt wird (zuletzt bei Greenberg 2002, Poland 2002, Cooper 2003) tat-

sächlich gibt, ist experimentell inzwischen nachgewiesen. Westen (1999), der empirische Befunde für unbewusstes Geschehen im kognitiven, affektiven und motivationalen Bereich jeweils unabhängig voneinander überprüft hat, kommt zu dem Schluss:

„Freud hatte Recht mit seiner Hauptthese: Das Seelenleben einschließlich unserer Gedanken, Gefühle und Emotionen ist zum großen Teil unbewusst. Entsprechende Befunde sind derart belastbar und stammen aus so disparaten Feldern psychologischer Forschung, dass die Hypothese von der Existenz und Bedeutsamkeit unbewusster Prozesse – wie wahrscheinlich kaum eine andere Hypothese in der Geschichte der Psychologie – den Status einer Tatsache für sich beanspruchen kann“ (Schachter, 2006, S.1094).

Zweitens wird bei Anerkennung des Unterschiedes zwischen Wirksamkeit und Qualität die Frage der Verantwortung für die Qualität der Behandlung eindeutig und allein der Person des Analytikers oder des Psychotherapeuten zugewiesen. Zwar ist nur allein in der Dyade von Patient und Therapeut der entscheidende Wirkvorgang erkennbar, für den die als untrennbar zu erkennende Kommunikations- und Kooperationsgemeinschaft die Basis bildet, die für die erforderlichen Bedingungen zur Veränderung nötig ist. Die Veränderungen in der Funktionsfähigkeit der seelischen Struktur und der Konfliktbewältigungsmuster des Patienten entstehen in Folge der Verarbeitung der interpersonalen Erfahrungen und bewusst gewordenen Inhalte, durch die unbewusste Verarbeitung und Integration der seelischen „schöpferischen Kraft“ des Patienten selbst. Neurowissenschaftler bezeichnen heute diesen Vorgang der verändernden Sinngenerierung des Patienten als komplexe unbewusste und von außen zwar stimulierbare, aber letztlich autonom verlaufende Integrations- und Verarbeitungsleistung des Gehirns. Aber der verantwortliche Anteil des Behandlers beruht zentral auf seiner personengebundenen Beziehungs- und Behandlungskompetenz, die zum Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses und der darin erforderlichen Beziehungserfahrungen und Interventionen führt. **Die Verantwortung für die Qualität der Behandlung liegt also allein beim Behandler, die Wirksamkeit der Therapie ist von der spezifischen, analytisch begründeten Kommunikation und Kooperation in der (dualen, dialogischen) therapeutischen Beziehung abhängig.**

Diese für die beiden psychoanalytisch begründeten Therapieformen existentielle Unterscheidung wird mit weit reichenden negativen Auswirkungen im TK Modell konzeptuell nicht vollzogen. Die Unterschiede zwischen den Verfahren bezüglich ihrer Ziele, Methoden und Beziehungsformen bleiben unbegründet nicht berücksichtigt. Die vielfachen, seit etwa Mitte der 80ziger Jahre des letzten Jahrhunderts bekannten, untrennbar zusammenwirkenden Erfolgs- oder Wirksamkeitsfaktoren werden in ihrer Bedeutsamkeit schlicht negiert. Die Nichtberücksichtigung dieser wissenschaftlich begründeten Sachlage, dieser Differenzen führt zu unerwünschten Nebenwirkungen, die später aufgezeigt werden.

3. Qualität und Humanität in den psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren

Der Paragraph 70 des SGB V schreibt verbindlich die drei Kriterien Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit für alle Behandlungen vor. Qualitätssicherung ist nicht nur gesetzliche Vorgabe, Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Kammern sehen hier ein bedeutsames Feld für die Zukunftssicherung des Gesundheitssystems. Dennoch gibt es viele gut begründete

Vorbehalte gegen die Umsetzung von Qualitätssicherungsbestrebungen. Politisch wird von Kassen, KVen und Gesundheitspolitikern versucht, Qualitätssicherung als Mittel der Mengenregulation, also als Begründung für neue Finanzverteilungen einzuführen. Grundsätzlich werden so finanzielle Einbußen, Drohungen von Ausschlüssen und ein in der Regel mit den Leistungserbringern nicht abgestimmter, als überflüssig erlebter Aufwand mit Qualitätssicherung verbunden. Es versteht sich zudem, dass unter Hinweis auf die Gesetzeslage jeder Leistungserbringer aufgefordert wird, die Qualitätssicherung seiner Arbeit selbst zu finanzieren. In den psychoanalytisch begründeten Verfahren gibt es weitere Gründe, sich gegen eine externe und verfahrensdiskriminierende Qualitätsbeschreibung zu wehren. Einerseits bestehen Befürchtungen, dass die Grenzen des Verfahrens entweder verloren gehen oder zu rigide normiert werden, andererseits werden Unterschiede zwischen den Psychoanalytikern entweder besonders betont oder sogar übergewichtet, sodass ein Qualitätskonsens unmöglich erscheint. Dennoch erscheint das Bemühen um eine Beschreibung der Qualität der psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren unverzichtbar: Wer sich um Qualitätssicherung bemüht, kommt an der Definition von Qualität nicht vorbei, zumal dann, wenn Fachfremde die Qualitätssicherung zu übernehmen versuchen.

Alle bisherigen Bestrebungen, eine gemeinsame Definition der psychoanalytischen Verfahren zu erarbeiten, sind als gescheitert zu betrachten, wenn man von allgemeinen und daher für Qualitätsbemühungen unbrauchbaren Aussagen wie: „Psychoanalytiker arbeiten mit dem Unbewussten“ oder „Psychoanalyse ist das, was Psychoanalytiker machen“ absieht. Hier soll ein anderer Weg versucht werden, trotz vieler gut gemeinter Mahnungen, die ein derartiges Vorhaben als unlösbar betrachten. Während früher das „Eigentliche“ oder der „Kern“ der Psychoanalyse gesucht und nicht gefunden wurde, wird mit diesem Modell nicht versucht, diesen kleinsten gemeinsamen Nenner zu benennen, sondern einen großen gemeinsamen Nenner zu suchen.

Ein großer gemeinsamer Nenner muss zwangsläufig viele Unterschiede ermöglichen, eine lebendige Weiterentwicklung muss Konflikte, Unverträglichkeiten und sogar Widersprüche aushalten, wenn der Diskurs, der zwangsläufig kontrovers sein soll, zu neuem Verständnis, zu neuer Erkenntnis führen soll. Diese Diskursfähigkeit ist gerade bei einem Fachgebiet von zentraler Bedeutung, in dem der bedeutsame Untersuchungsgegenstand, das dynamische Unbewusste, hoffentlich niemals vollständig zu erklären sein wird. Es geht hier also nicht um einen neuen Integrationsansatz: Integration setzt eine abgeschlossene und begrenzte lebendige Struktur voraus, in der unterschiedliche Aspekte integriert werden. Ein Modell zur Beschreibung der Qualität ist aber weder eine lebendige Struktur, noch wird ein Integrationsmodell zur Überwindung der Unterschiede innerhalb der Fachgesellschaften für wünschenswert erachtet; zu kostbar erscheinen für den notwendigen Diskurs die unterschiedlichen Ansätze, um sie zu integrieren.

Als größten Schatz in der Veränderung der Psychoanalyse kann man ihre fruchtbaren Weiterentwicklungen sehen, die zu oft in heftigen und unerbittlichen Konflikten vollzogen wurde. Diese Entwicklungen lassen sich nicht integrieren, allerdings soll versucht werden, mit einem Modellentwurf die Unterschiede, die Gegensätzlichkeiten und den unverzichtbaren Freiheitsraum einzubeziehen, ohne dass das Modell dadurch unbrauchbar werden muss.

4. Vier Fundamente der psychoanalytisch begründeten Verfahren zur Bestimmung der Strukturqualität

4.1. Der psychoanalytische Wissenschaftsansatz

Die psychoanalytische Erkenntnistheorie, Theoriebildung, die Behandlungspraxis und die Qualitätssicherung orientieren sich bei der Entwicklung eines genuin psychoanalytischen Wissenschaftsansatzes an den Standards der allgemein anerkannten wissenschaftlichen Vorgehensweisen. Der psychoanalytische Wissenschaftsansatz hat mit seiner Methodik den spezifischen Schwerpunkt der Erforschung des Unbewussten und seinen Wirkweisen und Auswirkungen auf die Gesellschaft, ihre Politik, ihre Kultur und den Einzelnen. Die Krankenbehandlung und ihre Bedeutung bzw. Wirkung für Gesundheit und seelische Erkrankung sowie die Entwicklung eines entsprechenden Behandlungsansatzes wird seit Jahrzehnten international vorangetrieben. Der psychoanalytische Wissenschaftsansatz hat so zu eigenen Lehrstühlen an vielen Universitäten geführt sowie viele medizinische, psychologische, soziologische und weitere Forschungsansätze bereichert. Kommunikation und Kooperation mit allen Fachgebieten, in denen der Mensch in seiner Entwicklung und Sozialisation erforscht und untersucht wird, ist notwendig; Transparenz und Veröffentlichung der eigenen Positionen zur kritischen Untersuchung durch andere Wissenschaften sind unverzichtbar. Die psychoanalytische Wissenschaft hat einen genuinen Wissenschaftsansatz entwickelt, in dessen Zentrum die unbewusste und bewusste Strukturbildung, die Selbstregulation und die Konfliktbewältigungskompetenz sowohl in ihren gesunden wie auch den pathologischen Ausprägungen sowie die Behandlung seelischer und seelisch begründeter Krankheiten steht.

Dazu ist die Nutzung der Gesamtheit aller wissenschaftlichen Zugangsweisen anzustreben, jede einseitige Reduktion wie z.B. auf die empirischen Methoden der Psychologie ist nach dem heutigen Stand der Wissenschaften als nicht mehr angemessen und ungeeignet abzulehnen.

4.2. Die verfahrensspezifisch psychoanalytische Fachkunde

Die Psychoanalytische Therapie verfügt über eine spezifische Fachkunde, in der eine psychoanalytisch konzipierte Entwicklungspsychologie, darauf basierende Konzepte zur Diagnostik und Behandlung von definierten seelischen Krankheiten sowie eine entsprechende Praxeologie theoretisch verankert ist. Innerhalb der psychoanalytischen Wissenschaft gibt es, wie in allen lebendigen Wissenschaften unterschiedliche Vorgehensweisen, divergierende Ansichten und auch kontroverse Diskussionen. Die dennoch erarbeitete gemeinsame Basis der Fachkunde der Psychoanalytischen Therapie wurde in einer gemeinsamen Stellungnahme der genannten psychoanalytischen Fachgesellschaften für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und den wissenschaftlichen Beirat sowie zur Prüfung der Richtlinienverfahren vorgelegt.

Die verfahrensspezifische Fachkunde muss sich an wissenschaftlichen Kriterien orientieren, sie geht jedoch weit darüber hinaus. Für die praktische Anwendung jeglicher Psychotherapie sind die grundlegenden Modelle der Verfahren, ihr Menschenbild, ihr Behandlungs- und Veränderungswissen unverzichtbar.

Die Kunst oder das Handwerk der praktischen, konkret angewandten Psychotherapie besteht in der Nutzung derjenigen menschlichen Ressourcen, die für eine Heilung, Genesung oder Milderung einer Erkrankung hilfreich sein können. Kreativität, Intuition, unvorhersehbare und unplanbare Aspekte der zwischenmenschlichen Beziehungsmöglichkeiten bilden Kernberei-

che jeder Psychotherapie ebenso wie die planbaren, strategisch und konzeptionell umzusetzenden Behandlungsansätze. Die Passung zwischen den beiden beteiligten Personen unter sehr ungleichen Bedingungen lässt sich nur in den je individuellen Gestaltungen des therapeutischen Arbeitsbündnisses vollziehen. Dieser Vorgang muss sich immer wieder der Bezugnahme zum wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisstand stellen, er ist selbst aber, wenn überhaupt, wegen der engen Grenzen der wissenschaftlichen Methodik durch geeignete wissenschaftliche Untersuchungsprozeduren wegen seiner Komplexität und oft unbewussten Ausprägung nur fragmentiert und oft nur in Ansätzen untersuch- oder gar messbar.

Buchholz (1999) hat deshalb gut begründet belegen können, dass angewandte Psychotherapie weit mehr ist, als die Reduktion auf Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Dieser grundlegende fachkundliche Konsens basiert auch auf den in den Psychotherapierichtlinien festgelegten Behandlungsrichtlinien. Gremien der in der kassenärztlichen Versorgung tätigen Gutachter entwickeln die gemeinsame Konzeption einer allgemeinen Fachkunde unter der Zielsetzung einer angemessenen Begutachtung der ambulanten Behandlungen weiter. Der Konsens unter Beibehaltung der Unterschiedlichkeit divergierender Konzepte bezüglich der Fachkunde findet sich auch in der gemeinsamen Konzeption der psychoanalytischen Ausbildung an den berufs- und sozialrechtlich anerkannten Ausbildungsstätten wieder.

4.2.1. Einführung in das Verständnis des Unbewussten und den sich daraus ergebenden Folgen für die Behandlungspraxis

Eine kurze und keinen Anspruch auf umfassende Darstellung erhebende Beschreibung des Verständnisses des Unbewussten und die sich daraus ergebenden Folgerungen für das Behandlungsverständnis soll hier versucht werden, auch um die Heftigkeit der Kritik am TK-Modellvorhaben zu verdeutlichen. Vielleicht kann dadurch deutlicher werden, dass es den Kritikern weniger um Machtfragen bezüglich der akademischen Definitionen von - oder experimentellen Versuchen in- der Psychotherapie geht, sondern dass es in der schweren Auseinandersetzung mit der TK um die Sicherung und den Schutz elementarer Behandlungsnotwendigkeiten, um den Schutz von Patienten, Behandlern und der analytisch begründeten Verfahren geht.

Der grundlegende Unterschied zwischen den psychoanalytisch begründeten Verfahren und anderen Psychotherapieverfahren besteht darin, dass dem Unbewussten in der Psychoanalyse sowohl für die Entstehung wie auch für die Ausprägung und für die Behandlungspraxis von seelischen Erkrankungen die entscheidende Bedeutung zugewiesen wird.

Zwei Aspekte des Unbewussten sollen zunächst unterschieden werden, um die untrennbare Verwicklung der allgemeinen unbewussten Funktionen mit dem individuellen, persongebundenen Unbewussten zu verdeutlichen.

Unter dem sogenannten dynamischen Unbewussten lassen sich die unbewussten Funktionen verstehen, die bei allen Menschen wirken, unter dem personalen Unbewussten versteht man die je individuelle Entwicklung und Ausprägung des je einmaligen Unbewussten eines Menschen.

Allgemein lassen sich Hauptfunktionen des dynamischen Unbewussten folgendermaßen skizzieren:

- Jeder Mensch wird unbewusst durch angeborene und durch Sozialisierung geformte Motive mobilisiert, motiviert und auch angetrieben. Die grundlegend bedeutsamen Motive verändern sich im Laufe des Lebens in ihrer Wichtigkeit. Es handelt sich um das unbewusste Streben nach sicherer Bindung, nach Bedürfnisbefriedigung, nach Lust, nach Macht bzw. hohem Status, nach Interessendurchsetzung und Verwirklichung eigener Wertvorstellungen
- Jeder Mensch ist unbewusst motiviert, ängstigende, verunsichernde oder als Gefährdung gefürchtete innere Impulse wie auch äußere Wahrnehmungen durch die sogenannten Abwehrmechanismen abzuwehren, zu verleugnen oder sogar abzuspalten.
- Jeder Mensch ist unbewusst motiviert, aus dem Erleben einer Unterlegenheit, Minderwertigkeit oder anderen sozialen Entwertungssituationen heraus in eine Position der Überlegenheit, der Überwertigkeit, der besonderen Bedeutsamkeit oder Geltung durch das sogenannte Überwindungsstreben zu gelangen.
- Aus diesen Elementen bildet jeder Mensch einen unbewussten Lebensstil, in dem nicht nur die genannten Prozesse integriert werden, sondern zudem eine seelische Struktur und entsprechende Konfliktverarbeitungsmuster unbewusst geformt werden und in dem die unbewussten Überzeugungen über die Bindungsqualität, über sich selbst, über die andern Menschen und ein subjektives Weltverständnis die Lebensbewegungen des Individuums weitgehend bestimmen.

Im personalen Unbewussten entwickeln sich diese allgemein wirkenden Funktionen in ihrer individuellen Ausprägung. Die individuelle Ausprägung geschieht durch die unbewusste Speicherung der jeweiligen konkret-sozialen Umwelt durch die realen Individualerfahrungen aus Beziehungen und insbesondere auch durch die individuell geformten unbewussten eigenen Lösungsversuche des jeweiligen Individuums. Hierbei ist es von besonderer Bedeutung, dass diese individuellen Lösungsversuche der Abwehr und der Überwindung zwar einerseits durch die soziale Umwelt mit beeinflusst werden und insofern nicht vollständig unabhängig sind. Andererseits handelt es sich aber auch um unbewusst schöpferische Prozesse, die durch das Individuum in erheblichem Umfang auch kreativ selbst kreiert oder konstruiert werden, weil die unbewussten Motive, die individuellen Formen der Abwehr und der Überwindung, zu einer zwar immer tendenziösen, aber eben auch schöpferischen seelischen Antwort auf die soziale Realität zwingen.

Damit wird dem unteilbaren Zusammenhang zwischen individueller Motivlage, sozialen Einflüssen, Abwehr- und Überwindungsprozessen sowie den schöpferischen Vorgängen die Bedeutung für die Entstehung einer seelischen Erkrankung zugewiesen, deren Komplexität und Einmaligkeit für ein umfassenderes Krankheitsverständnis berücksichtigt werden müssen.

Zum psychoanalytisch begründeten Krankheitsverständnis müssen mehrere Faktoren erfasst werden, die später noch genauer dargestellt werden:

- die je individuelle Ausprägung der unbewussten Motive, der Abwehr, der Überwindung und der schöpferischen Lösungsbemühungen
- die Ausbildung der seelischen Struktur, auf deren Elemente später genauer eingegangen wird

- die unbewussten Konfliktverarbeitungsmuster und Folgen von möglichen Traumatisierungen

Diese Zusammenhänge müssen zum Krankheitsverständnis berücksichtigt werden, später sollen weitere Faktoren für die mehrdimensionale Diagnostik vorgestellt werden. Daraus ergeben sich zwangsläufig folgende Konkretisierungen für die Behandlungspraxis:

Die Bearbeitung des Unbewussten benötigt ein besonders tragfähiges therapeutisches Arbeitsbündnis. Nur dann können die unbewussten Motive, Abwehrmechanismen, Überwindungsbestrebungen, die seelische Struktur, die Konflikt- oder Traumaverarbeitungsmuster in einem sowohl kognitiv verstehenden, aufdeckenden aber eben auch Halt gebenden, unterstützendem Vorgehen sowohl motivational, wie auch emotional und kognitiv durchgearbeitet werden. Die Wirksamkeitsfaktoren, deren Umsetzung in einer psychoanalytisch begründeten Psychotherapie nachzuweisen ist, werden später genauer erläutert.

Weil in anderen Psychotherapieverfahren die Behandlungsziele auf der Bewusstseins Ebene liegen können hier Aufklärungen, Anweisungen, Manuale, Wahrnehmungsübungen, Hausaufgaben angewendet werden. Diese Methoden sind aus den genannten Gründen für einen psychoanalytisch begründeten Behandlungsprozess weder hinreichend noch ausreichend, auch wenn einzelne dieser Elemente durchaus im Einzelfall Teil eines analytisch begründeten Vorgehens sein könnten.

Während in anderen Psychotherapieverfahren die Nutzung von Macht durch den Behandler innerhalb des therapeutischen Arbeitsbündnisses z.B. durch die Beibehaltung oder strikte Umsetzung eines Therapiemanuals sogar notwendiges Element der Behandlung ist, erfordern das analytisch begründete Krankheits- und Behandlungsverständnis sowie die analytische Haltung eine ganz andere Vorgehensweise als eine direktive und unmittelbar anleitende Machtanwendung. Der interpersonale und auch intersubjektive Behandlungsprozess, der für die Erreichung der analytisch begründeten Zielvorstellungen unverzichtbar ist, erfordert nicht nur den weitestgehenden Verzicht auf Nutzung der auch in den analytisch begründeten Behandlungen bestehenden Status- und Machtunterschiede, er erfordert sogar eine möglichst direkte Bearbeitung der Macht- und Statusfragen innerhalb des therapeutischen Arbeitsbündnisses.

4.3. Das psychoanalytische Menschenbild und die Verfahren bezogenen Werte als Basis für die Prüfung der Humanität der Behandlungen

Aus der Wechselwirkung zwischen klinischer Erfahrung, Forschung und Weiterentwicklung der theoretischen Konzeptionen entstanden im Laufe der Jahrzehnte unterschiedliche Wertvorstellungen, die für die fachgerechte Anwendung des Verfahrens in der Krankenbehandlung unverzichtbar geworden sind.

Werte werden sowohl den einzelnen Qualitätsmerkmalen zugewiesen:

Die Bearbeitung z. B. des Qualitätsmerkmals der Gewissensstruktur wird dann als gute Veränderung mit einem Wert versehen, wenn sie z.B. flexibler, differenzierter oder integrierter geworden ist.

Ein Konfliktbewältigungsmuster wird dann als gut bewertbar, wenn z.B. eine Erhöhung der Konflikttoleranz, ein Perspektivenwechsel oder die Anerkennung beider Seiten eines Konfliktes möglich werden.

Daneben gibt es verfahrensspezifische humane Werte, die untrennbar an eine gute psychoanalytisch begründete Behandlung gebunden sind. Einige dieser ethischen Werte werden später aufgezeigt.

Diese verfahrensbezogenen ethischen Werte sind an ein spezifisches Menschenbild, an das methodische Vorgehen und an die verfahrensspezifischen Behandlungsziele gebunden. Ein zentraler Kern der Wertvorstellungen bezieht sich auf die Gestaltung des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Die Beachtung der Werte dient vorrangig der Verhinderung von unerwünschten Nebenwirkungen oder Schädigungen des Patienten und der Befähigung der Behandler zur Verantwortungsübernahme. Die Darstellung der Wertvorstellungen wird durch die Veröffentlichungen z.B. der gemeinsamen Ethikkommissionen gewährleistet.

Zentrale Bedeutung bei der Gestaltung der real ungleichen personalen Voraussetzungen in der therapeutischen Arbeit sind die Beachtung der Abstinenz, der Neutralität und in Grenzen auch der Anonymität des Therapeuten. Die Würde des Menschen erfordert einen sehr reflektierten Umgang mit Macht und Ohnmacht, mit der Eröffnung von Freiheit und Selbstbestimmung als Basis für den Aufbau einer tragfähigen Selbstverantwortungsfähigkeit, für subjektiv relativ stabile personale, beziehungsgebundene, geschlechtsspezifische Identitäts- und Persönlichkeitsbildung.

In Anlehnung an Lévinas (2002) und seiner Differenzierung zwischen der Wahrheit und dem Guten, zwischen Wissenschaft und Ethik, lässt sich auf die psychoanalytisch begründeten Verfahren übertragen, dass die ethischen Werte, wenn sie denn in Konflikt mit der Wahrheit geraten, vorrangig sind.

Diese Werte werden zwangsläufig durch einseitige und partikuläre Interessen an Effektivitäts- und Effizienzbestrebungen gefährdet und führen dann zu Konflikten, wenn die von diesen Werthaltungen abhängigen humanen Behandlungsziele nicht entsprechend berücksichtigt werden.

Aus der Wechselwirkung zwischen klinischer Erfahrung, Forschung und Weiterentwicklung der theoretischen Konzepte entstanden im Laufe der Jahrzehnte unterschiedliche Wertvorstellungen, die für die fachgerechte Anwendung des Verfahrens in der Krankenbehandlung unverzichtbar geworden sind. Diese Wertentscheidungen basieren auf den zugrunde liegenden Menschenbildern. Das Menschenbild der psychoanalytischen Behandlungen kann kein einheitliches Menschenbild sein, Auchter stellt 2006 einige Grundlinien des Menschenbildes aus psychoanalytischer Sicht anhand von 14 Thesen vor (Auchter 2006, S. 168–187). Im Folgenden werden einige Dimensionen eines Menschenbildes vorgestellt, die dem psychoanalytischen Verständnis entsprechen.

4.3.1. Dimensionen des psychoanalytischen Menschenbildes

Die nun folgenden Dimensionen des Menschenbildes können in dieser kritischen Studie nur skizziert aufgeführt werden, weil eine ausführlichere Darstellung den Rahmen sprengen müsste. Andererseits sind die Dimensionen deshalb so wichtig, weil ohne ein transparent erläutertes Menschenbild die Beantwortung der Frage nach der Humanität die in § 70 SGB V gefor-

dert ist, nicht beantwortet werden kann, weil die Beurteilung von Humanität immer vom zugrunde liegenden Menschenbild abhängt.

- das Unbewusste hat eine erhebliche, wenn nicht entscheidende Bedeutung für den gesamten Lebensstil des Menschen
- der Mensch lebt in konflikträchtigen existentiellen Gegebenheiten (allein sein, den inneren Prozessen hilflos ausgeliefert sein, der Außenwelt ohnmächtig ausgeliefert sein, immer in Veränderung, sterblich sein, verletzbar sein, Subjekt und Objekt sein) die vorrangig passiv erlebt und deshalb oft durch fortlaufende Anstrengungen zu überwinden gesucht werden
- die grundlegenden Motivations- und Antriebsvorstellungen sind unbewusst, sie haben eine generelle und je individuell ausgeprägte Richtung: aus der Not in die Überlegenheit, von der Unlust zur Lust, aus Angst in Sicherheit usw.
- der Mensch steht unaufhörlich in dem untrennbaren Zusammenhang zwischen Selbst und der sozialen wie materiellen Welt, zwischen Individuum und Gesellschaft
- das Bemühen um Sinngenerierung, Verständnis und Einflussnahme in der Selbstregulation und Beziehungsgestaltung basiert auf schöpferischer Anpassung durch Hingabe oder aggressiver Aufrechterhaltung/Verteidigung der entwickelten Struktur
- das Krankheitsverständnis unterscheidet zwischen dem bewussten und unbewussten, symptomatischen Leiden und der unvermeidbaren Selbst- und Fremdschädigung in jeder seelischen Erkrankung. Das Krankheitsverständnis berücksichtigt die unbewusste Verarbeitung pathogener Beziehungseinflüsse und defizitärer Strukturen sowie die Folgen von spezifischen Traumatisierungen und Konflikterfahrungen
- zum Menschenbild gehört die Einsicht, dass das eigene Streben nach Lust, überhöhtem Status usw. bei jedem Menschen zu prinzipiell unüberwindbaren aber eingrenzbaren Konflikten mit sich und der sozialen Umwelt führen kann, in denen die Fragen der eigenen Schuld, Scham aber auch der Autonomie, der Freiheit des Individuums und seinem Recht auf Selbstbestimmung in einem nie abzuschließenden Prozess durchgearbeitet werden müssen
- der genuin psychoanalytisch begründete Behandlungsansatz erfasst die unbewussten Wiederholungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen als Ansatz zum intrapsychischen Verständnis. Der Gesundungsprozess verläuft zwischen Regression und Progression in einem spezifischen therapeutischen Arbeitsbündnis

Auf dieser Basis wurden Werte entwickelt, die wiederum als Grundlage für die Haltung des Psychoanalytikers dienen können. Während grundlegende Aspekte wie die reflektierte Abstinenz, Neutralität und Anonymität vorrangig den Behandlungsprozess (Entwicklung der Übertragung und Gegenübertragung) sichern sollten, wurden für die ethisch begründete Haltung von einem DPG-Gremium weitere Werte formuliert, die heute als verfahrensspezifische Werte gelten können. In der aktuellen Zusammenstellung der ethischen Prinzipien in der Psychoanalyse (Ehl et al. 2005) beziehen sich die Autoren (Mitglieder des Vertrauensanalytiker-Gremiums der DPG) auf das Vier-Prinzipien-Modell von Beauchamp und Childress (1989). Sie formulierten vier Grundsätze,

- den Grundsatz des Respekts (Achtung) vor der Autonomie,
- den Grundsatz des Sorgens und der Hilfestellung,
- den Grundsatz der Schadensvermeidung,

– den Grundsatz der guten Passung.

Die Berücksichtigung dieser vier Grundsätze wird im vierten Kapitel zur Prüfung der Humanität im TK-Modell wieder aufgegriffen.

Die verfahrensbezogenen ethischen Werte sind also an ein spezifisches Menschenbild, an das methodische Vorgehen und an die verfahrensspezifischen Behandlungsziele gebunden. Umgesetzt werden die Werte in der konkreten Haltung des Behandlers, daher kann die Bedeutung der Haltung der Therapeutin, des Therapeuten kaum überschätzt werden.

4.4. Die abgeschlossene Ausbildung als Grundlage für den Aufbau der personengebundene Beziehungs- und Behandlungskompetenz des Therapeuten

Die konkrete Behandlungspraxis wird maßgeblich von der persönlichen zwischenmenschlichen Beziehungs- und Behandlungskompetenz des Behandlers geprägt, mittels derer die Entwicklung der therapeutischen Beziehung weitgehend gefördert oder behindert wird.

Hentschel hat in seiner Übersichtsarbeit zu: „Die therapeutische Allianz“ in zwei Teilen die Bedeutung und Wirkweisen der therapeutischen Beziehungsarbeit dargestellt (Hentschel 2005).

Die Kompetenz des Behandlers als wesentlicher Teil der Strukturqualität der psychoanalytisch begründeten Behandlungen wird inhaltlich später dargestellt.

Hier sollen aus Gründen, die später unter der Frage der Repräsentativität der Behandler im TK-Modell für die analytisch begründeten Verfahren behandelt werden, auch die formalen Anforderungen in der Ausbildung erläutert werden:

Für den Abschluss der Approbation und einer von den Fachgesellschaften anerkannten Ausbildung zum Psychoanalytiker (TP und AP) müssen in der Regel folgende Nachweise erbracht werden:

- Praktische Tätigkeit in Klinik/Ambulanz gemäß PsychThG
- Aufnahmegespräche bei Lehranalytikern der Ausbildungsstätte
- Theorie über 500 Stunden auch in kasuistisch-technischen Fallseminaren
- Lehranalyse bei einem anerkannten Lehranalytiker im Umfang von mindestens 250 Stunden und einer längerfristigen dreistündigen Frequenz
- Erstinterviewpraktikum (10 Interviews)
- Supervision der mindestens 1000 Behandlungsstunden im Umfang von 250 Stunden
- Nachweis der Durchführung von mindestens je zwei Langzeitbehandlungen im Höchstumfang der später möglichen Kassenkontingente
- Abschluss der staatlichen Ausbildung durch schriftliche wie mündliche Prüfung und Abschlußgespräch/Vortrag bei der Fachgesellschaft.

Damit sind die Anforderungen an die Strukturqualität des Psychoanalytikers erfüllt, der sowohl TP wie auch AP im Kassenrecht nach Zulassung durchführen darf.

Der Entwicklung der therapeutischen Beziehung kommt deshalb in allen psychoanalytisch begründeten Behandlungen eine zentrale Bedeutung zu, weil sie die unverzichtbare interpersonelle Basis für die intrapsychische Veränderung und Entwicklung des Patienten darstellt.

Die Fähigkeiten der mitmenschlichen Begegnungsfähigkeit, die Entwicklung und fachgerechte Nutzung der Empathie, zwischen Mitgefühl und Trennung, zwischen bedingungsloser Unterstützung und getrennter Abgrenzung bilden ein unverzichtbares Fundament aller psychoanalytisch begründeten Behandlungen. Die Entwicklung der Beziehungs- und Behandlungskompetenz des Behandlers wird in der Ausbildung durch die Lehranalyse sichergestellt. Die Lehranalytiker kooperieren innerhalb der Fachgesellschaften regelmäßig, um einen annähernd vergleichbaren Standard auch bei den Lehranalysen zu reflektieren.

Die Beziehungs- und Behandlungskompetenz entwickelt sich jedoch primär durch die eigene biografische Lebensentwicklung und die Behandlungserfahrungen des Behandlers, von daher sind die Lehr- und Kontrollanalyse sowie Inter/Supervision fortlaufend erforderlich.

Diese vier Merkmale der Strukturqualität sind sowohl in ihrer Wechselwirkung als auch als voneinander unabhängige Elemente zu untersuchen, wenn Fragen nach der Behandlungsqualität und nach der Humanität der Behandlungen beantwortet werden sollen.

5. Zur Bestimmung der Qualitätsmerkmale (Prozeßstruktur) der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie: Zehn Qualitätsmerkmale der psychoanalytisch begründeten Verfahren

Nach der ersten Darstellung der Strukturqualitätsmerkmale der psychoanalytisch begründeten Behandlungen soll nun die Prozessqualität genauer dargestellt werden.

Zusammengefasst lässt sich gemäß DIN 55350 die Qualität der Dienstleistung von psychoanalytisch begründeten Behandlungen durch die Summe mehrerer Merkmale und Merkmalswerte beschreiben, die nur in ihrer Gesamtheit geeignet sind, vorher festgelegte Erfordernisse zu erfüllen.

Im Folgenden wird nun dieser Definitionsansatz von Qualität auf die psychoanalytisch begründeten Behandlungen angewendet.

Vorher soll jedoch aufgezeigt werden, dass eine Qualitätsbestimmung mittels randomisierter Gruppenvergleichsstudien im konkreten Einzelfall aus noch weiteren Gründen, als bisher schon diskutiert wurden, scheitern muss.

Die empirische Psychologie ist auf die drei bereits angeführten Vorgehensweisen angewiesen, wenn sie kausal eindeutige Aussagen machen will, die für die Behandlungspraxis eine Bedeutung haben sollen. Durch Reduktion ist eine Untersuchungsvariable zu isolieren, durch Standardisierung sind alle anderen Umstände und Unterschiede entweder gleich zu machen oder als gleich zu definieren, die Erfassung komplexer Zusammenhänge entfällt damit weitgehend. Ebenso ist die geforderte Kontrolle bei komplexen Zusammenhangsbetrachtungen nahezu unmöglich.

Die Einführung eines Unterschiedes zwischen Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe führt bei signifikanten Ergebnisunterschieden zur Berechtigung, kausale Aussagen abzugeben. Dazu müssen alle realen Wechselwirkungen, die untrennbaren, in wechselseitiger Abhängigkeit ablaufenden vorrangig unbewussten Prozesse ausgeschlossen werden, weil sonst keine zu logischen Konsequenzen führenden Aussagen möglich sind.

Die Prozessqualität soll aber genau diese Wechselwirkung untersuchen, soll genau die bewussten und unbewussten Verwicklungen untersuchen.

Das kann nur im individuellen Einzelfall und nicht mit gruppenstatistischen Methoden erfolgen.

Und in jedem individuellen Einzelfall müssen wegen der Komplexität und der wechselseitigen Mitbeeinflussungen beider Personen feinfühligere Untersuchungsmethoden eingesetzt werden, die wiederum sehr komplexe Zusammenhänge sinnvoll zurückmelden müssen, genau dies geschieht jährlich in vermutlich vielen hundert Super- und Interventionsgruppen. Der Versuch, diese qualitätssichernde mitmenschliche Kooperation durch das Apparatezentrum eines Testverfahren verkaufenden Verlages mittels einer (noch zu beweisenden) falschen Norm zu ersetzen, ist daher mehr als fragwürdig.

Die Schwierigkeiten bei der Beschreibung der Erfordernisse, die sowohl aus Patientensicht wie aus Sicht des Verfahrens bestehen (besser: die Erfordernisse zwingen zu einer Beziehungsherstellung zwischen den Erfordernissen, die aus Patientensicht und denen, die aus Verfahrenssicht erforderlich sind), wurden bereits aufgezeigt.

Als Voraussetzung für die Aufnahme einer Psychotherapie durch einen Patienten gilt in der Regel,

- dass der Patient unter seelisch bedingten Symptomen leidet, die er nicht versteht und willkürlich nicht kontrollieren kann
- dass er keine Möglichkeiten mehr sieht, sich aus eigener bewusster Anstrengung oder mit anderen Quellen helfen zu können
- dass er sich deshalb in Abhängigkeit von Hilfe fühlt und als Scham- und Schuld erleben oder Scheitern verarbeitet.

Zunächst soll überlegt werden, welche ersten, dem Bewusstsein nahen Erfordernisse aus Patientenperspektive erfüllt werden müssen. Vor jedem Behandlungsansatz sollte die Frage in die Planung mit einbezogen werden, was der Patient aus seiner Sicht, zunächst unabhängig vom Verfahrensverständnis, braucht oder zu brauchen vermutet.

Unter Nutzung der von Wampold 2001 empirisch bestätigten Elemente, die den Kontext einer Behandlung ausmachen sind aus der Patientenperspektive folgende Erwartungen zu beschreiben:

- Hoffnung des Patienten auf die Möglichkeit der Heilung, Besserung oder Milderung seines Leides, seiner Erkrankung durch die konkrete personengebundene therapeutische Beziehung
- Entwicklung bzw. Aufbau eines für den Patienten plausiblen, wahrhaftigen Verständnisses für die Entstehung, Entwicklung und Veränderung der Symptomatik
- Sicherheit für den Patienten, dass der Behandler ihm hilft, ihn schützt, unterstützt und nicht schadet
- Sicherheit für den Patienten, dass der Therapeut im Interesse des Patienten tätig wird
- Hoffnung und Ermutigung, dass der Patient nach der erhofften Genesung nicht wieder an der gleichen Symptomatik erkrankt und prophylaktisch selbst wirksam sein kann
- Hoffnung des Patienten auf annehmende Unterstützung, auf einen freundlichen, zugewandten, taktvollen und nicht negativ bewertenden, tadelnden oder strafenden Therapeuten.

Folgt man der Qualitätsdefinition nach DIN, dann muss die Qualitätsbeschreibung der psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren diese Sicht des Patienten mit der Sichtweise der Leistungserbringer zusammenbringen.

Im Folgenden sollen nun in der notwendigen Kürze zunächst diejenigen spezifischen Merkmale und Merkmalswerte der psychoanalytisch begründeten Verfahren definiert werden, aus deren Gesamtheit dann ihre Eignung sichtbar wird, diejenigen festgelegten und vorausgesetzten Erfordernisse zu erfüllen, die zur guten Behandlungsqualität notwendig sind. Die vorausgesetzten Erfordernisse aus der Behandlerperspektive werden anschließend aufgezeigt. Dazu wird aus der Fülle der in der psychoanalytischen Literatur vorliegenden Erkenntnisse vorhandenes Wissen zur Behandlungspraxis benutzt und ausgewählt. Stellvertretend für viele andere Quellen soll hier nur auf die zehn Prinzipien einer psychoanalytisch begründeten Behandlungspraxis von Lichtenberg, Lachmann und Fosshage (2000) verwiesen werden. Die psychoanalytische Therapie und ihre vielfältigen Anwendungsformen kann mit folgenden Prozessqualitätsmerkmalen und dazu stimmigen Werten beschrieben werden:

5.1. Erfassung und Bearbeitung der unbewussten seelischen Struktur, der unbewussten Substrukturen und ihrer Merkmalswerte

In einer analytisch begründeten Therapie wird die Heilung oder Milderung einer Krankheit durch die Bearbeitung der unbewussten seelischen Struktur des Patienten und seiner unbewussten Konfliktbewältigungsmuster und traumatisierenden Erfahrungen ermöglicht.

In der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik wird dazu die Gesamtstruktur bezüglich wesentlicher Funktionen auf entsprechenden Integrationsstufen operationalisiert. (Arbeitskreis OPD 2 2006).

„Struktur bezieht sich auf das Selbst und seine Beziehungen zu den Objekten, genauer gesagt auf die Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten. Der Grad der Verfügbarkeit oder der Einschränkungen wird anhand des strukturellen Integrationsniveaus der jeweiligen Funktionen beschrieben“ (OPD 2 S. 255). Die Integrationsfähigkeit der Struktur ist der einzige Wert des Prozessmerkmals Strukturbearbeitung. Hier unterscheidet die OPD 2 zwischen einer gut, mäßig, gering integrierten und einer desintegrierten Struktur.

Weitere Differenzierungen betreffen die Selbst- und Objektwahrnehmung, die Selbstregulation, Kommunikation und Bindungen. Rudolf beschreibt in seinem Buch: „Strukturbezogene Psychotherapie“ die Bedeutung der strukturellen Erkrankungen und ihrer spezifischen Behandlungsansätze differenziert und pragmatisch an klinischen Beispielen (Rudolf 2005).

Deneke schlägt einen anderen Umgang mit den Funktionsbeschreibungen und den diagnostischen Entscheidungskriterien in seinem sehr differenzierten und Wege aufweisenden Buch unter dem Titel: „Psychische Struktur und Gehirn“ vor (Deneke 2003). Er beschreibt drei Aspekte der Struktur (Sinnlich-anschaulich Erinnerungsbilder, Dynamische Lebenskonstrukte und Funktionen), die er auf acht Ebenen differenziert.

Beide Ansätze suchen allgemeine Beschreibungsansätze, um dann mit ausgewählten Differenzierungen der Komplexität des Strukturverständnisses gerecht zu werden. Beide Vorgehensweisen haben Vorzüge und Nachteile.

Hier wird nun ein weiterer Weg vorgeschlagen, der die Anerkennung der komplexen (unteilbaren) Zusammenhangsbetrachtung betont und weitere Differenzierungen vornimmt, die für

die Praxis möglicherweise hilfreich sein können, auch wenn diese Trennung natürlich nur aus didaktischen Gründen zulässig ist.

Die Gesamtstruktur kann als Modellvorstellung mit dem Ziel der Nützlichkeit (kein Abbild der Realität) in sieben als wichtig ausgewählte Substrukturen (oder Strukturelemente) aufgeteilt werden:

Sieben Substrukturen des Selbst im Zusammenhang der Selbstregulation

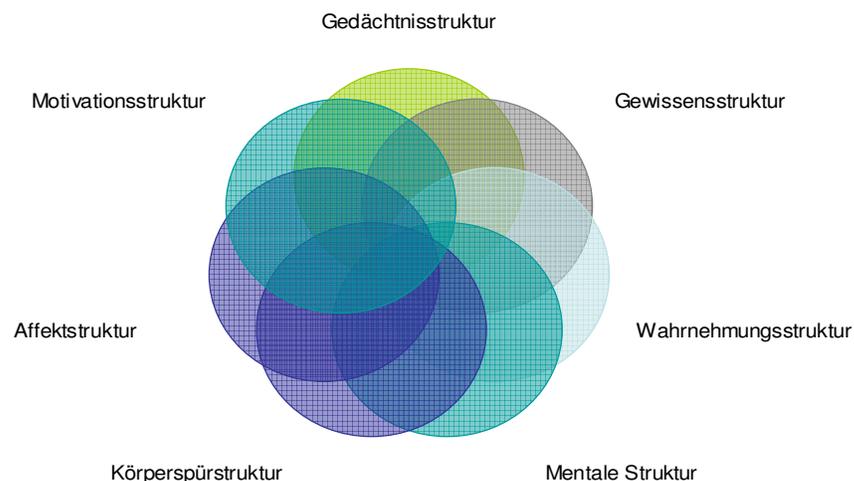


Abb. 1 Selbststruktur

Jede dieser Substrukturen (Strukturelemente) ist in der psychoanalytischen Literatur und Forschung vielfältig untersucht, beschrieben und in ihrer jeweiligen Bedeutung dargestellt worden.

Nur exemplarisch sei hier auf Autoren wie Krause (1997, 1998), Steimer-Krause (1996), Chodorow (2001) und den Arbeiten zu Affekten, wie Freud (1933), Adler (1972, 1997), und Lichtenberg (1991) zu ihren Grundannahmen zu Trieb- und Antriebskonzepten und Motivation, wie Wurmser (1993) zur Gewissensstruktur und wie Heisterkamp (1993) zur Wahrnehmung und zur Körperspürstruktur verwiesen.

Die Gesamtstruktur der Persönlichkeit lässt sich nur theoretisch und modellhaft in Einzelelemente aufteilen. Eine ausführlichere Darstellung der Struktur und der Konflikte in der Selbstregulation wurde von Sasse (2005) vorgelegt.

In der analytischen Psychotherapie wird vorrangig der Gesamtzusammenhang der intrapsychischen Struktur behandelt, wenn hier die Ursache der Erkrankung liegt.

Die Gesamtstruktur der Persönlichkeit lässt sich nur theoretisch und modellhaft in Einzelelemente aufteilen. Der Nachweis des untrennbaren Zusammenwirkens vieler Elemente wurde u.a. in der viele hundert Einzelarbeiten zusammenfassenden Arbeit von Edelman und Tononi (2004) in ihrer überzeugenden Arbeit mit dem Titel „Gehirn und Geist. Wie aus Materie Bewusstsein entsteht“ erbracht. Andere neurowissenschaftliche Arbeiten verweisen auf die Bedeutung der untrennbaren Zusammenhangsstiftung des Gehirns immer in Bezug zur aktuellen Beziehungskonstellation (Kaplan-Solms u. Solms (2003), Horgan (2001), Popper u. Eccles (2002), Ansermet u. Magistretti (2005), Ratey (2001)).

Teile der seelischen Gesamtstruktur und Teile der Substrukturen können bewusst gemacht werden, der überwiegende Teil der Funktionen dieser Struktur und Substrukturen bleibt lebenslanglich unbewusst wirkungsvoll. Insofern könnte man über diesen Substrukturüberlegungen noch eine zusätzliche Bewusstseinsstruktur konzipieren, die aber auch als Teil der mentalen Substruktur gesehen werden kann.

Die seelische Struktur kann durch unterschiedliche Entwicklungsdefizite, durch überwältigend Traumatisierungen ebenso wie durch eher unspektakuläre pathologische Beziehungserfahrungen geschädigt bzw. unter- oder überstimuliert worden sein.

Diese Beziehungserfahrungen werden bewusst, vorbewusst und unbewusst in einer tendenziösen Verarbeitung, immer auch im unbewussten Konflikt zwischen intrapsychischen Wünschen, Motivationen, Trieben, Gewissensanteilen und mentalen Prozessen und den realen oder erwarteten oder antizipierten Erwartungen der sozialen und materiellen Umwelt so verarbeitet, dass es zu unterschiedlichsten Erkrankungen der Gesamtstruktur kommen kann.

So können folgende strukturellen Erkrankungen bzw. strukturelle Gesundheit vorliegen, jeder dieser Werte ist als ein Aspekt des Qualitätsmerkmals Struktur oder einer Substruktur beschreibbar. Diese Sicht differenziert weit mehr, als es die OPD 2 mit dem Wert der Integration vorschlägt.

5.1.1. Die Merkmalswerte der Struktur:

Die Kohärenz (Zusammenhalt) der Struktur kann zu fest, zu locker oder ausreichend sein, die Flexibilität (Beweglichkeit) kann zu unbeweglich, zu locker oder ausreichend sein, die Komplexität (Vielschichtigkeit) kann zu gering, zu ungeordnet oder ausreichend sein, die Integration (Verbundenheit) kann desintegriert, verwickelt oder gut integriert sein, die Differenziertheit (Unterschiedenheit) kann undifferenziert oder differenziert sein, die Vulnerabilität (Verletzbarkeit) kann zu groß, zu gering oder ausreichend sein, das Toleranzniveau (Erträglichkeit) kann zu breit, zu eng oder ausreichend sein, das Veränderungs- und Anpassungspotential kann durch Er- oder Entmutigungen eingeschränkt, grenzenlos anmutend oder ausreichend sein.

Diese Eigenschaften können je die Gesamtstruktur betreffen, sie können aber auch jedes einzelne Element der Gesamtstruktur (Affekt-, Motivations-, Gedächtnis-, Gewissens-, Wahrnehmung-, Körperspür- oder Mentale Struktur) in gleicher Weise betreffen.

Das erste Qualitätsmerkmal besteht also in jeglicher psychoanalytisch begründeter Vorgehensweise in der Berücksichtigung und teilweisen Bearbeitung der seelischen Gesamtstruktur, die zur Selbstregulation des Menschen unverzichtbar ist. Die Bearbeitung der Strukturelemente und ihrer Werte betont die unbewusste Dynamik sowohl in der Gesamtstruktur wie auch in den Substrukturen.

Innerhalb der Substrukturen und zwischen den Substrukturanteilen gibt es vielfache Konfliktmöglichkeiten, jede Substruktur beeinflusst förderlich oder schädigend jede andere Substruktur. Einzelne Substrukturen können die Gesamtintegration fördern oder schädigen.

Der Entwicklungsstand, früher in Anlehnung an botanische Modelle auch Reifungsstand genannt, ist in jeder Struktur und Substruktur individuell unterschiedlich. Schwerpunkte in der psychoanalytischen Strukturbearbeitung sind in Überwindung des problematischen Reifungsverständnisses die Ansätze zur Entwicklung oder Entfaltung, zur Differenzierung, oder Erweiterung der Struktur sowie die nachholende Strukturbildung.

Das Qualitätsmerkmal: Strukturbearbeitung lässt definierbare Werte erkennen: Es sollen nach der therapeutischen Behandlung einige der genannten Veränderungen in der Gesamtstruktur und den Substrukturen beispielhaft benannt werden können:

Mehr Differenzierung von Affekten, intensiveres Erleben aller Affekte, differenziertere Gewissenstruktur mit Lockerung der Rigidität und Absolutheit, Integration der Gedächtnisanteile aus den unbewusst wirksamen Gedächtnisarealen, kohärenteres Zusammenwirken der Substrukturen, erhöhte Toleranz für Affekte, Impulse, Phantasien und geringere Vulnerabilität.

Das Ausmaß an Möglichkeiten ist sehr vielschichtig, die Bearbeitung der bewussten und unbewussten Gesamtstruktur und ihrer Substrukturen ist das erste, das grundlegende Qualitätsmerkmal der psychoanalytisch begründeten Verfahren.

Die Art der Bearbeitung variiert von Therapeut zu Therapeut und von Patient zu Patient, wegen der Unterschiedlichkeiten der Behandler und der Patienten ist eine Standardisierung unsinnig und unangebracht.

In jeder psychoanalytisch begründeten Behandlung wird ein weiteres Prozessqualitätsmerkmal beachtet. Es geht dabei um den untrennbaren Zusammenhang zwischen den genannten Struktur- und Substrukturanteilen und den konkreten Lebenssituationen, in denen die unbewusst wirksamen Strukturanteile zur Lebensgestaltung aktiviert werden.

Die grundlegenden Lebensentwicklungen sind von Geburt an konflikthaft vorgegeben:

Entwicklung verläuft z. B. zwischen dem Aufbau und Erleben von Bindung und Bezogensein versus getrennt - Sein und Autonomie

Die bewussten und unbewussten intrapsychischen und interpersonellen Aspekte der strukturellen Erkrankung (Gefühle, Motivationen, Gedächtnisanteile, Gewissenstruktur, Wahrnehmungsmuster, Körperspürerfahrungen sowie die mentalen Strukturanteile z.B. bewusste und unbewusste Kognitionen, Sprachentwicklung, Symbolisierungen) können bei den an sich normalen konflikthaften Lebensaufgaben zu neurotischen Konfliktentwicklungen führen.

5.2. Erfassung und Bearbeitung der unbewussten Konfliktbewältigung in ihrer neurotischen Ausprägung

Mit der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie werden auch diejenigen seelischen Erkrankungen behandelt, die auf Grund von neurotischen Konfliktbewältigungsversuchen entstehen, zu deren Bearbeitung eine umfassende Strukturveränderung entweder nicht notwendig oder nicht möglich ist. In der tiefenpsychologisch fundierten Psycho-

therapie werden in der Regel begrenzt einzelne, fokussierte Substrukturanteile vorrangig unter dem Aspekt einer Bewusstmachung und Lockerung bzw. Überwindung der neurotischen Konfliktbewältigungsversuche herangezogen:

So werden die neurotischen (unlösbaren, selbst- und fremdschädigenden sowie Symptome auslösende) Konflikte bearbeitet, die eine gesunde Konfliktbewältigungskompetenz nicht möglich werden lassen oder verhindern.

Es geht hier also zunächst nicht um das Erlernen neuer Bewältigungsmuster, sondern vorher um das Bewusstwerden und Anerkennen von biographisch zunächst unbewusst (oft sinnvollen) entwicklungspsychologisch gesehen früh entwickelten Verarbeitungsmustern, die durch unbewusste Sinngenerierung in dieser frühen Entwicklungsstufe entstanden. Sie führen erst durch die unbewusste Übertragung auf alle neuen Situationen zum neurotischen Leiden, zur Selbst- und Fremdschädigung, die nicht durch bewusste Willensanstrengung überwunden werden kann. Erst nach diesem individuell biographischen Verständnis werden neue Konfliktbewältigungsmuster in dem therapeutischen Arbeitsbündnis selbst entdeckt, erfahren und ausprobiert, bevor der Transfer in die soziale und materielle Umwelt erprobt wird.

Ähnlich wie in den unterschiedlichen Vorstellungen zur Strukturbeschreibung gibt es auch bei der Bearbeitung des Konfliktverständnisses unterschiedliche Sichtweisen, die zum Reichtum der Psychoanalyse beigetragen haben und auch weiter beitragen sollen:

In der OPD 2 werden folgende Konflikte operationalisiert:

1. Individuation versus Abhängigkeit
2. Unterwerfung versus Kontrolle
3. Versorgung versus Autarkie
4. Selbstwertkonflikte
5. Schuldkonflikte
6. Ödipaler Konflikt
7. Identitätskonflikt

In der OPD 2 werden verschieden Modi der Verarbeitung zwischen aktiv und passiv angeführt. Wie man erkennen kann kommt es hier zu einer Zusammenfassung von Konflikten zwischen Substrukturen und Entwicklungskonflikten sowie zum Wegfall der spezifisch neurotischen Konfliktbewältigung, die später differenzierter erläutert wird.

Auch für das Verständnis der Konfliktbearbeitung scheint ein offenes Modell unter Berücksichtigung vieler Konfliktverständnisse hilfreich und offene, notfalls auch widersprüchliche Perspektiven sinnvoll, die der Unterschiedlichkeit der Patienten und Behandler eher entsprechen, auch wenn dadurch Vereinfachungen oder Standardisierungen verhindert werden.

Durch die folgenden Übersichten wird erkennbar, dass die Bearbeitungen der unterschiedlichen, in der Regel unbewussten Konfliktformen und Konfliktbewältigungsmuster ein zweites spezifisches Qualitätsmerkmal der psychoanalytisch begründeten Verfahren darstellt.

Zur Beschreibung des wichtigsten Wertes bei diesem Qualitätsmerkmal: Bearbeitung von Konflikten soll die Entwicklung der Fähigkeit genannt werden, aus unbewusst immer wiederholten selbst- und fremdschädigenden Konfliktbewältigungsmustern, also aus neurotischen Konfliktbewältigungen heraustreten zu können und durch Einsicht, Verständnis und gespürter Erfahrung neue Wege und Freiheiten in der Konfliktbewältigung zu entwickeln oder zu erfinden.

Als Übersicht für ein offenes Konfliktverständnis soll folgende Skizze dienen:

Konflikte

Strukturkonflikte:

Strukturkonflikte zwischen den Substrukturen,
Konflikte zwischen einzelner Substruktur und Gesamtstruktur
Konflikte innerhalb der einzelnen Substruktur

Entwicklungskonflikte:

Abhängigkeit/Bindung versus Autonomie/Trennung
Wunsch nach Versorgung versus Autarkie/Selbstversorgung
Subjekt versus Objekt

Neurotische Konflikte:

Ubw. Konfliktlösungsmuster die unlösbar, selbst- und fremdschädigend sind.

Unterscheidung

Intrapsychische, interpersonelle und institutionelle Konflikte

Durch diese Übersicht wird erkennbar, dass die Bearbeitungen der unterschiedlichen, in der Regel unbewussten Konfliktformen und Konfliktbewältigungsmuster ein zweites spezifisches Qualitätsmerkmal der psychoanalytisch begründeten Verfahren ist. Unterschiedliche Konfliktvorstellungen finden sich bei unterschiedlichen Autoren und Autorengruppen:

- Wurmser (1987) unterscheidet sechs Konfliktgruppen: Zusammenstoß globaler Affekte, Trennungs-Individuationskonflikt, Autonomie-Zusammengehörigkeit, Macht innen – außen, Dreieckskonflikte, Über-Ich-Konflikte.
- Ermann (1995) beschreibt: Individuation - Verlassenheit, Autonomie-Verlustangst, Triangulierungskonflikte, Ödipale Gewissenskonflikte.
- Mentzos (1987) differenziert zwischen primären und sekundären Konflikten.
- Sieben OPD-Konflikte (inklusive Strukturaspekte) werden vom Arbeitskreis OPD-2 (2006) vorgestellt.
- Allgemein lassen sich anthropologische oder Entwicklungskonflikte von neurotischen Konflikten unterscheiden.
- Ebenso lassen sich intrapsychische von interpersonellen und die wiederum von institutionellen Konflikten unterscheiden.

Als besondere psychoanalytische Wertvorstellung ist auch der Beginn einer Entwicklung in Richtung einer subjekthaften, geschlechtsspezifischen Identität in dem individuellen Konflikt zwischen der persönlichen, unverwechselbaren Subjekthaftigkeit und der Objekthaftigkeit jedes Menschen zu gewichten.

Die Konfliktbewältigungskompetenz wächst mit zunehmender Toleranz, Bewusstheit und Differenzierungsfähigkeit, weitere wesentliche Werte in der Konfliktverarbeitung betreffen die Abnahme der ubw Selbst- und Fremdschädigung durch neurotische Konfliktverarbeitung, sowie die bewusste Flexibilität im Umgang mit Macht- und Ohnmachtkonstellationen.

5.3. Nutzung von unterschiedlich verfahrensspezifischen Beziehungsformen

Ein weiteres spezifisches Merkmal von psychoanalytisch begründeten Verfahren ist die angemessene Nutzung von unterschiedlichen Beziehungsformen im Behandlungsverlauf.

Hier lässt sich folgende unterschiedliche Vielfalt aufzeigen:

- Die persönliche Begegnung im Sinne von Buber oder mit anderer Gewichtung im Sinne von Stern durch unvorhersehbare und unplanbare Momente der Begegnung.
- Die Unterscheidung zwischen Subjekt und Objekt, nach Lévinas ist ein entscheidendes Subjektkriterium das unvergleichbare Anderssein, führte zum Konzept der Intersubjektivität, in dem bedeutsam ist, dass es in der Kommunikation etwas subjekthaft Gemeinsames zwischen Patient und Behandler gibt: beide sind als Subjekte „gleich“ und anders zugleich. Der Unterschied zwischen Intersubjektivität und Interobjektivität beschreibt unterschiedliche Beziehungsformen.
- Die rollendefinierte, therapeutische Beziehungsform und die sich darin entfaltenden Macht- und Ohnmachtsanteile, hier besonders die Frage der unterschiedlichen Verantwortungen im Behandlungsprozess sind bei der Beziehungsgestaltung besonders zu beachten. Der Behandler ist für andere Seiten des Prozesses verantwortlich als der Patient.
- Die beiden originär psychoanalytischen Beziehungsformen der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung.
- Als weitere psychoanalytisch zu verstehende Beziehungsform ist das Beziehungsgeschehen zu beschreiben, dass sich aus den Konzepten zur projektiven Identifikationen und dem E-nactment - Konzept ergibt.

Insgesamt lassen sich die meist als akzentuierte Mischformen erkennbaren unterschiedlichen Beziehungsformen als Kernelemente des psychoanalytisch begründeten therapeutischen Arbeitsbündnisses zusammenfassen, deren begrenzt mögliche Nutzung, Steuerung und Anwendung im Prozess der Behandler zu verantworten hat.

Jede dieser Beziehungsformen hat für den Prozess spezifische Bedeutungen, jede spezifische Beziehungsform erfasst und erfüllt wesentlich andere Funktionen in der Beziehungsregulation.

Der Wert dieses Qualitätsmerkmals besteht in der Möglichkeit des Behandlers, alle Formen nutzen bzw. aufgreifen oder beantworten zu können, sowie in seiner Flexibilität in der planvollen Steuerung bei einem konkreten Patienten zur rechten Zeit.

5.4. Nutzung von unterschiedlich verfahrensspezifischen Behandlungsräumen

Dieses Qualitätsmerkmal lässt deutlich werden, dass in allen psychoanalytischen Behandlungen ein spezifisches Behandlungsverständnis genutzt wird, dass über die bereits genannte Beziehungsformen hinausführen, auch wenn die Beziehungsformen untrennbar bei der Gestaltung des Raumes mit zu berücksichtigen sind. Das Konzept oder der Begriff eines Behandlungsraumes oder auch Behandlungsfeldes soll eine Begrenzung auf einen Fokus, Schwerpunkt oder Inhalt deutlich machen, in dem verfahrensspezifische, für bedeutsam erachtete intrapsychische und interpersonelle Vorgänge als Ansatzpunkte der Behandlung benannt werden.

Spätestens seit Winnicott und Ogden die Wichtigkeit des seelisch bedeutsamen Raumes zwischen zwei Menschen als Übergangsraum beschreiben konnten, ist dieser Begriff: der Aufbau eines therapeutischen Raumes zwischen den beiden Menschen in seiner Wichtigkeit erkannt worden. Nur die Gestaltung eines interpersonellen Raumes, in den die intrapsychischen Aspekte beider Personen einfließen, ermöglicht eine gute Entwicklung.

Neben den unterschiedlichen Beziehungsformen kann die Nutzung unterschiedlicher Behandlungsräume als zweites zentrales Element der von Wampold beschriebenen kontextuellen Behandlungsansätze gelten: Beziehungsformen und Behandlungsräume bilden den Grund des Kontextes, in dem die unbewusste Veränderung in der Struktur des Patienten nach dem Verständnis von Rombach (2003) „entspringt“.

Die Gestaltung der Atmosphäre, die Haltungen beider Personen, die Nutzung des konkreten Raumes und die Interaktionsformen lassen die Unterscheidung von mehreren therapeutischen Räumen sinnvoll erscheinen. Dabei lassen sich drei Arten von Räumen differenzieren:

Es kann zum Ersten nützlich sein, die genannten Beziehungsformen in einem eigenen Behandlungsfeld zu fokussieren. Zum Zweiten erscheint eine Fokussierung in einem Raum hilfreich, in dem die verschiedenen Sicherungs- und Abwehrvorgänge untersucht und behandelt werden. Zum Dritten sind Räume nutzbar, in denen Neues gesucht, gefunden, entdeckt oder entspringen kann, sowie Felder in denen das Neue angewendet erprobt und zum Zwecke des Transfers geübt werden kann.

Die Gestaltung der Atmosphäre, die Haltungen beider Personen, die Nutzung des konkreten Raumes und die Interaktionsformen lassen die Unterscheidung von mehreren therapeutischen Räumen sinnvoll erscheinen. Dabei lassen sich drei Arten von Räumen differenzieren: Es kann zum Ersten nützlich sein, die genannten Beziehungsformen in einem eigenen Behandlungsfeld zu fokussieren. Zum Zweiten erscheint eine Fokussierung in einem Raum hilfreich, in dem die verschiedenen Sicherungs- und Abwehrvorgänge untersucht und behandelt werden. Zum Dritten sind Räume nutzbar, in denen Neues gesucht, gefunden, entdeckt werden oder entspringen kann, sowie Felder, in denen das Neue angewendet, erprobt und zum Zwecke des Transfers geübt werden kann.

Der wichtigste Wert bei diesem Qualitätsmerkmal besteht in der Flexibilität der Anwendungskompetenz des Behandlers, wenn es ihm gelingt, zur rechten Zeit den rechten Raum zu eröffnen oder aber dem oft auch vorangehenden Patienten zu folgen, um die unbewusste Passung zu ermöglichen.

Als Übersicht über verschiedene Beziehungsformen und Behandlungsräumen soll die folgende Skizze dienen:

Therapeutische Behandlungsräume Fokus: Struktur oder Konflikt

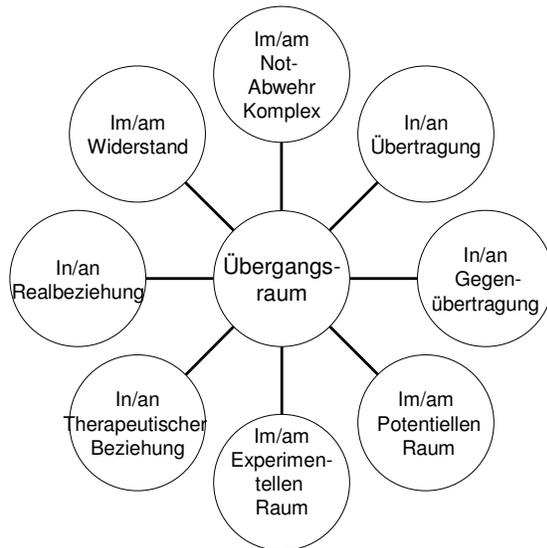


Abb. 2 Behandlungsräume

5.5. Nutzung und Beachtung der Abfolge der spezifisch psychoanalytischen Therapiephasen

Rudolf et al haben in mehreren Untersuchungen diesen bedeutsamen zeitlichen Vorgang konzeptualisiert und empirisch überprüft, die Ergebnisse bestätigen die Existenz eines spezifischen psychoanalytischen Ablaufes in den Behandlungen. Die Reihenfolge in den einzelnen Phasen kann in einzelnen Behandlungen variieren und spezifisch verlaufen, eine rigide Standardisierung ist sicher auch hier nicht angemessen, dennoch lassen sich in den psychoanalytisch begründeten Verfahren verallgemeinernd mehrere Phasen beschreiben.

Rudolf, Grande und Oberbracht (2000) entwickelten die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Sie bezieht sich konkret auf ein psychoanalytisches Verständnis der Therapieprozesse und wird in der Praxisstudie psychoanalytische Therapie angewendet. Sie wird auch im TK Modell benutzt, findet aber keinen Eingang in die Berechnung der Bewertungen des Monitoringvorgangs.

Die Skala unterteilt 7 Stufen eines Umstrukturierungsprozesses, der jeweils von außen (Behandler oder neutrale Untersucher) eingeschätzt wird:

1. Nichtwahrnehmung des Fokusproblems. (Völlige Abwehr bzw. Vermeidung des Fokusbereichs, es gibt „kein Problem“).
2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus (Symptomdruck, interpersonelle Schwierigkeiten, Zumutungen, von außen kommend erlebt.)
3. Vage Fokuswahrnehmung (Passive Beschäftigung mit dem Fokus, ansatzweise Anerkennung, Ahnung eigener Verantwortung)
4. Anerkennung und Erkundung des Fokus (Interessiertes Problemverstehen, Arbeitsbeziehung, aktive „Bewältigung“, Handeln)
5. Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich (Abwehr wird brüchig, Prozess wird zur

„Passion“; Trauer, Ausgeliefertsein, Verwirrung)

6. Neustrukturierung im Fokusbereich (Versöhnliches Erleben, neue Erlebens-Verhaltensmöglichkeiten stellen sich spontan ein)
7. Auflösung des Fokus (Integration, Selbstübereinstimmung, realitätsgerechtes Erleben, Neugestaltung)

Nach Rudolfs Auffassung ist ein guter Wert bereits dann erreicht, wenn die 4. Stufe der Umstrukturierung erreicht wird, wenn also eine bewusste Annahme des Konfliktes erfolgt. Die Heidelberger Umstrukturierungsskala beinhaltet die Gefahr, einen derart Mittelwertvergleichserprobten Ablauf für jeden Einzelfall anzunehmen. Deshalb soll hier der Hinweis genügen, dass jede individuelle Behandlung voraussichtlich einen eigenen Verlauf nehmen wird. Insbesondere die Bedeutung und der Verlauf der Regression werden in den unterschiedlichen Anwendungsformen der Psychoanalytischen Therapie (TP oder AP) andere Zeiträume beanspruchen. Bedeutsam bleibt dieses Prozessmerkmal aber deshalb, weil damit deutlich wird, dass es in den psychoanalytisch begründeten Behandlungen keine monoton linearen Verläufe gibt, dass Verschlechterungen im subjektiven Erleben als wesentlich erachtet werden und dass es trotz vieler individueller Unterschiede dennoch Gemeinsamkeiten in den psychoanalytisch begründeten Behandlungen gibt, die als spezifische Prozessqualitätsmerkmale transparent gemacht werden können.

Wesentlich erscheint, auch unter der Perspektive verschiedener und unterschiedlicher Therapiephasen, dass es im Verlauf psychoanalytisch begründeter Behandlungen zu unterschiedlichen Phasen kommt, deren Unterschiede vom Behandler zu beachten sind und deren Reihenfolge als zeitliche Dimension der Behandlung zu berücksichtigen ist, soll der Patient nicht überfordert werden.

5.6. Fokussierung auf die Erlebenswelt des Patienten unter Beachtung seiner individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten

Deneke (2001) plädiert eindringlich für die grundlegende Bedeutung der Einbeziehung oder der Fokussierung auf die subjektive Erlebensperspektive des Patienten und trifft damit auf eine allgemeine Vorgehensweise: Der Patient soll in der Regel, bewusst oder unbewusst, in jeder Stunde neu das aussprechen können, was ihm einfällt, ihn interessiert oder was ihn bewegt. Ob es in Form der freien Assoziation, in Träumen oder in einer eher bewussteren Herangehensweise geschieht, scheint zunächst sekundär. Ein zentrales analytisches Prozessqualitätsmerkmal besteht in der Hinwendung zu der individuellen Erlebniswelt des Patienten; die bewussten Absichten und die unbewussten Intentionen des Patienten müssen Raum und Möglichkeiten zur Entfaltung erhalten. Nur unter diesen Bedingungen kann das Unbewusste, können unbewusste Funktionen in den therapeutischen Raum überhaupt eingebracht und anschließend bewusster bearbeitet werden.

Dieses spezifisch psychoanalytische Merkmal trägt dem Umstand Rechnung, dass es neben den bereits genannten Therapiephasen auch unterschiedliche, aufeinander aufbauende Entwicklungen in dem Gesundungsprozess des Patienten gibt. Ein zu frühes Deuten, ein zu frühes Ansprechen von unbewussten Impulsen muss die Abwehr stabilisieren.

Ein zulassen - Können von eigenen Impulsen bedarf oft erst der vorausgehenden Über Ich Analyse und deren Lockerung deshalb, weil sonst eine derartige Bearbeitung bei vielen Pati-

enten nur mit der Verarbeitungsform bearbeitet werden kann, die sie zu dem Zeitpunkt haben, nämlich u. U. der neurotischen Verarbeitung.

Ebenso bedeutsam scheint die Frage, wie lange diejenigen Entwicklungsprozesse brauchen, die erfahrungsgemäß durch Beschleunigungsversuche vorhersehbar Schaden nehmen.

Die Erfordernisse aus Patientensicht wurden bereits dargestellt, hier ist bei der Beachtung der Verarbeitungsmöglichkeiten des individuellen Patienten auch auf die notwendige Unterstützung, das Interesse des Behandlers am Patienten, die helfende Motivation des Behandlers zu verweisen. Hier sind auch die Möglichkeiten des Behandlers aufzuzeigen mit denen er Hoffnung ausstrahlen kann und je nach Therapiephase und Patienten ermutigen, motivieren, frustrieren oder entsprechend der Verarbeitungsnot des Patienten angemessen behandeln kann.

Die Frage der Aktivität und Passivität erscheint bei vielen Interventionen bedeutsam; so unterstützen z.B. vom Patienten selbst gefundene Zusammenhänge das Selbstsystem erheblich durch die Erfahrung der gewachsenen Fähigkeit zur Selbstreflexion. Das Dilemma besteht zwischen einer guten Zurückhaltung von Deutungen durch den Therapeuten und der Gefahr, einen Patienten zu Unrecht überfordernd allein zu lassen, Cremerius sprach in diesem Zusammenhang von der Möglichkeit, den Patienten auf der Couch „verhungern“ zu lassen, dieses Dilemma ist oft nur intuitiv zu entscheiden.

5.7. Wahrnehmung und hypothesengeleitetes Verständnis der Funktionen des unbewussten Krankheitsgeschehens und des unbewussten/bewussten seelischen Gesundungspotentials des Patienten durch kontinuierliche Reflektion der Beziehung und des Prozesses im dualen Beziehungsgeschehen.

Der Behandler hat in seinem immer auch als vorläufig zu betrachtendem Wissen über den Patienten die Balance zwischen dem intersubjektiven und auch interobjektiven Beziehungsgeschehen fortlaufend für sich zu analysieren.

Es handelt sich um einen fortlaufenden Prozess von Hypothesenbildung, Prüfung und Annahme bzw. Verwerfung. Das Bemühen um das psychodynamische Verstehen, um das Verstehen der basalen Notlagen des Patienten, aber auch um das Erfassen seiner selbst- und fremdschädigenden Anteile zwischen Intuition, fachkundebezogener theoretischer Reflektion und aktueller Beziehungserfahrung, ist ein typisches psychoanalytisches Qualitätsmerkmal. Dieser Aspekt wird wegen seiner dort elementaren Bedeutung als Kompetenzfaktor des Behandlers genauer dargestellt.

Die Arbeitshypothesen zu den psychodynamischen Funktionen der Strukturanteile sowohl im Dienste der Abwehr, wie auch im Dienste der Progression müssen sich zwar immer wieder an der Patientenregulation bewähren, aber die unbewussten Verwicklungen, die unbewussten psychodynamischen Abwehrvorgängen durch Verschiebungen, Verdrängung oder Spaltung können vom Patienten nicht selbst gefunden werden.

Aus der Anerkennung der Tatsache, dass hilfreiche psychoanalytisch begründete Verfahren immer darauf beruhen, dass der Patient einer zeitweiligen, therapeutisch zu legitimierenden Abhängigkeit bedarf, um seine Abwehr im therapeutischen Arbeitsbündnis zu erleben, zu wiederholen, zu verstehen und danach zu integrieren und zu lockern bzw. zu überwinden, ergibt sich die Pflicht des Therapeuten, eigene Anstrengungen zu unternehmen und auch seine eigene Hingabe (frei schwebende Aufmerksamkeit) an den Prozess zuzulassen. Die leitende Absicht besteht darin, dass durch vielfältige Kanäle dem Unbewussten des Patienten und auch

dem eigenen Unbewussten in diesem dualen Prozess Entfaltungsmöglichkeiten zu ermöglichen. Das Bemühen um das psychodynamisch möglichst weit führende Verstehen (Wert dieses Merkmals) ist nicht nur ein Qualitätsmerkmal, sondern auch ein spezifischer Wirkfaktor.

5.8. Erstellung und Prüfung der psychoanalytisch begründeten Trias von Diagnose – Therapieplanung und - Differentialindikationsstellung

Ein weiteres verfahrensspezifisches Prozessqualitätsmerkmal stellt der dreiteilige Prozess von Diagnose – Therapieplan – Differentialdiagnose dar.

Diagnostisch geht die psychoanalytisch fundierte Diagnostik über die ICD 10 Diagnoseerstellung weit hinaus. Auf Basis der individuellen Katamneseerhebung und der ersten Beziehungserfahrungen in den probatorischen Sitzungen entsteht die Diagnostik, die sowohl die Strukturmerkmale, die Konfliktverarbeitungsmuster und die Beziehungsgestaltung umfasst. Die OPD 2 bietet zudem eine Achse zur Untersuchung der Behandlungsvoraussetzungen und der Krankheitsverarbeitung an. Dazu wird ein passender Behandlungsplan entworfen der zu der oft schwierigen Entscheidung zwischen Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit für die Indikationsstellung der geeigneten Anwendungsform beiträgt.

Die Psychoanalytische Therapie stellt viele Anwendungsformen zur Verfügung: neben den berufs- und sozialrechtlich anerkannten Formen der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, als Kurzzeit- und Langzeitverfahren und Einzel- bzw. Gruppentherapie gibt es die Psychoanalyse, die Lehranalyse, die analytische Paar- und Familientherapie neben vielen neuen Ansätzen zu Beratung, Supervision und Coaching.

Insbesondere die Differenzialindikation zwischen der analytischen und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie stellt ein wichtiges Arbeitsfeld dar, in dem die Frage der unterschiedlichen Behandlungsansätze genau erörtert werden muss. Sowohl die Frage der Differenzialindikation für die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren wie auch die Differenzialindikation zwischen Kurzzeit- und Langzeitbehandlungen wie auch die zwischen Einzel- und Gruppenbehandlung muss patientengerecht beantwortet werden. Daher wird auch dieser Aspekt unter den Kompetenzfaktoren vertiefend erläutert. Die Differenzialindikationsstellung bedeutet in der Konsequenz erhebliche Unterschiede bezüglich der Höhe der Stundenkontingente, der Frequenz der Behandlungen und des Settings der Behandlungen. Diese Vielfalt der Ansätze und deren Unterscheidung finden sich nur in den psychoanalytisch begründeten Behandlungen, sie stellen damit ein spezifisches Prozessmerkmal dar.

5.9. Die Wirksamkeit der Erfahrungen aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und die Notwendigkeit ihrer Zusammenhangsbetrachtung: Die Bedeutung der Biographie

In der psychoanalytischen Therapie wird der Zusammenhang der drei Zeitdimensionen betont. Das gegenwärtige Erleben wird immer durch reentrante Abstimmungsprozesse des Gehirns unbewusst sowohl mit vergangenen Erfahrungen oder Erinnerungsspuren abgestimmt als auch zugleich mit den unbewusst antizipierten zukünftigen Zielen, Erwartungen, Wünschen oder Ängsten abgeglichen.

Während die Bedeutung der Vergangenheit von Freud erkannt und belegt wurde, hat Adler die Bedeutung der unbewussten Finalität für jeden aktuellen Bewusstseinsvorgang aufzeigen können.

Die Bearbeitung der biographischen Vergangenheit hat viele positive Auswirkungen: Neben der Erfahrung und Einsicht in die unbewusste Prozesshaftigkeit des Seelischen wird die unbewusste Konstruktivität, die so genannte schöpferische Kraft der individuellen Sinngenerierung nachvollziehbar, sowie wesentliche Grundzüge für Identitätserleben erlebbar.

Das Spezifische an dieser Zusammenhangsbetrachtung ist jedoch die psychoanalytische Grundannahme, dass durch den unbewussten Wiederholungszwang jede neue seelische Verarbeitungsform immer daraufhin zu untersuchen ist, ob nicht doch, nur in eine neue Form gekleidet, die alten verwickelten Muster wiederholt werden.

Die Entfaltung, die Entzerrung, die Verwicklung der unbewussten Erfahrungen, Erinnerungsspuren und Verarbeitungsmuster ist in zirkulären Schritten mit den unbewusst dazu passenden Zukunftsentwürfen notwendig, bevor überhaupt neue Wege subjekthaft entfaltet werden können. Ein einfaches neues Lernen ist in der psychoanalytischen Verstehensweise nur nach den Entzerrungen der unbewusst neurotischen Vergangenheits- und Zukunftsanteilen vorstellbar. Im Gegensatz zu anderen Verfahren ist in jeder psychoanalytisch begründeten Behandlung diese Zusammenhangsbetrachtung von Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft unverzichtbar, weil eine Gesundung nach den bekannten Therapievorstellungen anderer Verfahren: Die Vergangenheit ist vorbei, nur die Gegenwart oder nur die Zukunft zählen, nach psychoanalytischem Verständnis unzureichend ist. Ohne die Entwicklung und Aufarbeitung der intrapsychisch verankerten und damit immer wirksamen Erinnerungs- und Verarbeitungsspuren, zu deren Überwindung bzw immer zukünftige Zielsetzungen in Form von bzw leitenden Phantasien gehören, wird es keine davon befreite oder gelockerte Entwicklung geben können. Wenn, wie Roth behauptet, die Amygdala nie vergisst, dann gibt die psychoanalytische Theorie eine Antwort darauf, was sie nie vergisst: Sie vergisst nie die Not, die Bedrohung, das Ausgesetztsein und die zu dem damaligen Entwicklungsstand sinngenerierende Phantasie zur Überwindung dieser Not.

Die Wirksamkeit psychoanalytisch begründeter Behandlungen erfordert das Durcharbeiten sowohl des Unbewussten bezüglich seiner prinzipiell dynamischen Richtungen und Motivationslagen aber unverzichtbar auch das Durcharbeiten der biographisch nachvollziehbaren Entwicklung des personal-individuellen Unbewussten des jeweiligen Patienten.

Wenn bei der Berichterstellung im modifizierten TK Gutachterexperiment gerade die biographische Anamnese und die Darstellung der individuellen Psychodynamik gekürzt werden und z.T. sogar wegfallen können, dann bedeutet das zweifellos eine nicht hinzunehmende Beeinträchtigung für den Begutachtungsprozess; damit verstößt das TK-Modell gegen die Forderung des Nachweises und der Sicherstellung der Zweckmäßigkeit und der Notwendigkeit jedweder Behandlung durch die Krankenkasse. Diese Prüfung, mit der regulär der Gutachter beauftragt wird, wird im TK Experiment durch die Einbeziehung Patientenselbsteinschätzung ersetzt, auch hier zeigt sich eine nicht zu tolerierende Entwicklung.

5.10. Entfaltung und Nutzung der menschlichen Ressourcen im Prozess: das schöpferische Unbewusste des Behandlers und des Patienten: Erfahrungen, Kenntnisse, Wissen, Können, Werten, Fühlen Spüren, Wollen, Intuition.

Ein genuin psychoanalytisches Prozessqualitätsmerkmal ist die Nutzung aller menschlichen Ressourcen für den Behandlungsprozess. Neben den kognitiven, emotionalen, mentalen, motivationalen, Wahrnehmungs- und Körperspürpotentialen werden die intuitiven Kräfte zur

umfassenderen Verarbeitung komplexer Elemente, des Zeitkontinuums und der aktuellen Beziehungsaspekte für die Behandlung als notwendig erachtet. Die mögliche Reduktion allein auf eine absichtsvolle und umfassend bewusste Intervention ist im analytischen Kontext nicht vorstellbar, insofern haben intuitive Verarbeitungsprozesse, vor- oder ahnungsbewusste Impulse, Einfälle und Vorstellungen eine ebenso große oder oft bedeutsamere Wirkkraft, als die geplant kontrollierten Interventionen.

6. Zur Bestimmung von acht Faktoren der Kompetenz der Behandler in den psychoanalytisch begründeten Verfahren

Nach der Qualitätsdefinition gemäß DIN müssen die Prozessmerkmale der Dienstleistung Psychotherapie ihre Eignung nachweisen, die für eine gute Behandlung vorher festgelegten und vorausgesetzten Erfordernisse zu erfüllen.

Die bereits vorgestellten 10 typischen Verfahrensqualitätsmerkmale beschreiben den psychotherapeutischen Prozess vorrangig aus Verfahrenssicht, sie charakterisieren ein typisches psychoanalytisch begründetes Prozessverständnis, sie könnten bildhaft als die Werkzeuge des psychoanalytischen Handwerks bezeichnet werden.

Der Versuch, die Qualitätsmerkmale eines Verfahrens und die Kompetenzmerkmale eines Psychotherapeuten zu beschreiben, ohne festzulegen, wozu sie dienen sollen, wäre sinnlos. Aus fachlicher Sicht können nur die Anforderungen, die an eine hinreichend gute Patientenbehandlung zu stellen sind, Grundlage für die Definition dessen sein, was unter der Bezeichnung „Erfordernisse“ benannt wird.

Die Definition der Erfordernisse muss gesetzliche Vorgaben erfüllen. Der Gesetzgeber bestimmt im SGB V, und die gemeinsamen Gremien der Kassen und KBV fordern in den Psychotherapierichtlinien eine ausreichende Behandlung, die notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss.

Die Kriterien der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit sind nicht nur unter finanziellen Aspekten für die Kassen, sondern auch unter dem Aspekt der weit gehenden Schonung des Patienten vor unnötigem Aufwand und nicht notwendiger Belastung wichtig. Aber sie haben auch eine schützende Funktion, die dadurch erfüllt wird, dass keinem Patienten das Notwendige und das Zweckmäßige vorenthalten werden darf.

Auf die Erfüllung folgender Erfordernisse möchte ich unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit hinweisen:

- Die Beschreibung der Verfahrens- und Kompetenzmerkmale zeigt das Verständnis von seelischer Krankheit, Diagnostik, Indikationsstellung, Entstehungs- und Behandlungskonzept mit Zieldefinition, Behandlungsgrenzen und Risiken des Verfahrens auf.
- Die Behandlung von seelischen Erkrankungen orientiert sich sowohl an den konkreten Krankheitsphänomenen und Symptomen des Patienten, wie an den verfahrensspezifischen Konzepten. So steht z.B. mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik 2 (Arbeitskreis OPD 2006) eine umfassende operationalisierte Diagnostik des spezifischen Patienten zur Verfügung, zudem sind konzeptuelle Modelle erforderlich, um die Entscheidung für den jeweils geeigneten Behandlungsansatz zu treffen.

- Die Psychotherapierichtlinien ermöglichen die Anwendung von unterschiedlichen Kurz- oder Langzeitbehandlungen im Einzel- oder im Gruppensetting mit unterschiedlichen Behandlungszeiten und Kontingenten innerhalb der psychoanalytisch begründeten Therapien. Die geforderte differentielle Indikationsstellung für eine spezielle Behandlungsform erfordert auch eine Differenzierung bei den vorliegenden Krankheitsbildern. Aus Sicht der psychoanalytisch begründeten Therapien sind verschiedene Erkrankungshintergründe (s. Abschnitt F) bei der Indikationsstellung für unterschiedliche Kurz- und Langzeitbehandlungen zu berücksichtigen. Damit lassen sich drei unverzichtbare Erfordernisse ableiten: Die Diagnostik, die Differentialindikationsstellung und die spezifische Behandlung muss der Erkrankung entsprechend differenziert erstellt und umgesetzt werden.
- Ein therapeutisches Arbeitsbündnis ist erforderlich, in dem die Fragen der Bedeutsamkeit, der Macht, der Ungleichheit, aber auch der Gleichwertigkeit zwischen Patient und Therapeut transparent beantwortet werden. Die Wirkweise der Interventionen ist im Zusammenhang mit den verfahrensspezifischen Werten als Indikator für eine humane Behandlung darzustellen (Ehl et al. 2005, Sasse 2007).
- Ein patientenbezogenes, verstehendes und aufdeckendes, zwischen Einfühlung und Passungsbemühungen oszillierendes Beziehungsgeschehen ist erforderlich.
- Ein patientenspezifischer Behandlungsplan ist unter Berücksichtigung der aktuellen Verarbeitungsmöglichkeiten des Patienten erforderlich.
- Ein verfahrensspezifisches Methodenrepertoire zur Anamnese, Diagnostik, Differentialindikationsstellung, Behandlung, Evaluation und Qualitätssicherung ist erforderlich.
- Die Möglichkeit zur regressiven Entfaltung der individuellen Pathologie des Patienten unter Nutzung geeigneter Behandlungsräume und Beziehungsformen ist erforderlich.
- Das Angebot von hinreichend guten Bedingungen, unter denen eine seelisch tiefgehende Veränderung mit destabilisierenden Phasen möglich wird, ist erforderlich: Definierte Beziehungs- und Behandlungsräume, in denen eine annehmend – verbundene und aufdeckend - getrennte Haltung des Behandlers ihre spezifische, den Patienten möglichst wenig manipulierende Wirkung entfalten kann, sind dazu notwendig.
- Die Hingabe des Behandlers an das Unbewusste des Patienten, die vorläufige Verarbeitung und anschließende Nutzung des durch den Behandler „verarbeiteten“ Unbewussten im fortlaufenden Prozess ist erforderlich.
- Das Bemühen um ein gemeinsames Verständnis der persönlichen Biographie, der persönlichen Erfahrungen und der subjekt- und objekthaften, geschlechtsspezifischen Identität in Zusammenhang mit den Funktionen der Erkrankung ist erforderlich.
- Die ausreichende (keine unzureichende, keine überflüssige) Bearbeitung der unbewussten selbst- und fremdschädigenden Anteile des Krankheitsgeschehens ist erforderlich.
- Eine psychoanalytisch begründete Haltung des Behandlers mit kontinuierlicher Selbst- und Prozessreflexion ist wegen der unvermeidlichen Einbindung und Verwicklung des Behandlers in den Prozess erforderlich.

Damit sind ohne Anspruch auf Vollständigkeit wesentliche Erfordernisse aus Sicht der psychoanalytischen begründeten Verfahren festgelegt. Zu ihrer Erfüllung müssen nun geeignete Kompetenzmerkmale des Behandlers unter Nutzung und Anwendung der Verfahrensmerkmale zur Anwendung kommen, um die behandlungsnotwendigen Erfordernisse zu erfüllen.

Neben den im engeren Sinne konkretisierbaren Behandlerkompetenzen muss ein weiterer Wirkfaktor bedacht werden, der im Hintergrund des Geschehens seine Wirksamkeit quasi unbeobachtbar einbringt. Das ist die Haltung des analytisch ausgebildeten Psychotherapeuten, die auch in Passung zum Menschenbild und zur Verfahrenstheorie zu beachten ist, wenn über Qualität und Humanität geforscht werden sollte:

Die psychoanalytische Haltung des Behandlers als Integration der ethischen Werte, des Wissens, der Kenntnisse und der helfenden Absichten.

Die Haltung der Behandler basiert neben den Kenntnissen, dem Wissen, den Motiven und den Erfahrungen auf ihrem bzw. seinem Menschenbild. Das Bemühen um das Verständnis der ubw Verarbeitungsversuche des Patienten unter Anerkennung des prinzipiellen Andersseins des subjekthaften Gegenübers ist als Kern eines humanen Krankheitsverständnisses auszumachen. Die Anerkennung der ubw Sinnhaftigkeit bzw. der ubw Sinngenerierungsversuche, die im Symptom zu suchen ist, führt zu einem Therapieverständnis, in dem der Patient immer unter Betrachtung seiner Notlagen, aber auch unter seinen meist unbewussten Verarbeitungsmustern zu untersuchen ist: Hier treffen annehmende und aufdeckende, mitfühlende und konfrontierende Impulse aufeinander, die zur Flexibilität und Widersprüchlichkeit der therapeutischen Haltung beitragen. Deshalb besteht die Haltung aus dem Bemühen um Abstinenz, Neutralität und getrennter, wohlwollender Heilungsabsicht. Der Schutz der Intimität des Patienten und der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung sind ebenso wesentliche Bestandteile der Haltung wie die Bereitschaft zur mitfühlenden Kooperation. Die Sicherstellung von Austauschgerechtigkeit (Kahl-Popp 2004), also einer gerechten Bezahlung für die Behandlung gehört zur Haltung, wie die Gewährleistung und Sicherstellung des notwendigen Rahmens der Therapie.

Auf die umfangreiche Arbeit zu ethischen Prinzipien in der Psychoanalyse wurde bereits hingewiesen (Ehl, Helbing-Tietze, Lücking, Pollmann, Ruff, Wrage und Zinke 2005).

Zur Haltung gehört also das Verständnis des Patienten als einer lebendigen Struktur im Sinne von Rombach (2003). Der Mensch wird in seiner Strukturbildung, in seiner Konfliktgestaltung und seinen Beziehungsformen als eine Struktur verstanden, die zwar unmittelbar beeinflusst (verletzt oder ermutigt) werden kann, deren Verarbeitung dieser Beeinflussung aber nicht von außen kontrollierend sichergestellt werden kann. Die Wirksamkeit der Behandlung, erkennbar u.a. in der Veränderung der Struktur des Patienten, kann weder vom Behandler noch vom Patienten allein durch bewusste Aktivitäten bewerkstelligt werden; die Veränderung ergibt sich in Folge einer guten Behandlung allein aus der unbewussten Selbstregulation, aus einer letztlich sich selbst regulierenden (schöpferischen) Kraft, die sich, ohne zentrale Steuerungsstelle, als Zusammenhänge herstellendes Potential erweist und sich einem endgültigen, Sicherheit versprechenden Verständnis entzieht.

6.1. Aufbau und Beendigung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses in wechselseitiger und wechselnder Bedeutsamkeit

In aller Regel leiden Patienten seit längerer Zeit unter der Symptomatik, bevor sie einen Psychotherapeuten aufsuchen. Sie leiden, haben durch eigene Anstrengungen keine dauerhafte Besserung erzielen können, erleben sich als gescheitert und sind daher eher pessimistisch. Die

dadurch entstehende reale Abhängigkeit vom Therapeuten mit den Risiken des Machtgefälles ist Teil der Selbstwertreduktion und der Angst vor der Behandlung.

Unbewusst besteht zusätzlich zu dieser ohnehin schon schwierigen und belastenden Anfangssituation der Wunsch, ohne grundlegende Änderung zu einer Besserung zu gelangen: das Unbewusste soll unbewusst bleiben, es besteht ein unbewusster Widerstand gegen das Bewusstwerden des Abgewehrten und der Abwehr, auch wegen der zum Teil jahrzehntelang eingefahrenen Bedeutungs- und Beziehungsmuster. Es gibt Ängste vor der neuen Veränderung auch deshalb, weil das Neue immer auch zunächst instabil und unsicher sein muss.

Es gibt also immer eine mehrfach motivierte Bewegung gegen eine neue Entwicklung.

Die Entdeckung der Übertragung, also die unbewusste Verwendung von früheren Erinnerungen und Vorerfahrungen im jeweils neuen Beziehungsgeschehen, hat die Bearbeitung dieses Geschehens zu einem mächtigen Wirkfaktor werden lassen.

Die Erfahrung der Übertragungsphänomene bietet einen direkten Zugang zum Verständnis des Unbewussten; das Phänomen der Übertragung bietet damit Zugang zur kognitiven Erkenntnis, ist aber auch zugleich emotionaler und motivationaler Behandlungsschwerpunkt. Die Frage der Entwicklung von Bedeutsamkeit ist daher nicht von Übertragungsprozessen zu trennen. Zu Beginn der Behandlung werden meist diejenigen Übertragungsanteile mobilisiert, die zur Gestaltung des therapeutischen Bündnisses aus Sicht des Patienten Sicherheit im Sinne des Bekannten oder Erwarteten versprechen. Das Bedeutungserleben des Patienten wird durch seine Vorerfahrungen bestimmt. Der Wechsel der meist einseitigen und überdeterminierten Bedeutsamkeit aus der Übertragungsfixierung in eine andere, nun gemeinsam zu gestaltende Bedeutsamkeit, ist für eine gute Behandlung förderlich.

Deshalb ist die Unterstützung der Entfaltung der Übertragungsneurose, also der unbewussten Abbildung der seelischen Hintergründe der Erkrankung in das therapeutische Beziehungsgefüge von großer Bedeutung für den Erfolg der Behandlung.

Die Entfaltung der Übertragungsanteile ist zu fördern, aber natürlich reicht die einfache Wiederholung zur Behandlung nicht aus.

Erst durch die meist langsam auftauchende Einsicht, dass der Patient hier unbewusst etwas nutzt, was zwar früher bedeutsam war, das aber in der Beziehung zum Behandler eines Durcharbeitens bedarf, ermöglicht ein verändertes Selbstverstehen.

In dieser Phase entstehen gerade in den guten Behandlungsverläufen zum Teil deshalb Krisen, weil eine einfache Änderung ohne die belastenden Auswirkungen der Destabilisierung, mitunter der Verschlechterung der Symptomatik, nicht denkbar ist. Die Kunst in den psychoanalytischen Anwendungsformen besteht darin, dass als Wirkfaktor nun einerseits die Anerkennung der Bedeutsamkeit des Behandlers für den Patienten, aber auch die Anerkennung der Bedeutsamkeit des Patienten für den Behandler jenseits der Übertragungs- und auch der Gegenübertragungsphänomene eine Veränderung ermöglicht. Aus dem vorher unbewussten Kampf zwischen zwei Seiten, zwischen Vergangenem und Gegenwärtigem und einer denkbaren Unterwerfung der einen unter die andere Seite, wird so eine befreiende und befriedigende Lösung nach gemeinsamem Verstehen bei wechselseitiger Anerkennung durch Einsicht möglich.

Der Aufbau von wechselseitiger Bedeutsamkeit ist daher bei dem Durcharbeiten der Übertragungsneurose ein nicht zu unterschätzender Wirkfaktor, ohne den schwierige Veränderungsprozesse bei gleichwertiger Beziehungsgestaltung kaum gelingen können. Dafür sprechen zwei Fakten: einerseits führt die Erfahrung von erlebter wechselseitiger Bedeutsamkeit zu

einer Veränderung der inneren Objektwelt in der unbewussten Erinnerungsspeicherung: „sowohl ich bin bedeutsam für den Anderen, wie auch der Andere für mich“. Diese Erfahrung mag hilfreich sein für neue, zukünftige Beziehungswagnisse. Zweitens ist die Erfahrung der Bedeutsamkeit des Anderen für den Patienten immer auch ein Gewinn an eigener Beziehungsqualität: der für mich bedeutsame Andere lässt erkennen, dass ich das Getrenntsein nicht nur aushalten kann, sondern dass gerade dieses Trennungserlebnis auch ein Gewinn für mich sein kann. Auch wenn dieser Gewinn beinhaltet, dass alte Sicherheiten, alte Bedeutungsgebung und eingefahrene Muster loszulassen und aufzugeben sind.

Gerade in Behandlungen von Patienten mit schweren Über-Ich Rigiditäten, mit ubw absoluten Selbst- und Fremdentwertungen ist der Aufbau von Bedeutsamkeit des Anderen einerseits unverzichtbar, andererseits oft der schwierigste Teil der Behandlung, der enorme Aushaltebereitschaft, Geduld, Nachsicht, aber auch getrennte Deutungskraft, getrenntes, autonomes Selbstsein vom Behandler erfordert.

Allen Machbarkeitswünschen widersprechend kann die Erfahrung von wechselseitiger Bedeutsamkeit weder aktiv herbeigeführt oder gar erzwungen werden, es ist kein gezielt herstellbarer Prozess sondern „es“ entwickelt sich vorrangig passiv durch Hingabeprozesse in Folge von aufgebautem Vertrauen.

Die Erfahrung der wechselseitigen Bedeutsamkeit und der Wechsel von der Übertragungsfizierung zur Erfahrung des Anderen als einem bedeutsamen Gegenüber ist weitgehend ein Prozess des passiven Findens und des Gefunden-Werdens.

Bedeutsam am Patienten ist für den Behandler in der psychoanalytisch begründeten Therapie vorrangig das Subjekthafte des Patienten. Das subjektive Leiden des Patienten, sein subjektives Begehren, das prinzipielle individuelle Anderssein und seine biographische Entwicklung im Sinne von Lévinas macht das zentrale Element der Bedeutsamkeit aus. Die Anerkennung der individuellen Subjekthaftigkeit des Patienten durch den Behandler bildet den Entwicklungskern zum Aufbau seines eigenen Bedeutsamkeitserlebens. Aufgrund der wechselseitigen Bedeutsamkeit kann gleichberechtigte Gemeinsamkeit entstehen.

Die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Bedeutsamkeit bedürfen daher vieler Komponenten von beiden Beteiligten, die sowohl als Unterstützung, aber auch als Bedrohung erlebt werden. Unter dem Aspekt der Kompetenz sollen hier einige Fähig- und Fertigkeiten des Behandlers angeführt werden:

- Interesse und Bereitschaft an der Einfühlung in das seelische Innenleben des Patienten
- Streben nach hilfreicher Behandlung und Vermeidung von Selbst- und Fremdschädigung
- Streben nach Wahrhaftigkeit, nach bestmöglicher, begrenzter Aufrichtigkeit und Verlässlichkeit unter Anerkennung der zu erwartenden Irritationen in Umwandlungsphasen
- Achtsamkeit, Mitgefühl und die Bereitschaft, sich auf schwierige Situationen einzulassen und sie durcharbeiten zu wollen
- Erkennbares Bemühen um die Toleranz der ambivalenten Dualitäten im therapeutischen Arbeitsbündnis wie Autonomie und Beziehungsfähigkeit, Anerkennung des Anderen und Selbstbehauptung, helfen wollen und Allein lassen können, sich mit bemühen und eigene Bemühungen unterlassen, teilnehmendes Mitgefühl und klare aufdeckende Konfrontationen
- Verzicht auf eigenen Gewinn zu Lasten des Patienten

- Anerkennung der Unterschiede, der Ungleichheit, des Machtgefälles und der unterschiedlichen Abhängigkeiten sowie der Gleichwertigkeit und Gemeinsamkeit im Prozess
- Nutzung der eigenen Kenntnisse, Klugheit und Vernunft zur Förderung der Realitätserkennung, der Realitätsgestaltung und –bewältigung. Die Entscheidung über die Annahme dieser Angebote liegt beim Patienten
- Fähigkeit durch Argumente, Einsicht, Wahrhaftigkeit, Schlüssigkeit und das Aufzeigen von Widersprüchen, Konflikten und Unverträglichkeiten Veränderungen durch Einsicht zu ermöglichen, ohne direkt auf Methoden der Suggestion oder Machtausübung (auch im „guten“ Sinne) zurückzugreifen.

Der Begriff des Aufbaus von wechselseitiger Bedeutsamkeit kann dann als intersubjektivität verstanden werden, wenn sowohl durch den Verzicht auf Zwang, Macht oder Gewalt die damit verbundene Unter- und Überhöhung im therapeutischen Arbeitsbündnis bewusster reflektiert werden kann, wenn auch die Ansprüche und Sehnsüchte nach Bewunderung und Besonderung angesprochen und reflektiert werden können. Es geht dabei nicht um die illusorische endgültige Überwindung dieser, die wechselseitige Bedeutsamkeit bedrohenden Aspekte, sondern gerade um deren bewusste Reflektion und Anerkennung.

Die Beendigung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, das am Ende von wechselseitiger Bedeutsamkeit mitgestaltet wurde, ist entsprechend schwierig und bedarf entsprechender Zeiträume. Hier hilft der Aufbau von Trauer-, Schmerz- und Verlusttoleranz: gerade die gut verlaufenen Behandlungen brauchen zu ihrer Auflösung das, was im Prozess erst entstand: die Hoffnung auf eine eigene, andere äußere Welt, in der die begründete Perspektive neuer wechselseitig bedeutsamer Beziehungen freudig aufleuchtet. Es gibt immer dann ein lebenswertes Leben auch nach der natürlichen Erfahrung vom Ende von guten Bedeutsamkeiten, wenn der Transfer der Bedeutsamkeit auf andere Beziehungen gelingt. So ist die Fähigkeit zum Aufbau von wechselseitigen Bedeutsamkeiten Teil der Entwicklung eigener Beziehungs- und Liebesfähigkeit. Sie ist die notwendige Voraussetzung für Begegnungsfähigkeit im Buberschen Sinne und damit Teil eines vermutlich mächtigen Präventions- und Gesundheitsfaktors.

6.2. Konzentration auf ein patientenbezogenes und patientenspezifisches Beziehungsgeschehen

Die psychoanalytisch begründete Arbeit basiert auf dem Erleben des Patienten, seinen Erfahrungen und Bedeutungsgebung. Das therapeutische Beziehungsgeschehen ist kein Selbstzweck, es greift die Beziehungsgestaltung des Patienten als Arbeitsgrundlage auf und ist davon abhängig (s. Deneke 2001). Patientenbezogenheit bedeutet, dass sowohl die unverwechselbare Innenwelt des Patienten, seine Gedanken, Ängste, Wünsche, Phantasien usw., wie auch seine äußere Lebensrealität, seine Arbeitssituation, die sozialen und finanziellen Realitäten das Material für die therapeutische Bearbeitung der seelischen Erkrankung darstellen. Unter der Fokussierung auf den Patienten im therapeutischen Beziehungsgefüge kann es durch das Interesse des Behandlers an den persönlichen Eigenheiten, aber auch an den objektiven Realitäten des Patienten gelingen, dass dieser sich zunehmend umfassender erkennen kann. Das Interesse des Behandlers, die Welt wiederholt mit den Augen des Patienten zu betrachten, dessen innere Sinn- und Bedeutungsgebung verstehen zu wollen, ist nötig, um dem Patienten das notwendige Maß an Sicherheit und Geborgenheit anzubieten.

Zum patientenspezifischen Vorgehen gehört die zunächst schweigende Anerkennung der für den Behandler im Beziehungsgeschehen schon oft früh spürbaren unbewussten Abwehr- und Überwindungsvorgänge und der selbst- und fremdschädigenden Anteile.

Ein patientenspezifisches Vorgehen bedeutet, dass der Behandler sowohl unterschiedliche Phasen im Prozess berücksichtigt, ebenso wie auch unterschiedliche Entwicklungsstufen, die im Verlauf zeitlich nacheinander aufgebaut und durchgearbeitet werden müssen. Zudem muss er sich bemühen, eine flexible Passungskompetenz zu entwickeln, um je patientenspezifische Interventionen mit dem Ziel der Verarbeitungsoptimierung erbringen zu können.

Vor allem dann, wenn der Behandler als ein Gegenüber für den Patienten erlebbar wird, das sowohl Interesse an den Inhalten und der Art des Gesagten, wie auch das Bemühen um inneres Verstehen und letztlich auch um Anerkennung des Gesagten beim Patienten spürbar werden lässt, dann kann es in der Folge zum Aufbau von Interesse, Verständnis- und Anerkennungsbemühungen beim Patienten an sich selbst kommen, auch wenn die unbewusste Abwehr gegen und Überwindung von eigenen Impulsen damit nicht allein aufzulösen ist.

Die Konzentration auf das von dem Patienten angebotene Material ist Voraussetzung für den Aufbau einer patientenorientierten Beziehung. Das patientenspezifische Vorgehen soll ein bestmögliches Angebot ermöglichen, von dem der Patient zu profitieren vermag. Das ist deshalb wichtig, weil nur unter guten Bedingungen die gewünschten seelischen Veränderungen möglich werden; auch der Patient kann nicht allein mit seinem Willen oder einem anderen „Werkzeug“ die innere Veränderung direkt bewirken.

Nur durch ein zu ihm passendes Zur - Verfügung - Stellen von therapeutischen Interventionen im Rahmen eines therapeutischen Arbeitsbündnisses kann der Patient die Gelegenheit nutzen, um seine Erkrankung zu mildern, zu heilen oder um eine Verschlimmerung zu verhindern.

Die jeweiligen konkreten Interventionen erfordern Passungsbemühungen auf mehreren Ebenen:

- Interventionen sollen zum konkreten, aktuellen Thema und zum Erleben des Patienten passen,
- die Passungsbemühungen sollen sich auf die spezifischeren Strukturanteile und ihre gegenwärtige Beschaffenheit beziehen: so z.B. zur Gewissens-, Gedächtnis-, Trieb- oder Motivations-, Wahrnehmungs-, Körperspür-, Affekt- und Mentalen Struktur des Patienten,
- eine Passung zur gegenwärtigen intrapsychischen Konfliktlage, zur aktuellen Abwehr- oder Widerstandskonstellation und zum Verarbeitungspotential erscheint hilfreich,
- die Passung zur Therapiephase und zur sozialen Realität des Patienten soll bedacht werden,
- die Passungsbemühungen umfassen den Versuch, eine Abstimmung auf eine gemeinsame Beziehungsform und einen gemeinsamen Behandlungsraum herbeizuführen.

Zwar gibt es eine Notwendigkeit der Passungsbereitschaft von beiden am Prozess beteiligten Personen, die Qualität der Passungsangebote stellt allerdings verantwortlich der Behandler sicher.

Alle Passungsbemühungen haben ein Ziel: sie sollen die bewusste und unbewusste Aufnahme, Verarbeitung oder Integration der Intervention durch den Patienten erleichtern, anstoßen oder dazu beitragen.

Die unbewussten Ressourcen (zentral das schöpferische oder dynamische Unbewusste) des Patienten soll dadurch intuitiv zur Entfaltung angeregt und nicht beeinträchtigt werden.

Passung bedeutet nicht Übereinstimmung oder ungetrennte Gemeinschaft, der Passungsvorgang selbst verweist auf die Notwendigkeit einer Hilfestellung beim Übergang der unterschiedlichen oder oftmals kontroversen Sichtweisen oder Bedeutungsgebungen zwischen Patient und Therapeut.

Die bewusste Bearbeitung des aufgetauchten Unbewussten kann oft nicht direkt in Abwägung mit den Verarbeitungsmöglichkeiten des Patienten erfolgen, hier sind kleine Entgleisungen auch als notwendig-hilfreiche Übungsfelder für die Toleranzentwicklung einer intersubjektiven Beziehungsgestaltung unvermeidbar.

Erst die fortschreitende, nicht linear verlaufende Entwicklung einer benignen Regression lockert die alte Struktur bzw. lockert die alten Konfliktbewältigungsversuche auf. Das Wachsen des gemeinsamen und auch getrennten Verständnisses der rekonstruierten Entstehungsbedingungen und entsprechenden Phantasien und der Veränderungsmöglichkeiten verstärkt das Arbeitsbündnis und gefährdet es fortlaufend durch die Passungsbemühungen. Dazu sind zeitweilige Destabilisierungen, auch mit Verschlechterungen im Zustandsbild des Patienten nicht nur unverzichtbar, sondern auch therapeutisch notwendig. Gerade in diesen Phasen ist die Passungskompetenz bedeutsam.

Nach der empirischen Erfassung der spezifischen Wirkfaktoren durch Wampold fasst Kahl-Popp folgendermaßen zusammen: „Zur Fähigkeit des Psychotherapeuten, ein psychotherapeutisches Arbeitsbündnis zu begründen und aufrechtzuerhalten, gehört, projektiven Druck und Agieren, eigene negative Affekte und die des Patienten im Sinne von „containment“ auszuhalten, emotional und mental zu transformieren und das Ergebnis dem Patienten in Form einer Intervention anzubieten“ (Kahl-Popp 2004 S. 408).

Will zitiert in seiner Arbeit zur psychoanalytischen Kompetenz Tuckett (2005). Dieser hat drei so genannte Rahmenbedingungen konzipiert: den teilnehmend-beobachtenden Rahmen, den konzeptuellen Rahmen des Behandlers und den Interventionsrahmen, in dem geklärt werden soll, wie das Unbewusste angesprochen werden kann und wie es hilfreich vermittelt werden kann. Will fasst es treffend als Wahrnehmen, Nachdenken, Sprechen zusammen. In einer genaueren Analyse nach langjähriger Diskussion mit seinen Kolleginnen aus der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie in München nimmt er zur Beschreibung der Kompetenz des Analytikers folgende sechs Differenzierungen vor:

- „1. die Fähigkeit zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit und Zurückhaltung,
2. die Fähigkeit, mit der Gegenübertragung zu arbeiten,
3. die Fähigkeit zur psychoanalytischen Interaktion und Intersubjektivität,
4. die Fähigkeit, eine als hilfreich erlebte Beziehung herzustellen,
5. die Fähigkeit, mit Angst, Spannungen und Konflikten umzugehen, sowie
6. die Fähigkeit, den Patienten psychischen Raum und Entwicklungsfreiheit zu geben und sie nicht durch eigene Bedürfnisse oder Unzulänglichkeiten einzuschränken (Will 2006 S. 199).

In dem hier vorgestellten Modell werden diese Sichtweisen, die ebenfalls nur exemplarisch für viele weitere Autoren benannt sind, aufgegriffen. Der Begriff des sich Aussetzens wurde aus dem Sprachverständnis von Lévinas übernommen, hier wird die Passivität des sich Aussetzens mehr akzentuiert als mit dem Begriff der frei- oder gleichschwebenden Aufmerksamkeit, von der ja in den wichtigen therapeutischen Krisen eher weniger ausgegangen werden kann.

Neben dem Bemühen zum Aufbau von wechselseitiger Bedeutsamkeit bilden die Anstrengungen zur Gestaltung eines anerkennenden und spezifischen Bezogenseins auf den individuellen Patienten mit seiner inneren Welt, Gefühlen, Wünschen und Begehren, Motiven und Ängsten daher den zwar noch allgemeinen, aber notwendigen Wirkfaktor in der Beziehungsgestaltung. Träume können deshalb in der Behandlung sowohl als Initial- wie auch als Verlaufs- und Beziehungsindikatoren erhebliche Bedeutung und Wirkkraft entfalten.

Zwei Anmerkungen sind hier wichtig: Sowohl der Aufbau der wechselseitigen Bedeutsamkeit wie auch die anerkennende und spezifische Patientenbezogenheit werden wegen ihrer grundlegenden Bedeutung oft zunächst unbewusst, später im Verlauf auch zunehmend bewusster, geradezu systematisch vom Patienten mit bestimmten Erkrankungen angegriffen, in Frage gestellt, geprüft oder gar zu zerstören versucht. Die beiden Kompetenzfaktoren sind also nie als dauerhaft gesichert zu betrachten, sie sind immer wieder neu aufzubauen oder aufrecht zu erhalten; die Angriffe darauf durchzuarbeiten. Zweitens sind diese beiden Kompetenzfaktoren trotz ihrer erheblichen Bedeutung für den guten Behandlungsverlauf allein noch nicht ausreichend, sondern eher als Basisvoraussetzungen zu verstehen.

Ohne das Durcharbeiten der unbewussten Funktionen der Abwehr und Überwindung, ohne die ebenfalls anerkennende Bearbeitung des Abgewehrten ist keine nachhaltige Wirksamkeit möglich.

Wenn man die stützenden und haltgebenden Kompetenzfaktoren überschätzt, dann entstehen u. U. schwerwiegende Folgen, wenn die weiteren Behandlungsschritte nicht erfolgen und der Patient dadurch in Gefahr gerät, „gestützt und gehalten“ unversorgt zu bleiben.

Die Patientenorientierung führt mittels bewusster und unbewusster reentranter Rückmeldungsschleifen zur Bearbeitung und Veränderung der Erkrankung.

Vom Verständnis der Individualpsychologie als der Lehre von der Unteilbarkeit der Seele führt der Weg über das systemische Verstehen hin zum Strukturverständnis der heutigen Phänomenologie und zu den aktuellen Neurowissenschaften. Edelman und Tononi gewichten den Begriff des Reentry: „Ja, wenn man uns aufforderte, einen Schritt über das hinaus zu gehen, was man einfach als besonders bezeichnen kann, und das einzigartige Merkmal höherer Gehirne zu benennen, würden wir ohne zu zögern << Reentry >> antworten. Kein anderes Objekt im Universum zeichnet sich durch eine so vollständige Vernetzung über reentrante Schaltkreise aus wie das menschliche Gehirn“ (Edelman und Tononi 2004 S. 72/73).

Den dynamischen Prozess des Reentry beschreiben sie als massive Parallelschaltung, die mit einem Selektionsvorgang verbunden ist. Durch eine unzählbare Parallelschaltung von sich wechselseitig informierenden Nervenzellen (Ansernet und Magistretti (2005) sprechen von 100 Milliarden Nervenzellen im menschlichen Gehirn, die mit bis zu 10000 Synapsen miteinander verbunden sein können) und Gehirnarealen gelingt einerseits die permanente räumliche und zeitliche Koordination durch den unablässigen rekursiven Austausch, andererseits gelingt dadurch die Kategorisierung, die Selektion und die Entscheidungsfähigkeit.

Neben der ungeheuren Geschwindigkeit und den vielkanaligen Informationswegen betonen sie einen hier bedeutsam erscheinenden Aspekt. Reentrante Information besteht nach Edelman und Tononi darin, dass mit der Weiterabgabe der Information die abgebende Struktur sich bereits unmittelbar verändert. Die Abgabe einer Information und die unbewusste Antizipation der Folgen führen bereits zu einer Strukturveränderung. Die aufnehmende Struktur wird im

Moment der Informationsaufnahme ebenfalls verändert, die Rückmeldung stammt also aus der bereits veränderten Struktur, die sich ebenfalls durch die Informationsabgabe erneut verändert.

Die Bedeutung dieser auf der Ebene des Informationsaustausches zwischen Nervenzellen gesicherten Veränderungen der Strukturen während eines jeden Informationsvorganges ist für die psychoanalytische Behandlung noch nicht absehbar: Zwar sind Informationsabläufe im Gehirn etwas völlig anderes als interpersonelle oder intersubjektive Interaktionen, aber das auf der Mikroebene zu untersuchende Phänomen betrifft dennoch die Schnelligkeit und das Ausmaß der Strukturveränderung der beiden am therapeutischen Prozess beteiligten Personen. Das sich aussetzen und die Wahrnehmung des sich Ausgesetzthabens verändert den Behandler wie den Patienten, die Reaktion des Patienten verändert diesen und den Behandler. Der Behandler wiederum ist nach einer deutenden Intervention ein anderer als vorher, ebenso wie der Patient. Die Veränderungen auf der Mikroebene der Strukturen geschieht umgehend, die Frage der Stabilisierung von bewusst wahrgenommenen Veränderungen, das Ausmaß der Stabilisierungen und der Bedingungen für die Veränderungen sind auch in absehbarer Zukunft kaum abschließend zu beantworten.

Aus diesen Spekulationen bleibt folgendes jedoch über: Reentranter Informationsaustausch bedeutet zwischenmenschlich die unbewusste zeitgleiche Parallelisierung unterschiedlicher Informationsquellen und zugleich das mögliche Wahrnehmen von diskrepanten Informationen: Aus der Vielfalt der parallelen Informationen wird intuitiv eine Selektion, eine Entscheidung möglich: eine konkrete Figur entsteht vor einem extrem komplexen Hintergrund.

Zugleich verändern diese Prozesse auf einer Mikroebene unbewusst beide Strukturen unmittelbar, vermutlich schafft die Menge und die Intensität dieser unzählig vielen Informationen aus den unterschiedlichsten Informationsquellen die Basis für bewusstseinsfähige Unterscheidungen in der Struktur des Behandlers und des Patienten.

Insofern ist die zeitliche Aufteilung jeder Behandlung in bedeutsame Episoden, in denen bestimmte bewusste und unbewusste Prozesse oder Funktionen bearbeitet werden, noch ein sehr grobes zeitliches Raster.

Die Qualität eines therapeutischen Arbeitsbündnisses wird vermutlich aus diesen Mikrovorgängen gebildet, die erst in der Summe oder bei entsprechender Intensität wirksam werden, oder eben auch nicht.

Eine derartige Komplexität ist mit bewusster Zielsetzung oder einfachen Lernvorgängen allein nicht zu erfassen.

Gemäß den psychoanalytischen Behandlungskonzepten geschieht dieser Gesundungsprozess nur im unbewussten Wechselspiel zwischen alter Struktur und altem Konfliktmuster des Patienten in dem Austausch mit dem Erleben, den Vorstellungen, der Haltung und den Interventionen des Behandlers. Die Entwicklung geschieht in kontinuierlichen, aber unbewussten Annäherungs- und Vermeidungsbewegungen, zwischen Abwehr und Widerstand gegen die Gesundung und der Suche danach. Dabei verläuft der auch ängstigende Aufbau eines Sicherheitserlebens in der therapeutischen Beziehung (für beide Beteiligten) durchaus nicht linear sondern wechselhaft. Oft wird erst nach einer durchstandenen Krise eine weitere Vertiefung in einer darauf folgenden Phase möglich.

Die Fragen der Angsttoleranz, der Scham- und Schuldangsttoleranz und weiterer bedrohlicher Gefühle (Neid, Hass, Gier, Rivalität, Machtlust, Ekel usw.) bezüglich ihres Auftauchens in

der Beziehung sind von größerer Bedeutung. Zur Bearbeitung der intrapsychischen Prozesse sind das Auftauchen von Träumen und die Traumdeutung von Bedeutung. Der Aufbau eines subjektiv, biographischen Verständnisses gelingt nur in einer vertrauensvollen und Sicherheit gebenden und getrennten Beziehung, in der weder die Abhängigkeit ausgenutzt oder missbraucht werden darf, noch die trennenden Autonomieimpulse bestraft oder bedroht werden dürfen. Die biographische Bearbeitung, die Entwicklung eines Verständnisses der unbewussten Psychodynamik geschieht nicht willentlich oder bewusst planbar, sondern sie vollzieht sich implizit durch das Auftauchen des Verdrängten und die Wahrnehmung des Auftauchten auf den unterschiedlichsten Substrukturen, sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten.

Wenn dann tatsächlich eine „gute“ Verarbeitung erfolgen konnte, ist eine umgehende Rückmeldungsschleife hilfreich und sinnvoll, in dem die dann erreichte Milderung der Selbst- und Fremdschädigung unmittelbar im therapeutischen Bündnis überprüft werden kann, in dem die wachsende Selbstregulation, die Konfliktfähigkeit, die Übernahme der Selbstverantwortung und der Entscheidungskraft wieder geprüft und bestenfalls stabilisiert werden kann.

6.3. Verständnis der Abwehr, der Überwindung und des Abgewehrten im unbewussten Wirkzusammenhang

Patienten müssen nach den gesetzlichen Vorgaben die notwendige Behandlung erhalten, die Behandlung muss ausreichend sein, aber sowohl aus humanen, wie auch aus wirtschaftlichen Gründen muss die Behandlung sowohl auf das Notwendige, wie auf das Wirtschaftliche begrenzt werden. Zudem muss die Behandlung zweckmäßig sein.

Aus diesen Bedingungen lassen sich weitere Kompetenzfaktoren ableiten: der Behandler muss erkennen und bestimmen können, was notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

Zum psychoanalytischen Basisverständnis gehört die Anerkennung der Wichtigkeit von unbewussten seelischen Prozessen, die sowohl für die Entstehung der Erkrankungen, aber auch für deren Milderung oder Heilung verantwortlich sind. Nun entzieht sich das Unbewusste weitgehend einer direkt beobachtbaren Zugangsweise, allerdings sind die Existenz und die Bedeutung unbewusster Prozesse sowohl indirekt durch die psychoanalytische Fachkunde, aber auch direkt durch die klinischen Ergebnisse mittels empirischer Studien, sowie durch die Grundlagenforschung zum menschlichen Gehirn nicht mehr in Frage zu stellen.

Die unaufhörliche Aufgabe des Gehirns besteht neben vielen anderen darin, eine möglichst gute, das heißt, eine das Überleben sichernde Anpassungs- und Verarbeitungsfunktion zu erfüllen. Die dazu erforderliche seelische Struktur lässt sich konzeptuell in mehrere Substrukturen unterteilen: Affekte, Motivationen und Triebe, Gedächtnis, Gewissen, Körperspüren, Wahrnehmung und mentale Substruktur sind zentrale Anteile der Gesamtstruktur, zu jeder dieser Substrukturen liegen unzählige Entwicklungskonzepte, Falldarstellungen und konzeptuelle Überlegungen aus unterschiedlichen Richtungen der Psychoanalyse vor. Durch das zeitlich schnelle, unaufhörliche und unteilbare Zusammenwirken dieser Substrukturen ohne unmittelbare Bewusstheit in konkreten Beziehungssituationen entstehen unter guten Umständen die Fähigkeiten zur Selbstregulation, zur Sinngenerierung, zur Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit. Die seelische Struktur gewährleistet die Bewältigung menschlicher Lebensaufgaben, in denen in sich konfliktthafte Gegensätze zu vereinbaren sind.

Auf diesem Verständnis von Gesundheit basiert das Krankheitsverständnis: Einerseits können die Gesamtstruktur der Person oder die Substrukturen durch defizitäre Entwicklungsbedingungen, durch Traumatisierungen oder durch ungelöste Konflikte so beeinträchtigt sein, dass sie ihre Funktionen und damit die zur Lebensbewältigung notwendigen Konfliktlösungsmuster nicht erfüllen bzw. nutzen können. Andererseits gehört es zu den unbewussten Funktionen des Gehirns, dass sowohl die intrapsychischen wie auch die interpersonellen gespürten Unerträglichkeiten, die vor allem in den vulnerablen und noch unreifen Regulationsfähigkeiten im Laufe der ersten Lebensjahre erlebt werden, in doppelter Hinsicht unbewusst, d.h. vom bewussten Erleben ausgeschlossen werden: Einerseits wird das Unerträgliche abgewehrt, es soll unbewusst verschwinden, die Vergangenheit soll nicht mehr existieren, dadurch soll die verlorengegangene Kontrolle wiedererlangt werden. Andererseits gibt es ein unbewusstes Streben danach, durch Überwindungsversuche, die in die Zukunft gerichtet sind, dafür zu sorgen, dass eine absolute und endgültige Überwindung des unbewussten Unerträglichen durch das Erreichen von über hohen Fiktionen gesichert werden soll.

Es gibt mehrere Zugangsperspektiven zu dem dynamischen oder schöpferischen Unbewussten des Menschen: Einerseits lassen sich unbewusste Abwehrvorgänge und unbewusste Überwindungsversuche als Sicherheitsbemühungen erfassen und behandeln. Andererseits lassen sich aber die grundlegenden unterschiedlichen Notlagen, Unerträglichkeiten, Erinnerungen aber auch Phantasien aus der Vergangenheit als das abgewehrte Unbewusste beschreiben. Diese hier zur Unterscheidung vorgenommene eindeutige Trennung entspricht nicht der Realität, sie ist jedoch aus didaktischen Gründen sinnvoll. Vermutlich ist bei jeder grundlegenden Notlage immer auch eine wenn auch rudimentäre Verarbeitung; also Abwehr und/oder Überwindung am Verarbeitungsprozess beteiligt, da die Seele nie allein passiv aufnehmend ist, sondern alle Gehirnvorgänge immer auf komplexen und reentranten Anpassungsvorgängen beruhen. Zur Übersicht soll in Abbildung 1 der Zusammenhang verdeutlicht werden.

Der untrennbare Zusammenhang zwischen dem Abgewehrten und der Abwehr und Überwindung ist bei allen seelischen Erkrankungen zu bedenken; auch bei Traumatisierungen, die im späteren Lebensalter erlitten werden, oder bei scheinbar einfachen Lernzusammenhängen findet sich in der unbewussten Verarbeitung des Patienten immer auch eine Abwehr- und Überwindungsstruktur.

Die Forderung nach ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Behandlung in den Therapien wird nur dann durch unterschiedliche Behandlungsansätze erfüllt, wenn sie die verschiedenen Abwehr- und Überwindungsintensitäten berücksichtigt. Die Abwehr- und Überwindungsprozesse bestehen aus fixierten, gleich bleibenden und wiederholten Sinn – und Bedeutungsgenerierungen der Vergangenheit und entsprechen dem Entwicklungsstand ihrer Entstehungszeit. Das unbewusste Festhalten an diesem Erleben und dieser Sinngebung verspricht Kohärenz und bekannte Stabilität, allerdings zu dem Preis, dass neue oder veränderte Herausforderungen nicht angemessen, sondern unbewusst selbst- und fremdschädigend beantwortet werden.

Bei jeder Behandlung ist die Bedeutung des Abgewehrten, die Intensität und Rigidität, aber auch die Komplexität und Konfliktrichtigkeit der Abwehr- und Überwindungsstrukturen zwingend für die Auswahl des geeigneten Verfahrens zu untersuchen. Es ist zu bedenken, wie intensiv die Abwehr- und Überwindungsanalyse durchzuführen ist, welche Umstände, welche Kontingente und Zeiträume nötig sind, wenn die spezifischen abgewehrten Notlagen einer

bewussten Verarbeitung zugeführt werden sollen. Dazu spielt die Frage der notwendigen Regressionstiefe eine entscheidende Rolle: Zum Durcharbeiten der seelischen Struktur sind bei jedem einzelnen Patienten die folgenden Aspekte von grundlegender Bedeutung:

- Die Art, Intensität, Rigidität, Absolutheit usw. der Abwehr, der Überwindung und des Abgewehrten
- Das Verarbeitungs- und Integrationspotential und die Grenzen des Patienten
- Die Ausgestaltung vorrangig der mentalen, emotionalen und motivationalen Substrukturen
- Die Art, Dauer und Intensität des subjektiven Leidens und dessen Funktionen
- Das Ausmaß der ubw Selbst- und Fremdschädigung und des ubw Wiederholungszwanges
- Der zur Umstrukturierung notwendige Umfang der regressiven Destabilisierung
- Die Chancen und Risiken bei Regressionstiefe, Labilisierung und Destabilisierung
- Zudem muss bei jedem Patienten immer mitgedacht werden, welche Auswirkungen die Entscheidung für ein bestimmtes analytisches Vorgehen und die Indikationsstellung auf das aktuelle Erleben des Patienten haben werden. Zu berücksichtigen sind hier vor allem die aktuelle Lebensphase, das Alter, der Familienstand sowie die berufliche Konstellation.

Unbewusste Dynamik im Not – Abwehr - Überwindungskomplex

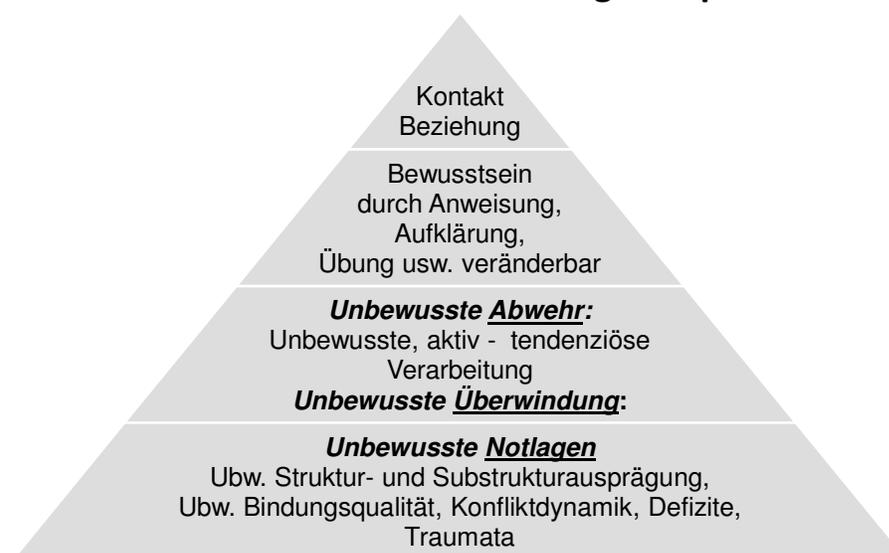


Abb. 3 Not-Abwehr-Überwindungskomplex

An dieser Komplexität wird einsichtig, dass die Fähigkeit zum Verständnis des Not-Abwehr-Überwindungskomplexes (der Begriff „Not-Abwehr Komplex“ stammt von Tenbrink 2006) ein wesentliches Kompetenzmerkmal darstellt.

6.4. Gestaltung notwendiger Beziehungsformen (Übertragung, Gegenübertragung usw.) und Behandlungsräume in unterschiedlichen Therapiephasen

Es gibt mehrere Annäherungen und Methoden zum Erkennen, Erfahren und Bearbeiten des Unbewussten. Der Zugang ist über viele Wege möglich. Intrapsychische Phänomene wie die

Träume, Phantasien, die freie Assoziation, die Fehlleistungen bieten ebensolche Zugangsmöglichkeiten wie die Symptome, die Sprache, die Metaphern und andere Zugangswege. Interpersonell zeigen sich Zugänge zum Unbewussten durch viele Beziehungsaspekte unmittelbar im Erleben beim jeweiligen Gegenüber, weil sich das Unbewusste beider Beteiligten bei der Gestaltung der Beziehungen in der Übertragung realisiert.

Die Beziehungsaspekte sind einerseits von der Struktur des Patienten bestimmt, andererseits gibt es die verschiedenen Therapiephasen, in denen spezifische Beziehungsaspekte eine besondere Beachtung erfordern.

Mit der Formulierung der Heidelberger Umstrukturierungsskala haben Rudolf et al. ein empirisch überprüftes Modell mit sieben Therapiephasen vorgelegt (Rudolf et al. 2000).

Die Beurteilung der unterschiedlichen, aufeinander aufbauenden Phasen müssen im Verlauf auch bezüglich der Beziehungsformen wiederholt reflektiert werden, da ein Überspringen einzelner Phasen, ein Feststecken in einer Phase oder ein sehr schnelles Durchlaufen immer auch als unbewusste Abwehr- oder Überwindungsgeschehen bedacht werden sollte.

Die vielen Ansätze zur Analyse und Differenzierung von verschiedenen Beziehungsformen gehören zu den großen Schätzen der Psychoanalyse.

Auch die empirisch gewonnenen Erkenntnisse aus der Säuglings- und Bindungsforschung haben zur Vertiefung der Kenntnisse des Bindungs- und Beziehungsgeschehens beigetragen. Die Fragen des therapeutischen Arbeitsbündnisses zwischen Realbeziehung und unterschiedlichen Rollenzuschreibungen im therapeutischen Feld werden in vielen psychotherapeutischen Verfahren bedacht. Diese Beziehungsformen werden auch in den analytisch begründeten Verfahren genutzt, allerdings wird hier denjenigen Beziehungsformen, die unmittelbar vom Unbewussten geprägt werden, eine besondere Aufmerksamkeit und Bedeutung zugewiesen. Sowohl die Entwicklung der Übertragung wie die der Gegenübertragung, aber auch Beziehungsprozesse, wie die Projektive Identifikation und das Enactment eröffnen Zugänge auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen zum Unbewussten. Allerdings sind diese Zugänge nie objektiv, nie unvermittelt oder gar unmittelbar, sondern sie sind untrennbar in das unbewusste aktuelle tendenziöse Beziehungsgeschehen eingebunden. Es gibt keinen Zugang zum Unbewussten ohne gleichzeitige Aktivität des Unbewussten.

So wird die schwierige und unauflösbare Ambivalenz erkennbar: die Beziehungsformen sind Basis für viele Zugänge zum Unbewussten, zeitgleich wird das Unbewusste durch die unterschiedlichen Beziehungsformen passiv mobilisiert oder es initiiert aktiv selbst. Die Aktivität des Unbewussten umfasst auch den unbewussten Widerstand, den es gegen das Bewusstwerden der Abwehr, der Überwindung und des Abgewehrten gibt. Die Formen des Widerstandes sind sowohl von den Vorerfahrungen des Patienten, wie von der Beziehungsgestaltung des Behandlers abhängig.

Ich möchte auf die erheblichen Schwierigkeiten hinweisen, die auftauchen können, weil sowohl der Patient als auch der Behandler in einer Therapie eigene Übertragungsanteile einbringen. Beide, Patient wie Behandler, erleben Gegenübertragungsphänomene, die von den Übertragungsanteilen des Gegenübers ausgelöst werden und sowohl der Behandler wie der Patient wird unbewussten Widerstand gegen die Aufarbeitung des Unbewussten aufbringen und durcharbeiten haben.

Untrennbar und abhängig vom Beziehungsgeschehen lassen sich in Anlehnung an Winnicott's Einführung des Raumbegriffes mehrere interessante Raumvorstellungen für das analytische Vorgehen entwerfen. Die Benennung von Räumen, als Symbol für die Konzentration auf spezifische Prozesse, dient dem Verständnizugang, sie sind eine Betrachtungsmöglichkeit auf der Metaebene und nicht mit der Behandlungsrealität zu verwechseln. Als Raum wird hier eine zeitweilige Fokussierung unterschiedlicher Aussagen, Inhalte oder Mitteilungen des Patienten an den Therapeuten mit dem Ziel der Konzentration auf spezifische Beziehungsphänomene verstanden werden.

In den analytisch begründeten Behandlungen wird davon ausgegangen, dass diese Räume zunächst gemeinsam aufgebaut, eingerichtet und aufrechterhalten werden müssen, auch wenn Widerstandsphänomene, Abwehr und Überwindung dem immer wieder entgegenstehen können. Dieser Aufbau, das Einrichten und Aufrechterhalten, ist ein wesentlicher Teil des Prozesses in der TP wie der AP. Das daran anschließende Arbeiten in diesen Räumen ist erst der zweite Schritt bei der Annäherung und Bearbeitung des Unbewussten.

Unter dem Begriff des Übergangraumes kann in Anlehnung an Winnicott die Konzentration auf die Beziehungs- und Verarbeitungsvorgänge zwischen dem Patienten und dem Therapeuten verstanden werden. Das Ausmaß an Freiheit zur Übernahme oder Ablehnung der Intervention, der Angebotscharakter der Interventionen wird ebenso betrachtet wie die darauf folgende Verarbeitung zwischen Unterwerfung, Ablehnung oder Übernahme der Intervention.

Unter dem Potentiellen Raum lässt sich im Sinne von Ogden (1977) eine Konzentration auf potentiell andere Zugänge, Einfälle, Sinngenerierungen oder andere Ebenen der Verarbeitung verstehen. Hier kann das bisher Ungedachte oder Unausgesprochene gefunden, erfunden oder gesucht werden. Im Potentiellen Raum kann in einem dazu notwendigen atmosphärischen und anregenden Klima neuer Entwicklung des Unbewussten Raum eröffnet werden.

Ähnliches gilt für den Experimentellen Raum, in dem der Fokus nicht auf dem Zulassen, Entdecken oder Entwickeln von neuen Potentialen liegt, sondern auf dem experimentellen Ausprobieren, Erfahrungen sammeln und dem Wagen von neuen Perspektiven. Hier wird das bereits bewusst Gewordene neu erprobt, sowohl im therapeutischen Arbeitsbündnis, wie zum Transfer neuer Erfahrungen in die soziale Realität.

Im Raum der Widerstandsphänomene können diejenigen unbewussten Prozesse und Phänomene erforscht, untersucht und besprochen werden, die vom Patienten gegen die Person oder Interventionen des Behandlers und damit gegen den weiteren Fortgang des therapeutischen Prozesses gerichtet sind.

Die Fokussierung auf den Not - Abwehr - Überwindungskomplex besteht in der Untersuchung und dem Durcharbeiten des Zusammenhangs zwischen den intrapsychischen Abwehrprozessen oder Abwehrmechanismen und den intrapsychischen Versuchen, durch fiktive Überwindungsstrategien dem Abgewehrten entgegen zu können.

6.5. Ermöglichung eines regressiven Prozesses zur Entfaltung der Pathologie unter Nutzung der Hingabe des Behandlers an das auftauchende Unbewusste des Patienten

Die seelische Erkrankung basiert darauf, dass sich den unbewussten, zunächst interpersonellen Konflikten, Defiziten und Traumatisierungen unbewusst intrapsychische, dem jeweiligen Entwicklungsstand angemessene Verarbeitungs- und Verinnerlichungsvorgänge anschließen.

Dem Erfahrenen wird unbewusst eine Bedeutung zugeschrieben, es findet eine unbewusste Sinngenerierung statt. Jede konflikthafte, defizitäre oder traumatisierende Notlage wird mit einer inneren, bereits tendenziös verarbeitende Speicherung und Bedeutungsgebung, wenn auch auf einfachstem Niveau, beantwortet. Unbewusst wird die Art der Antwort vermutlich auf ihre Passung zur aktuellen Beziehungsform hin entwickelt, so entstehen die „passenden“ Prozesse mit dem Ziel der Abwehr oder der Überwindung der Notlagen, die anschließend dann stabilisiert werden, wenn sie ihre Funktion erfüllen..

Diese als Fragmente oder als zusammenhängende Episoden werden an unterschiedlichen Orten im Gehirn gespeichert. Sie wirken unterschiedlich, je nachdem ob sie z.B. bildhaft symbolisiert wurden, sprachlich verarbeitet wurden oder ob sie als implizite, körpernahe Erinnerungen gespeichert wurden. Auf Grund dieser Vorstellung erscheint es zweckmäßig, durch verschiedene Methoden und Annäherungsweisen diese unbewusste seelische Komplexität erfahrbar, besprechbar und einer Veränderung zugänglich zu machen. Ein einfaches Umlernen, eine einfache Orientierung und Förderung der Ressourcen, eine nur stützende oder ermutigende therapeutische Begleitung wird dieser Komplexität nicht gerecht, kann eine grundlegende Behandlung nicht ermöglichen.

Deshalb ist in allen psychoanalytisch begründeten Verfahren eine unterschiedlich intensive regressive Annäherung an die frühen Verarbeitungsvorgänge, an die Entwicklung der Abwehr und Überwindung sowie an das Abgewehrte bei den unterschiedlichen Erkrankungshintergründen angezeigt. Hier zeigt sich erneut eine Vielfalt von methodisch unterschiedlichen Ansätzen, die das Wissen der Psychoanalyse vergrößert haben. Sowohl zur Bearbeitung der Affekte, der Motivationen, der unterschiedlichen Gedächtnisstrukturen, des Gewissens, der mentalen Struktur und der Wahrnehmungs- sowie Körperspürstruktur liegt ein umfangreiches psychoanalytisch begründetes Behandlungsrepertoire vor, dessen patientenspezifische Nutzung wesentliches Kompetenzmerkmal bei der Nutzung des regressiven und progressiven Prozesses darstellt.

Zu diesem Behandlungsansatz gehören zwei Formen von Destabilisierungen, die jeweils zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Krise im therapeutischen Prozess führen können.

Einerseits geht es um eine Lockerung der Abwehr und Überwindung, also um eine Destabilisierung der Bewältigungs- und Sicherungsbemühungen des Patienten.

Andererseits wird die Annäherung an das, als unerträglich erlebte Abgewehrte nun erneut zu einer ähnlichen Notlage führen, zu deren erster Bewältigung die Abwehr und Überwindung gedient haben.

Das Unbewusste eines jeden Menschen versucht eine derartige Destabilisierung, Verunsicherung und Notlage als extreme Bedrohung des Selbst zu verhindern.

Genau dieser Verhinderungsaspekt steht also der Gesundheit und der bewussten Durcharbeitung des Inneren entgegen. Die Abwehr- und Überwindungsbereitschaft wird im Verlauf der Behandlung immer wieder neu mobilisiert, allerdings ist sie durch eine tragfähige therapeutische Beziehung mit den genannten methodischen Ansätzen behandelbar.

Die aufdeckende Bearbeitung der intrapsychischen Abwehr und Überwindung führt ubw zwangsläufig zur Annäherung an das bislang dadurch Abgewehrte. Dieser Prozess ist nur begrenzt steuerbar, die Fokussierung auf die Abwehr und die Überwindung ist bewusstseinsnah möglich, das dann auftauchende oder erneut, dann auf anderem Wege Abgewehrte ist zum Teil nur feinfühlig spürbar, in anderen Fällen kann es zu unterschiedlich intensiven Einbrü-

chen kommen. Auf jeden Fall ist die feinfühligte Beziehungsgestaltung in diesen sensiblen Phasen von elementarer Bedeutung für den weiteren Verlauf der Behandlung.

Die Lockerung der Abwehr und Überwindung basiert patientenspezifisch auf hinreichend guter Beziehungssicherheit, möglicher Anregung, anhaltender Frustration oder indirekter Ermutigung. In der Annäherung an das Abgewehrte werden andere Beziehungsqualitäten vom Therapeuten angefordert, hier geht es um Sicherheit und Stabilität in der Konfrontation mit den bislang abgewehrten Ängsten, den überwältigenden Affekten, den intensivierten Aggressionen, Wünschen und dem auftauchenden Begehren, aber auch um intensive Abhängigkeitswünsche, Schutz vor befürchteten intensiven Verletzbarkeiten oder passiven Wünschen. Auch die Suche nach glaubwürdiger Hoffnung wird in vielen Fällen durch eine stabile Haltung zu beantworten sein.

Das nun auftauchende Material kann sowohl durch Träume, Assoziationen, Phantasien, Gefühle, Motive und Antriebe oder Kindheitserinnerungen, durch körpernahes Erleben aber auch durch veränderte Beziehungsformen spürbar werden. Auch hier gilt es, den individuellen Wegen und Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten zu folgen, sie zu erkennen, zu fördern und sich um die Integration zu bemühen. Die Wirkungen werden vermutlich umso nachhaltiger sein, je intensiver diese Phase emotional oder motivational, also körpernah, erfahren wird.

Der regressive Prozess ist nicht als einfaches therapeutisches Geschehen zu verkennen. Insbesondere die regressive Annäherung an das Abgewehrte geschieht nicht linear oder folgerichtig. Meist bedarf die Regression des Patienten eines vorab das Abgewehrte ahnenden und auch innerlich verarbeitenden Therapeuten. Die Konzepte von Bion, aber auch die vielen Arbeiten zum Enactment und zur projektiven Identifikation verweisen neben den frühen Arbeiten zur Gegenübertragungsanalyse auf die innere seelische Beteiligung des Therapeuten.

Durch die bewusste und unbewusste Hingabe des Behandlers an das unbewusste Geschehen, durch das häufig nicht zu vermeidende Mitleiden, Mit-verunsichert-sein und das Erleben von intensiver Destabilität oder intensiven Gefühlen und Motiven wird die Verarbeitung des Patienten gefördert. Nicht an der Fiktion eines unveränderbar stabilen Wesens des Behandlers soll der Patient genesen, sondern die Veränderung bei schwereren seelischen Erkrankungen gelingt in aller Regel nur nach gemeinsamer neuer Orientierung. Dazu gehört auch, dass der Behandler sich durch die Konfrontation mit dem Unbewussten des Patienten auch selbst verändert. Die Voraussetzung zur Verbesserung beim Patienten ist somit oft die vorher vollzogene Veränderung des Behandlers, sie wird eben durch seine Hingabe möglich.

Anders ausgedrückt lässt sich jedoch auch sagen, dass die Grenzen des Behandlers meist auch die Grenzen der Entwicklung für den Patienten darstellen.

Hier liegen erhebliche Behandlungsrisiken: Das allgemeine Risiko besteht darin, dass aus Zeitgründen, aus wirtschaftlichen Überlegungen und wegen Einflüssen aus anderen psychotherapeutischen Verfahren der aufdeckende Prozess nicht stattfindet, weder geplant noch durchgearbeitet wird. Spezifische Risiken ergeben sich aus der Persönlichkeit des Behandlers dann, wenn er den regressiven Prozess ubw abwehrt oder zu überwinden sucht.

Die Betonung der regressiven Arbeit beinhaltet immer auch eine Gefahr der Mystifizierung, der Idealisierung oder anderer Besonderungsphantasien der Behandler.

Daher kann das entscheidende Kriterium immer nur die externe Überprüfung der Folgen eines regressiven Prozesses sein. Nur wenn eine gewachsene Realitätsbewältigung sowohl im the-

rapeutischen Rahmen wie in der sozialen Realität des Patienten zu finden ist, wenn strukturelle Verbesserungen durch veränderte Selbst- und Beziehungsregulation nachgewiesen werden können, dann wird die umfassendere regressive Arbeit in der analytischen Therapie als begründet zu bewerten sein. Die eingeschränkt notwendige Regression in einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann erst durch Nachweise einer durchlässigeren Abwehr, durch mehr Flexibilität, Toleranz und verbesserte Konfliktfähigkeit des Patienten ihre Berechtigung nachweisen. Diese Veränderungen, ich habe in der Übersicht acht Wirksamkeitsnachweise aufgezeigt, müssen zukünftig noch genauer operationalisiert und empirisch nachgewiesen werden, auch wenn diese Forschungsaufgaben intensive Anstrengungen erfordern.

6.6. Erstellung und Umsetzung eines sich dem Verlauf der Behandlung und dem individuellen Stand des Patienten anpassenden Behandlungsplanes

Die Verantwortung für den Rahmen der Behandlung und die Erstellung eines Behandlungsplanes und dessen Umsetzung stellt ein Kernelement der Kompetenz des Behandlers dar. Zu den Erfordernissen einer psychoanalytisch begründeten Behandlung gehört es, den Spannungsbogen zwischen einer geplanten, festgelegten Behandlungsstrategie und ihrer sich fortlaufend verändernden Zielsetzung und Richtung aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Diese strategische Planung beginnt mit der Art und Weise der Kontaktaufnahme vor Behandlungsbeginn und endet erst mit dem Abschluss einer Katamnese.

Die Zusammenhangsbetrachtung einer der Komplexität der Erkrankung gerecht werdenden Behandlungsstrategie erfordert die Offenheit für sich im Prozess ändernde Sicht- und Verstehensweisen und andere Zugänge. Insbesondere die Offenheit für unvorhersehbare Entwicklungen und Auswirkungen des schöpferischen oder dynamischen Unbewussten ist unverzichtbarer Bestandteil psychoanalytisch begründeter Behandlungen. Es gehört zu den verallgemeinerungsfähigen Erfahrungen aus diesen Behandlungen, dass geradezu regelhaft, unvorhersehbar neue Einsichten möglich werden können, dass Veränderungen in der psychischen intrapsychischen und interpersonellen Dynamik auftauchen oder geschehen, die eine Änderung der Behandlungskonzeption des Behandlers nötig werden lassen.

Seelische Krankheit ist durch die Veränderung der Strukturanteile, der Konfliktbewältigung, der Abwehr- und Widerstandsfunktion, des subjektiven Leidens, des Ausmaßes an Selbst- und Fremdschädigung unter Berücksichtigung der Einwirkung äußerer sozialer und materieller Einflüsse zu heilen, zu mildern oder in ihrer Verschlechterung aufzuhalten.

Deshalb sind diese Veränderungsaspekte ebenso Teil der Behandlungsstrategie, wie die Überlegung, welche Bedingungen für den jeweils individuellen Patienten für notwendig erachtet werden.

Basis für die Erstellung der Behandlungsstrategie ist die psychoanalytische Fachkunde, auf deren Kenntnisstand, auf deren Erfahrungswissen in jedem Einzelfall zurückgegriffen werden kann. Die konzeptionell immer wieder neu zu bedenkende Verbindung zwischen der verfahrensspezifischen Fachkunde, dem aktuellen Verlauf der Behandlung und der Umsetzung auf den Einzelfall schafft die Voraussetzung für das weitere Verstehen, Erkennen und Behandeln. Die seelische Gesamtstruktur (zum Strukturbegriff verweise ich auf Rombach 2003 und Rudolf 2005) kann bezüglich ihrer Kohärenz, Flexibilität, Komplexität, Integration, Differenziertheit, des Toleranzniveaus und des Veränderungs- und Anpassungspotenzials untersucht werden (Sasse 2007). Jede dieser Struktureigenschaften ist bei unterschiedlichen Erkrankun-

gen für mögliche funktionale Beeinträchtigungen bedeutsam. Für die psychoanalytisch begründeten Verfahren lassen sich fünf Erkrankungshintergründe für die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeiten der seelischen Struktur als Modellvorstellung skizzieren:

1. Erkrankungshintergrund: Dauerhafte Struktur**defizite**; sie entstehen aufgrund fehlender sozialer, materieller und emotionaler Erfahrungen, wegen der fehlenden oder zu gering anregenden Unterstützung bei der Entfaltung von seelischen Fähigkeiten. Unbewusst werden die Defizite und ihre Folgen (unwirksam) abgewehrt oder (erfolglos) zu überwinden getrachtet.
2. Erkrankungshintergrund: Dauerhafte und umfassende Struktur**beeinträchtigungen**; sie entstehen durch unbewusst eigene, frühe Verinnerlichung und Verarbeitung von und unter schlechten Bindungs-, Beziehungs-, und Entwicklungsbedingungen oft bei hoch ambivalenten, absolut-rigiden und intensiven Einflüssen aus der sozialen Umgebung. Unbewusst werden diese Beeinträchtigungen und ihre Folgen (unwirksam) abgewehrt oder (erfolglos) zu überwinden getrachtet.
3. Erkrankungshintergrund: Dauerhafte oder kurzfristige Struktur**zusammenbrüche**; sie entstehen durch schwere, absolut-rigide, zerstörerische Traumatisierungen, die abhängig vom Entwicklungsstand der zum Zeitpunkt der Traumatisierung bereits entwickelten Struktur, zu eher kurzfristigen Zusammenbrüchen der Funktionsfähigkeit der Struktur führen, oder auch zu dauerhaften, chronischen Wiederholungserfahrungen von intensiven Zusammenbrüchen führen. Unbewusst werden die Traumatisierungen und ihre Folgen (unwirksam) abgewehrt und (erfolglos) zu überwinden getrachtet.
4. Erkrankungshintergrund: Dauerhafte oder kurzfristige Struktur**konflikte**; sie entstehen durch unbewusste Konflikte zwischen relativ stabilen Substrukturen oder durch begrenzte neurotische Konfliktlösungsmuster bei enger begrenzten, auf Ambivalenzen beruhenden Entwicklungsaufgaben. Unbewusst werden diese Konflikte und ihre Folgen (unwirksam) abgewehrt und (erfolglos) zu überwinden getrachtet.
5. Erkrankungshintergrund: Aktuell - kurzfristige Funktions**ausfälle**; sie entstehen für begrenzte Zeiträume durch akute, begrenzte Überlastung oder Überforderung durch äußere Einflüsse bei an sich relativ funktionsfähiger und konfliktfähiger Struktur. Diese Funktionsausfälle und ihre auslösenden Überforderungen werden mit flexibler Abwehr- und Überwindungsmustern beantwortet.

Gemäß der Psychotherapierichtlinien und den dazu erstellten Kommentaren kann nach diesen grundlegenden Einschätzungen der Erkrankung die Indikationsentscheidung für folgende analytisch begründeten Verfahren unter folgenden Argumenten vollzogen werden:

Eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (als Kurzzeit- oder Langzeit-, als Einzel- oder Gruppentherapie) ist dann angezeigt, wenn:

- die seelische Struktur in ihrem Zusammenwirken relativ stabil ist
- das unbewusst Abgewehrte keine immer wiederholten, umfassenden oder gravierenden Auswirkungen auslöst, allerdings aktuelle Auslöser für die Erkrankung zu finden sind
- die Abwehr und Überwindungsbemühungen relativ gut strukturiert und relativ flexibel sind, wenn nur eingeschränkte und begrenzte unbewusste Realitätsverzerrungen auftauchen

- als Erkrankungshintergrund eine neurotische Entwicklung einer der beschreibbaren Konfliktmuster (z.B. Angst vor Autonomie, Trennungsunfähigkeit, Bindungsangst, Unfähigkeit zur Selbstversorgung, Versorgungswünsche usw.) in begrenztem Umfang vorliegt. Das zweckmäßige Behandlungsziel ist dann die fokussierte Bearbeitung des unbewussten Konfliktes, unter Begrenzung und eingeschränkter Nutzung der die Abwehr destabilisierenden Regression zur Stabilisierung der Abwehr bei dann verbesserten Konfliktlösungsfähigkeiten.

Eine Indikation für diese Anwendungsformen ist auch bei strukturellen Erkrankungen unter bestimmten Bedingungen notwendig und zweckmäßig. Die unter diesen Umständen angezeigte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zielt dann darauf ab, die interpersonellen Leidenszustände zu mildern, kurz- oder mittelfristig wirksame Lösungsansätze zu finden oder in einer konkreten überlastenden Situation dem Patienten hilfreich bei der aktuellen Bewältigung beizustehen, ohne dass der Anspruch auf umfassendere Behandlung erhoben wird.

Eine analytische Psychotherapie (als Einzel- oder Gruppentherapie) ist angezeigt, wenn:

- die seelische Struktur in erheblichem Umfang erkrankt ist, wenn das Zusammenwirken der Substrukturen nicht geeignet ist, die für gesunde Konfliktlösungsmuster notwendigen seelischen Verarbeitungsprozesse bewerkstelligen zu können. Ziel ist dann die Verbesserung der seelischen Gesamtstruktur in ihrem Funktionszusammenhang durch fokussierte Bearbeitung der Substrukturen

- die Abwehr- und Überwindungsbemühungen hoch ambivalent, in sich nicht ausreichend strukturiert oder unflexibel sind und daher die für gesunde Konfliktlösungsmuster nicht ausreichend funktional sein können und deshalb elementarer destabilisiert bzw. erst aufgebaut werden müssen, um daran anschließend auf erweitertem Funktionsniveau arbeiten zu können

- das unbewusst Abgewehrte in massiver Weise unter psychodynamischen Aspekten an der Abwehr vorbei oder nur ungenügend eingrenzbar in das seelische Erleben einbricht und z.B. zu massiven Erfahrungen von Fragmentierungsängsten oder Selbstverlustängsten oder zu selbst- und fremdschädigenden Impulsdurchbrüchen und entsprechendem Agieren führt

- die seelische Erkrankung bereits lange Zeit chronisch geworden ist, wenn ein unbewusster Wiederholungszwang Ursache für die Behandlungsmotivation des Patienten ist.

In der Behandlungsrealität finden wir meist mehrschichtige und multisymptomatische Erkrankungen. Insofern erfordert die Stellung der Differentialindikation hohe Kompetenzanforderungen an den Behandler. Allein durch die sorgfältige Prüfung der Differentialindikation lässt sich die Notwendigkeit, die Zweckmäßigkeit, aber auch die Wirtschaftlichkeit des Behandlungsansatzes aufzeigen; nur hier können die Fragen, ob die Behandlung ausreichend, nicht ausreichend oder auch unnötig ist, beantwortet werden.

Besonders wichtig erscheint zudem die in zeitlicher Reihenfolge zu bedenkende notwendig vorbereitende Arbeit bei inneren Umstrukturierungen: So kann eine stabilere Selbstwertregulation erst dann dauerhaft aufgebaut werden, wenn zuvor die ubw Tendenz zur Selbstentwertung erfahrbar wurde, die wiederum darauf beruht, dass durch diese Selbstentwertung, die eigentlich notwendige Trennung von äußeren Entwertern vermieden wurde. Hier lassen sich in der Wendung der Aggression gegen das Selbst und der dadurch abgewehrten Ängste vor

Trennung oder Verlust die Trennungs- und Bindungsaspekte erkennen, die vor einer Stabilisierung der Selbstwertregulation notwendigerweise durchzuarbeiten sind.

Zum Behandlungsplan, der aus den genannten Gründen manchmal unvorhersehbar dem Stand des Patienten oder wegen der fehlenden Voraussetzungen zur Veränderung neu angepasst werden muss, gehört die Festlegung von Zielsetzungen.

In den psychoanalytisch begründeten Verfahren liegt hier ein interessantes Konfliktfeld. In anderen psychotherapeutischen Verfahren, in denen mit Lernvorgängen, mit korrigierenden zwischenmenschlichen Erfahrungen bzw. mit kognitiven oder körperorientierten Ansätzen, ohne Berücksichtigung des Unbewussten gearbeitet wird, können aus guten Gründen mit dem Patienten gemeinsam die bewusstseinsnahen Zielsetzungen formuliert und nach Beendigung der Behandlung auch angemessen überprüft werden.

Dies ist in den analytisch begründeten Verfahren kaum derart konkret operationalisierbar möglich, da hier die Krankheit verursachenden Hintergründe bei Behandlungsbeginn unbewusst sind, also gar nicht oder nur sehr allgemein vorher angesprochen werden können.

Dennoch können und müssen die Behandlungsziele zunächst vorläufig vom Behandler in der entsprechenden fachlichen Konkretisierung in seinem Bericht an den Gutachter formuliert werden. Aus dieser zunächst vom Behandler, möglicherweise später aber auch gemeinsam mit dem Patienten zu betrachtenden Zielperspektive ist die Indikationsstellung, die geplante Frequenz, die vorgesehene Dauer und das Gesamtkontingent der Behandlung, einschließlich der möglichen Verlängerungskontingente, zu planen.

Im Verlauf von längeren Behandlungen kommt es nahezu regelhaft zu persönlichen, sozialen, beruflichen Veränderungen oder äußeren Einflüssen, die nur zum Teil auf die Behandlung zurückzuführen sind. Auch diese durchaus häufigen Einflüsse wie Arbeitslosigkeit, Verlust von nahen Angehörigen, eigenen Erkrankungen aber auch berufliche Erfolge, Schwangerschaft oder Geburt, Heirat oder Scheidung zwingen zwangsläufig zu Anpassungen oder Veränderungen im Behandlungsverlauf, auf die angemessen, d.h. unter möglichst breiter Beibehaltung der Arbeit an den unbewussten Prozessen flexibel reagiert werden muss.

6.7. Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses des Zusammenhangs von persönlicher Biographie, subjektiver, geschlechtsspezifischer Identität des Patienten mit den Funktionen der Erkrankung und Heilung

Seelische Gesundheit ist an das untrennbare Zusammenwirken der Substrukturen wie z.B. der Motive, der Gefühle, des Gewissens und der mentalen Strukturanteile gebunden, wenn die innere seelische Struktur mit der äußeren Realität zusammentrifft.

Der Zusammenhang bezieht sich jedoch nicht nur auf die Substrukturen, sondern umfasst auch die Zusammenhangsbetrachtung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, immer gebunden an die konkreten, materiellen und sozialen Erfahrungen des Patienten in seinen jeweiligen Beziehungen.

Die Bearbeitung der unbewussten Familientraditionen, der Geschichte der dualen Beziehungen und der Triangulierungen, insbesondere der ödipalen Konstellation, aber auch der geschlechtsspezifischen Identifikationen, der Konkurrenzen und Rivalitäten erscheint dazu unverzichtbar. Ebenso sind die Bearbeitung der Geschwisterkonstellationen, der Beziehungen zu Großeltern oder bedeutsamen Verwandten, wie die gesamte Vergangenheitsbearbeitung kein Selbstzweck sondern behandlungsnotwendig.

Nur durch die Erfahrung des Zusammenhangs ist eine umfassende Selbsterfahrung der aktuell erfahrenen Substrukturen in ihrer zeitlichen Entwicklung, eingebunden in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, spürbar und damit auch integrierbar. Sie ist damit die Basis für die geschlechtsspezifische Identitätsentwicklung.

Eine weitere spezifische Zusammenhangsbetrachtung betrifft die unauflösbare und dennoch getrennt zu erkennende Einheit des Menschen in seiner subjekthaften und objekthaften Ambivalenz. Der Mensch ist sowohl ein Wesen mit unvergleichbarer, unverwechselbarer Identität, er ist, wie Lévinas es treffend beschreibt, im Kern anders als jeder Andere. Die Anerkennung der eigenen Lust wie des eigenen Leidens im Anderssein ist notwendige Voraussetzung für die Erfahrung von Subjekthaftigkeit. Ebenso ist die Anerkennung der eigenen Begrenztheit, der Verletzbarkeit und der bleibenden Abwehr- und Überwindungsprozesse in dem bleibenden Fluss des eigenen Unbewussten für das Erleben der Subjekthaftigkeit unerlässlich.

Die Anerkennung des Andersseins, des Eigenseins ist Aufgabe und Voraussetzung für die Individuation des Menschen. Das Erleben des Eigenseins, des subjekthaften Selbstseins ist deshalb schwer erfassbar, weil es zunächst auf die Anerkennung, die Spiegelung durch den Anderen, angewiesen ist.

Erst die Anerkennung des eigenen Selbstseins, unterscheidbar als Subjekt und als Objekt, ist die Voraussetzung für die Anerkennung des Anderen als Subjekt und als Objekt.

Die Differenzierung in der Selbsterfahrung und in der Erfahrung des Anderen ermöglicht ein menschliches Miteinander in den Konkurrenzen, den Interessenkonflikten und Machtkonstellationen des Alltags.

Sowohl wegen der existentiellen Bedeutung der eigenen und fremden Subjekthaftigkeit ist diese Erfahrung therapeutisch erforderlich, aber auch aus Gründen des gesellschaftlichen Zusammenlebens ist diese Entwicklung notwendig. Spätestens bei den entsetzlichen Gewalttaten, seien sie von Schülern oder von pseudo-religiös oder ideologisch verblendeten Erwachsenen ausgeübt, wird das Fehlen von eigener Subjekthaftigkeit und der Fähigkeit zur Anerkennung des Anderen als lebendiges Subjekt in seinen Auswirkungen erkennbar.

In der analytischen Reflektion der gesellschaftlichen Bedingungen zwischen subjekt- und objekthafter Identität, zwischen Machtansprüchen und Unterwerfungswünschen, zwischen Selbst- und Fremdausbeutung liegt ein wesentliches analytisches Potential bei der Erforschung der Ursachen für seelische Erkrankungen durch gesellschaftliche Entwicklungen. Die Trennungsfähigkeit von externen Bewertungen ist Basis von Selbstwertregulation, besonders in einer Leistungsgesellschaft, in der mit den induzierten Entwertungen bewusst und unbewusst Hierarchie und Macht begründet, legitimiert und viel Geld verdient wird. Aber auch die objekthaft als berechtigt erscheinende Vergleich- und Bewertbarkeit des Menschen basiert auf der fragwürdigen Annahme, als ob Ungleiches doch als Gleiches miteinander bewertend verglichen werden kann.

Dieses psychoanalytische Gesundheitsmodell beinhaltet den Abschied von Ganzheitsvorstellungen, von Heilung im Sinne von gesicherter und anhaltender Symptombefreiheit, von Leidensfreiheit, krisenfreier Gesundheit und dauerhaftem Glück. Derartige Gesundheitsillusionen sind weder erreichbare noch erstrebenswerte Fiktionen. Freuds Unterscheidung zwischen neurotischem und normalen oder gesundem Elend bleibt bestehen: die Heilung besteht in der Anerkennung des Soseins, in der Trennungsfähigkeit von externen Bewertungen, in verbesser-

tem Umgang, in Toleranz und Flexibilität bezüglich der eigenen Abwehr- und Überwindungsprozesse und dem individuell Abgewehrten. Erst dann muss die seelisch unbewusste Dynamik nicht mehr unverstanden, nicht mehr unbewusst im Sinne des chronischen Wiederholungszwanges oder unter aktuellen Auslösern ausagiert werden.

Die Toleranz bezogen auf die eigenen Begrenzungen, die eigenen Abwehr- und Überwindungsvorgänge sowie die Anerkennung der prinzipiell bleibenden Fragmentierung eines Jeden ist neben der verbesserten Beziehungsfähigkeit und Selbstregulationskompetenz Folge und Ziel der guten Behandlung.

6.8. Kontinuierliche Reflektion des Entwicklungsprozesses des Patienten unter Berücksichtigung der Behandlerinflüsse

Weil die Kompetenzmerkmale und damit auch die Ergebnisqualität im Gegensatz zur Wirksamkeit der Behandlung allein der Verantwortung des Therapeuten zuzuschreiben sind, ist eine sorgfältige, kontinuierliche Reflektion des Behandlungsprozesses notwendig.

Wegen der besonderen Bedeutung des therapeutischen Beziehungsgeschehens und der beschriebenen Verwicklungen sowie der unverzichtbaren Mitbeteiligung des Therapeuten am Prozess ist die Reflektion des eigenen Tuns zudem unverzichtbar.

Wegen der Anerkennung der Beteiligung der eigenen Persönlichkeitsanteile, der eigenen Abwehr- und Überwindungsprozesse und der Aktivität des eigenen Unbewussten des Behandlers ist ein intensives Bemühen um Neutralität und Abstinenz zu fordern, so wie das Streben nach Objektivierung, nach externer Inter- oder Supervision.

Die Komplexität der geschilderten Erfordernisse erfordert ohnehin eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Verlauf der Behandlung.

Sowohl die Diagnostik, die Indikationsstellung wie auch der Behandlungsverlauf erfordern einerseits eine fortlaufende ambivalente Haltung zwischen Einfühlung, Mitgefühl, Unterstützung und Ermutigung und andererseits eine getrennte, konfrontierende, begleitende oder in Frage stellende Position. In längeren Behandlungen kommt es regelhaft zu kritischen Entwicklungen, die auch zum Teil zu erheblichen seelischen Belastungen des Therapeuten führen können, die sowohl als humane, wie als professionelle Herausforderungen bearbeitet werden können.

Die Anerkennung, dass alles, was in der Behandlung passiert, immer auch unter dem Aspekt der unbewussten Abwehr- und Überwindungsbestrebungen zu betrachten ist, verweist zudem auf die notwendige Prozessanalyse, denn meist wird das Erreichte unmittelbar wieder in das ubw bestehende Verarbeitungssystem eingearbeitet.

Zwar ist jeder Behandler aus diesen Gründen verpflichtet, sowohl bei den Erstanträgen und allen Fortführungsanträgen seine Konzeption einem externen Gutachter gegenüber darzustellen, allerdings kann diese Pflicht nicht die fortlaufende eigene Reflektion ersetzen.

Wesentliche Fehlerquellen und Risiken drohen schon in der diagnostischen Phase, wenn die Erfordernisse der Behandlung wie z.B. der Unterschied zwischen den geschilderten fünf Erkrankungshintergründe nicht gesucht, untersucht und damit nicht erkannt wird. Fehler in der Indikationsstellung führen dann zu den erst im weiteren Verlauf spürbar werdenden Risiken, die dann in der Regel vom Patienten allein zu verarbeiten sind.

Bei einer eigenen depressiven Entwicklung sucht der Behandler nicht nach dem Not-Abwehr-Überwindungskomplex des Patienten, sucht weder nach der neurotisch - infantilen Fixierung

noch nach den Auswirkungen der unbewusst Selbst- und Fremdschädigung. Nicht selten finden sich dann Konfliktvermeidungen, die Suche nach einer heilen Welt in der Therapie und unbewusst die Idealisierung des therapeutischen Paares.

Die narzisstischen Risiken durch unbewusstes Mitagieren des Behandlers beinhalten spezielle Risiken: Das Begehrt- oder Bewundert-sein-wollen des Behandlers führt ebenso wie der Wunsch nach dem Geliebten oder Idealisiert-werden-wollen zwangsläufig zu Beeinträchtigungen des Patienten mit gravierenden Auswirkungen für die Wirksamkeit.

Wohl gemerkt, das Auftauchen dieser Wünsche und Impulse in der Gegenübertragung kann sehr wohl wichtige und hilfreiche Anregungen und sogar Notwendigkeiten darstellen, allerdings sollte statt einer einfachen Identifikation mit diesen Impulsen jeder Impuls durchgearbeitet und hinterfragt werden. Die Spannung zwischen Abwehr und Überwindung, zwischen notwendiger Regression und Progression muss fortlaufend bedacht werden und ist oft erst im Verlauf zu verstehen.

Die vorgesehenen Pflichten zur Berichterstattung beim Erstantrag und den Fortführungsanträgen, die Pflicht zur Reflektion, Intervention und Supervision der eigenen Arbeit sind notwendige Schutzfaktoren zur Eingrenzung der Behandlungsrisiken. Auch die weiterhin zu fördernde Bereitschaft, an wissenschaftlicher Forschung mehr als bisher aktiv gestaltend Anteil zu nehmen, wird zur Weiterentwicklung eines erfüllenden Berufes und seiner Anwendung zum Nutzen vieler Menschen beitragen können.

7. Die Bestimmung der Ergebnisqualität der psychoanalytisch begründeten Behandlungen

Nach der hier vorgelegten Definition von Qualität wird die Verwechslung zwischen (oder die Gleichsetzung von) Wirksamkeit und Ergebnisqualität als unzulässig erkennbar.

Die Ergebnisqualität der psychoanalytisch begründeten Verfahren wird dadurch bestimmbar, dass ein vom Behandler, zwar immer angewiesen auf das Beziehungsgeschehen mit dem Patienten, letztlich aber ein doch allein zu verantwortendes Behandlungsangebot erarbeitet und angeboten wird. Damit werden diejenigen Bedingungen erfüllt, die für die Veränderung der individuell ausgeprägten und biographisch nachvollziehbaren Erkrankung des Patienten erforderlich sind. Nur dadurch wird in einem unbewussten, nicht allein vom Willen oder bewusster Anstrengung abhängigen Zusammenhangsprozess zwischen u.a.: Erkenntnis, Gewissensstruktur, mentaler Verarbeitung, unter Einbeziehung der Funktionen der Abwehr sowie der Folgen bezüglich der Zukunft in einer therapeutisch bedeutsamen Beziehung, die Veränderung der Struktur oder der Konfliktbewältigungsmuster im Sinne einer Heilung möglich. Dieser Vorgang kann auch als stetiges Bemühen um Passung beschrieben werden.

Wirksamkeit ist nur als Folge des unbewussten und bewussten, aber in jedem Falle untrennbaren Zusammenwirkens zwischen Patient und Behandler möglich.

Die Ergebnisqualität der Behandlung erfasst vorrangig die Gestaltungskompetenz und das Angebot des Behandlers bezogen auf die Gestaltung des intrapsychisch, dyadisch, interpersonell und institutionell zu reflektierenden therapeutischen Arbeitsfeldes: Die methodisch, fachlich, wertgebunden begründete und persönlich zu gestaltende Interventionsfähigkeit und Haltung des Behandlers, seine Beziehungs- und Behandlungskompetenz, die zur Gestaltung der

Atmosphäre im Übergangsraum notwendig sind, bilden die Untersuchungsgrundlagen für die Ergebnisqualität der Passung in der Behandlung.

Die Wirksamkeit der Behandlung ist wegen ihrer Gebundenheit an die Prozesse in der Dyade zwar vom Behandler sehr abhängig, andererseits ist die Wirksamkeit aber auch, unabhängig vom Behandler, von den bewussten und unbewussten strukturellen und konfliktbezogenen Fähigkeiten oder Möglichkeiten des Patienten abhängig u.a. von der Art, Tiefe und Chronifizierung seiner Erkrankung, seinen grundlegenden Traumatisierungen, der Art der Bindungsqualität, der Intensität und Rigidität der Abwehr sowie den aktuellen sozialen und materiellen Umgebungsbedingungen in der Lebensrealität. Das allgemeine Psychotherapiemodell von Orlinsky und Howard (1986) bestätigt diese Sicht.

Also ist es nicht nur denkbar, sondern in der Praxis auch nicht selten vorkommend, dass trotz einer guten Behandlungsqualität kaum oder wenig Wirksamkeit erzielt wird. Ebenso ist denkbar, dass Wirksamkeit trotz einer schlechten Behandlungsqualität entfaltet wird.

Diese Argumente verweisen auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung des Unterschiedes zwischen Struktur-, Prozess- und Behandlungsqualität einerseits und der möglicherweise evidenz - basierten Wirksamkeitsnachweise andererseits.

7.1. Drei Ergebnisqualitätsmerkmale

Auf der Ebene der Supervision oder Intervision und der Kontrollanalyse geschehen die Erfassung und auch die Prüfung der Behandlungsqualität durch die Einbeziehung von weiteren Menschen und deren seelischen Potentialen. Dazu gibt es unterschiedlichste Super- und Intervisionsvorstellungen und Konzepte, die hier in einem allgemeinen Qualitätsmodell nicht zusammengefasst werden können.

Hier soll wieder auf die Qualitätsdefinition gemäß DIN zurückgegriffen werden.

Nach dieser Terminologie lassen sich drei Merkmale der Ergebnisqualität unterscheiden, die jeweils getrennt untersucht werden können.

1. Prüfung, ob die Auswahl eines Prozessmerkmals geeignet ist, um die Erfordernisse in einer konkreten Behandlungsepisode bezogen auf einen konkreten Patienten zu erfüllen. Dieser Aspekt der Ergebnisqualität ist nur als Mikrountersuchung zu einem bestimmten Zeitpunkt einer spezifischen Behandlung möglich.
2. Prüfung, welche Auswirkungen und Folgen diese Interaktionen auf das individuelle Beziehungs- und Verarbeitungserleben des Patienten haben und welche Folgen für den Krankheits- oder Gesundungsverlauf erkennbar sind.
3. Prüfung der fachgerechten, je spezifischen Anwendung der einzelnen Prozessmerkmale und der Erfordernisse in der jeweiligen Beziehungskonstellation

Nach psychoanalytischer Sichtweise ist diese Art der komplexen und spezifischen Qualitätserfassung am besten entweder in einem direkten zwischenmenschlichen fortlaufenden Super- oder Intervisionsprozess oder einer Kontrollanalyse möglich, extern sind diese Untersuchungen des Einzelfalles wesentlich eingeschränkter mittels geschulter externer Untersucher oder mit Gesprächs- oder Videoaufzeichnungen möglich. Hier zeigt sich unzulässige und damit letztlich auch fahrlässige Umgangsweises der TK-Forscher, wenn diese Komplexität mit einem einfachen Rechenvorgang auf unzureichender Datenbasis zu erfüllen beansprucht wird.

7.2. Sieben Wirksamkeitsmerkmale

Zur Bestimmung der Wirksamkeit der Behandlungen können acht der psychoanalytischen Therapie angemessene Wirksamkeitsmerkmale als bedeutsam aufgezeigt werden:

1. Veränderungen bei den Konfliktbewältigungsmustern
2. Veränderungen in der Strukturbeschaffenheit
3. Veränderungen in der Beziehungskompetenz
4. Veränderungen in der Selbstregulationskompetenz
5. Entwicklung der geschlechtsspezifischen, subjektiven Identität
6. Veränderung im Ausmaß des subjektiv erlebten Leidens,
7. Veränderungen in der unbewusst- und Fremdschädigung
8. Entfaltung des schöpferischen Unbewussten in unauflösbar ambivalenten Konflikten von Liebe, Arbeit, Beziehungen, Sinnfindung und Sinngenerierung

Diese Wirksamkeitsmerkmale, die nicht mit dem Nachweis der Qualität der Behandlung gleichzusetzen sind, müssen zu einer validen und reliablen Erfassung von verschiedenen Personen untersucht werden. Sowohl die Patientensicht wie auch die Behandlersicht und mögliche externe Quellen (externe Untersucher, verobjektivierende Medien, Partner, Familienangehörige und Krankendaten usw.) sind heranzuziehen.

Insbesondere muss aber gefordert werden, dass die Wirksamkeit des jeweiligen Verfahrens nur dann im Einzelfall ausreichend erfasst wird, wenn die verfahrensspezifisch definierten Wirksamkeitsmerkmale tatsächlich auch untersucht werden.

Anders ausgedrückt lässt sich auch behaupten: Wer die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen bewerten will, um damit den Prozess direkt zu manipulieren, der kann sich nicht allein auf die Veränderungen in der symptomfixierten Patientenselbsteinschätzung beziehen, sondern muss bei Beeinflussungsabsicht zwingend die verfahrensspezifischen Wirksamkeitsnachweise untersuchen und messen, wenn er sich nicht dem Vorwurf aussetzen will, bewusst das jeweilige Verfahren schädigen zu wollen.

8. Die notwendige Unterscheidung zwischen den im TK-Modell unterschiedenen Verfahren und die Notwendigkeit einer verfahrensspezifischen Qualitätssicherung

Im TK-Modell wird einerseits beansprucht, ein verfahrenübergreifendes Modell zur Erfassung und Beeinflussung von laufenden Behandlungen erproben zu können.

Trotzdem wurde der diskutierte Vorschlag, die getrennte Untersuchung der drei Richtlinienverfahren aufzugeben und alle freiwillig teilnehmen wollende Behandler in dann nur eine Experimental- und eine Kontrollgruppe zusammen zu fassen, nicht aufgegriffen.

Auch der Vorschlag, schriftlich und verbindlich zu erklären, dass ein direkter Vergleich im leistungsbezogenen „benchmarking“ zwischen den Verfahren auf wissenschaftlicher Basis unzulässig sei, so wie es beim bayerischen Modellvorhaben zur Qualitätssicherung erfolgte, wurde nicht aufgegriffen.

Also stellt sich die Frage, ob die mehrfach wiederholten Aussagen der TK, die Verfahren nicht direkt vergleichen zu wollen, damit zu begründen sein könnte, dass dieser Vergleich dann eben von Anderen durchgeführt werden soll?

Bei dieser Situation muss daher nicht nur auf den Unterschied zwischen den Verfahren deutlich hingewiesen werden, es wird auch deutlich gemacht, dass die fehlende Begründung für den Anspruch, eine gemeinsame Qualitätserfassung und eine gleiche externe Bewertung vornehmen zu können, nicht hinnehmbar ist. Es gibt allerdings eine Vermutung für ein gemeinsames Untersuchungs- und Beeinflussungskonzept; sie verweist auf die persönlichen Interessen der beteiligten Forscher und auf die des Apparatezentrums und der TK sowie vermutlich auch auf die einiger Vorstände von Kassenärztlichen Vereinigungen.

Aus folgenden Gründen muss eine gleiche Wirksamkeitsmessung und Qualitätserfassung wie auch eine zielgerichtet beschleunigende Beeinflussungsstrategie fachlich begründet werden und nach den Vorgaben des Sachverständigenrates auch zwingend im Konsens aller Beteiligten bereits bei der Designerstellung im Konsens vereinbart werden.

8.1.Vereinbarte Regelungen und Stellungnahmen zur wissenschaftlichen Berücksichtigung der Unterschiede zwischen den Verfahren

In der Psychotherapie-Richtlinie, zu deren Durchführung sich Kassen wie KVen schriftlich verpflichtet haben, werden die beiden grundlegend unterschiedlichen Verfahren TP/AP versus VT in ihren Unterschieden inhaltlich genau beschrieben.

Darauf basierend werden grundsätzlich unterschiedliche Behandlungskontingente vereinbart:

VT 45 Sitzungen normal, 60 Sitzungen besonderer Fall, 80 Sitzungen Höchstgrenze

TP 50 Sitzungen normal, 80 Sitzungen besonderer Fall, 100 Sitzungen Höchstgrenze

AP 160 Sitzungen normal, 240 Sitzungen besonderer Fall, 300 Sitzungen Höchstgrenze

Die Zulassung der Behandler bzw. die Eintragung in das Facharztregister der KVen geschieht nach Prüfung der verfahrensspezifischen Ausbildung nur verfahrensspezifisch.

Die staatliche Ausbildung gemäß PsychThG legt verbindlich fest, dass die Ausbildung in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf die gemäß den vorher geprüften Ausbildungsverfahren eingeschränkt ist.

Die Anerkennung der Kammern für die Fort- und Weiterbildungspunkte ist größtenteils ebenfalls verfahrensspezifisch unterschiedlich differenziert.

Beide sozialrechtlich anerkannte Verfahren haben je unterschiedliche Stellungnahmen über die jeweiligen Verfahren sowohl beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wie auch bei der Richtlinienverfahrensüberprüfung vorgelegt.

Sowohl der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie wie auch die an der Richtlinienüberprüfung beteiligten Gruppierungen haben sich darauf geeinigt, dass nur die verfahrensspezifischen Wirksamkeitsnachweise bei den Prüfungsvorgängen berücksichtigt werden dürfen. Untersuchungsergebnisse, die aus Studien stammen, denen das Verfahren nicht eindeutig zugewiesen werden kann, dürfen bei den bedeutsamen Prüfungen nicht berücksichtigt werden.

Die 2010 zur weiteren Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten vorgelegte Expertise, die im Auftrag des BMG durch eine eigens dazu bestellte Kommission erstellt wurde, bestätigt die Sinnhaftigkeit und die Notwendigkeit einer weiterhin verfahrensspezifisch unterschiedlichen Psychotherapieausbildung. 2010 stellten Linden und Langhoff die Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste vor, aus der die Unterschiede zwischen den Richtlinienverfahren zweifelsfrei erkennbar werden.

Bei den Psychotherapien, die im Beihilferecht und bei den meisten Privatkassen erstattet werden, werden in der Regel, es gibt einzelne (nicht explizit begründete) Ausnahmen bei einigen Privatkassen, nur die genannten Richtlinienverfahren ebenfalls in vergleichbar unterschiedlichen Umfang bei den Behandlungskontingenten anerkannt.

Wenn diese formalisierten, gesetzlich und institutionell vereinbarten Anerkennungsvorgänge zwischen den genannten Verfahren derart deutlich unterscheiden, dann scheint die fachliche Forderung nach einer Begründung und auch die Forderung nach Fairness in der Wissenschaft berechtigt, die im TK-Modell vorgenommene Gleichmacherei fachlich begründen zu müssen. Die Aufhebung all dieser Unterschiede bei der Qualitätsbewertung und bei der gleichen beschleunigenden Beeinflussungsstrategie für alle Verfahren ist die Hauptursache für die gravierenden Fehler, für das Schädigungs- und das Gefährdungspotential des Experimentes.

8.2. Übersicht der Unterschiede, insbesondere über das Unbewusste, die Entstehung und Bedeutung von Symptomen sowie die unterschiedliche Bedeutung der Bearbeitung der Machtverhältnisse in der Behandlung

Folgende Unterschiede sind inhaltlich zwischen den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Verhaltenstherapie aufzuzeigen:

Die Ausbildung ist grundlegend unterschiedlich

Das Menschenbild ist verschieden

Die Krankheitstheorie unterscheidet sich wegen der Bedeutung des Unbewussten bezüglich der Motivationen des Patienten vollständig

Die Konzepte zur Krankheitsentstehung sind unvereinbar verschieden

Die Behandlungskonzepte unterscheiden sich vollständig, hier unterscheiden sich die Verfahren insbesondere auf der Beziehungsebene: während in den psychoanalytisch begründeten Verfahren die Fragen der Macht, des Status und der Abwehr und Überwindung dieser Aspekte einen immanenten Behandlungsfokus darstellen, wird in der verhaltenstherapeutischen Theorie die Umsetzung, nicht das Durcharbeiten, einer direktiven und leitenden Beziehungsstruktur gefordert, die sich streng an das jeweilige Behandlungsmanual halten soll

Die Behandlungsziele sind sehr verschieden

Die Behandlungsumfänge sind sehr unterschiedlich

Das Symptomverständnis ist verschieden

Die Qualitätsmerkmale des Verfahrens sind komplett verschieden

Die Behandlerkompetenz ist sehr unterschiedlich

Die Wirksamkeitsnachweise sind verfahrensspezifisch verschieden.

Nach Darstellung der Qualitätsvorstellungen der analytisch begründeten Verfahren und der institutionell wie fachlich vollzogenen und seit Jahrzehnten begründeten Unterscheidung der geprüften und anerkannten Psychotherapieverfahren erscheint das Vorgehen, dass eine Interessengruppe aus Forschern, Krankenkasse und Apparatzentrum ohne jede fachliche oder wissenschaftlich fundierte Begründung und ohne Konsensversuche Behandlungen mit dem gleichen Vorgang bewerten und zu manipulieren versucht, nicht akzeptabel.

Kapitel 2

Prüfung der Fragen, ob die Forschergruppe wissenschaftlich begründet Aussagen über

- **die Wirksamkeit der Behandlungen**
- **die Qualität der Behandlungen**
- **die Wirksamkeit und die Qualität der beiden analytisch begründeten Verfahren und über die Unterschiede zwischen den drei Verfahren**
- **die Wirksamkeit des sogenannten „Qualitätsmonitoring“**
- **die Unterschiede zwischen dem regulären und modifizierten Gutachterverfahren abgeben können**

Gerade Modellvorhaben müssen wegen ihrer Pionierfunktion einer kritischen Untersuchung bezüglich ihrer eigenen Qualität unterzogen werden. In diesem Kapitel wird diese Prüfung durch mehrere Prüfungsschwerpunkte in folgenden Abschnitten vorgenommen:

1. Abschnitt: Prüfung der Behauptung, die Wirksamkeit jeder konkreten Einzelbehandlung wissenschaftlich so konkret erfassen zu können, dass daraus bewertende Empfehlungen mit dem Ziel der direkten Prozessbeeinflussung und Prozesslenkung abgegeben werden dürfen.
2. Abschnitt: Prüfung der Frage, ob die TK die Qualität jeder konkreten Einzelbehandlung wissenschaftlich so konkret erfassen kann, dass daraus bewertende Empfehlungen mit dem Ziel der direkten Prozessbeeinflussung und Prozesslenkung abgegeben werden dürfen.
3. Abschnitt: Prüfung der Frage, ob die TK oder andere Interessierte Aussagen über den wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit und der Qualität der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren und über die Unterschiede zwischen den drei Verfahren auf Grund der Ergebnisse des TK-Modells abgeben dürfen.
4. Abschnitt: Prüfung der Fehlerhaftigkeit und der daraus folgenden Schädigungen des sogenannten „Qualitätsmonitoring“, dem zentralen Wirkfaktor im TK-Modell und Nachweis des Scheiterns des bewertenden Rückmeldungsvorganges.
5. Abschnitt: Prüfung der Frage, ob wissenschaftlich begründete Aussagen über das reguläre und das modifizierte Gutachterverfahren aufgrund des TK-Modells abgegeben werden können.
6. Abschnitt: Prüfung der Evaluationsbögen und Forderung nach Ergänzung.

Vor der Prüfung dieser Fragen soll erneut darauf hingewiesen werden, dass u.a. aus Gründen der Lesbarkeit die sechs komplexen Fragestellungen zwar getrennt voneinander dargestellt wurden, dass jedoch bei den jeweils folgenden Fragestellungen immer die Ergebnisse der Kri-

tik an den vorherigen Punkten mit zu berücksichtigen sind, weil zum Teil die Kritik auch auf die anderen Fragestellungen anzuwenden ist. Bei den folgenden Abschnitten ist also der Zusammenhang zwischen den Kritikpunkten zu beachten, auch wenn die einzelnen Kritikpunkte nicht in jedem Abschnitt wieder angeführt werden, auch wenn sie dort ebenso zu bedenken sind.

1. Abschnitt

Prüfung der Behauptung, die Wirksamkeit jeder konkreten Einzelbehandlung wissenschaftlich so konkret erfassen zu können, dass daraus bewertende Empfehlungen mit dem Ziel der direkten Prozessbeeinflussung und Prozesslenkung abgegeben werden dürfen.

1.1. Die aktuellen gesundheitspolitischen Konflikte im Hintergrund, vor denen das TK-Modellvorhaben durchgeführt wurde und die Begründung für die Veröffentlichung der Kritik vor der Veröffentlichung der Ergebnisse des Modellvorhabens

Gesellschaftlich werden in Zeiten knapper werdender Ressourcen an vielen Stellen drei Prozesse beobachtet: Bewertung der Tätigkeiten, Beschleunigung der Tätigkeiten und eine an Apparate und Maschinen gebundene Überprüfung der Bewertung und Beschleunigung, um eine scheinbar berechtigte Objektivität zu beanspruchen.

Case-Management und die Erstellung von Leistungshierarchien werden offiziell mit dem Anspruch auf Qualitätsverbesserung begründet, inoffiziell wird die derart nicht selten missbrauchte Qualitätssicherung dann zur Begründung für Kürzungen, Beschleunigungen und Ausschlüssen aus der Versorgung genutzt.

Deshalb werden auch innerhalb der gesetzlichen Krankenkassenversorgung laufend Qualitätskonzepte als Begründung für neue politische Regulierungsansätze beansprucht. Ein heftiger Verteilungskampf auf verschiedenen Feldern ist seit Jahrzehnten Alltag in den Gesundheitsversorgungssystemen. Diese Auseinandersetzungen müssen ausgetragen werden, allerdings muss darauf geachtet werden, dass unter falscher Flagge, also unter der Angabe von anderen Motiven, letztlich auch Forschung unter diesen machtpolitischen und finanziellen Interessenlagen initiiert und gesponsert wird.

Unter den verschiedensten psychotherapeutischen Verfahren gibt es prinzipielle und auch sinnvolle Konkurrenz. Unter den berufsrechtlich anerkannten Verfahren, also unter den zur Approbation zugelassenen Verfahren gibt es ebenfalls wünschenswerte Konkurrenz um Ausbildungskandidaten. Unter den drei sozialrechtlich anerkannten Verfahren: der Verhaltenstherapie (VT) und den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren, der tiefenpsychologisch fundierten (TP) und der analytischen Psychotherapie (AP) gibt es gravierende Unterschiede bezüglich des Krankheitsverständnisses, der Ursachen für seelisches Leiden, der Behandlungsansätze, der Behandlungsmethodik und der Behandlungsziele. Insbesondere die unterschiedlichen Behandlungskontingente sind trotz dieser gravierenden Unterschiede ein immer wieder in der Praxis auftauchender Stein des Anstoßes. In der Verhaltenstherapie liegt bei normalerweise einstündiger Frequenz pro Woche das genehmigungsfähige Behandlungskontingent im Normalfall bei 45 Sitzungen, in einem besonderen Fall bei 60 Sitzungen, die Höchstgrenze im Ausnahmefall liegt bei 80 Sitzungen.

In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie liegt das Normalkontingent bei einstündiger Frequenz bei 50 Sitzungen, im besonderen Fall können 80 Sitzungen beantragt werden, in Ausnahmefällen bis zu 100 Sitzungen.

In der analytischen Psychotherapie liegt das Normalkontingent bei zwei- bis drei- zeitweise zulässig auch bei vierstündiger Frequenz pro Woche bei 160 Sitzungen. Im besonderen Fall können bis zu 240, im Ausnahmefall bis zu 300 Sitzungen beantragt werden.

Diese Unterschiede sind inhaltlich durch die genannten Unterschiede bei den Behandlungsansätzen, den Behandlungszielen und durch die unterschiedliche therapeutische Beziehungsgestaltung begründet. Sie sind auch empirisch durch evidenz-basierte Studien begründet: die weit überwiegende Mehrheit aller verhaltenstherapeutischen Studien untersuchen Therapien mit etwa 30 Behandlungsstunden. Ein später noch zu kritisierender Verhaltenstherapeut hat dennoch polemisiert, dass jeder Behandler, der mehr als 40 Sitzungen benötigt, „hinter die Bücher“ und damit meinte er natürlich seine eigenen, gehöre. Auch bezüglich der Behandlungsplanung liegen die theoretischen Vorgaben der sogenannten störungsspezifischen Ansätze im Umfang bei etwa 30 Sitzungen, Ausnahmen betreffen einige wenige Persönlichkeitserkrankungen, wie z.B. die Behandlung von Borderline-Patienten.

Diese genannten Unterschiede begründen auch die Unterschiede zwischen der TP und der AP, auch hier sind die unterschiedlichen Kontingente sowohl inhaltlich fachlich wie auch durch den Umfang der mehrfach veröffentlichten empirischen evidenz-basierten Studien begründet.

Die Unterschiede zwischen den Verfahren wurden von verschiedenen Seiten früher negiert, verleugnet oder auch bekämpft. Die Suche nach einer allgemeinen oder verfahrens- bzw. schulenübergreifenden Psychotherapie wird aber seit Jahrzehnten in der ambulanten Versorgung eher abnehmend betrieben.

Zwar wird heute die Notwendigkeit der individuell unterschiedlichen Entwicklung der Behandlungskompetenz des einzelnen Behandlers durchaus als wünschenswert anerkannt; jeder Behandler sollte demnach eine Ausbildung in einem Verfahren abschließen, danach durchaus andere Verfahren kennenlernen, um einzelne Elemente anderer Verfahren für sich (auch für seine persönliche Entwicklung) nutzen zu können. Dies darf allerdings unter fachlicher Perspektive nur unter der Berücksichtigung des Umstandes erfolgen, dass persönliche Integration zwar ein hohes Ziel für die persönliche Behandlungskompetenz ist, dass aber die grundlegenden Unterschiede zwischen den Verfahren in ihren theoretischen Ansätzen, ihren Behandlungsmethoden und der verfahrensspezifischen Beziehungsarbeit nicht integrierbar sind, weil sie untereinander widersprüchlich und miteinander unvereinbar sind.

Der Unterschied, dass es sowohl Qualitätsmerkmale des Verfahrens und im Unterschied dazu auch Kompetenzfaktoren des individuellen Behandlers gibt, die getrennt voneinander untersucht werden müssen, um die Qualität einer Behandlung überhaupt erfassen zu können, wird im TK – Modell ohne jede Begründung systematisch nicht erkannt.

Die Anerkennung, dass unterschiedliche Krankheitstheorien, unterschiedliche Entstehungsansätze wie auch verschiedene Behandlungsansätze und Behandlungsmethoden zu sehr unterschiedlichen therapeutischen Beziehungsformen und therapeutischen Arbeitsbündnissen führen, hat sich durchgesetzt. Auch nach den aktuell veröffentlichten Ergebnissen einer Studie zur

Prüfung der weiteren Entwicklung der Ausbildung von Psychotherapeuten wird die Beibehaltung der verfahrensspezifischen Ausbildungsgänge erneut empfohlen.

Es gibt darüber hinaus keine wissenschaftlich fundierte und berufs- wie sozialrechtlich anerkannte „Allgemeine oder verfahrensübergreifende Psychotherapie“, so dass genauer hinterfragt werden muss, auf welcher Grundlage im TK Modell einerseits die anerkannten Richtlinienverfahren getrennt voneinander untersucht werden und paradoxerweise zugleich ein nicht begründetes „verfahrenübergreifendes Qualitätsverständnis“ umgesetzt werden soll: Es handelt sich vermutlich aus Unkenntnis der gravierenden Unterschiede um den Versuch, Kosten und Aufwand zu sparen, die zwangsläufig entstehen würden, wenn die fachlich unverzichtbare Qualitätsdefinition verfahrensspezifisch durchgeführt würde. Es gibt aber noch einen weiteren Grund für die nicht begründete „Gleichmacherei“ der verschiedenen Verfahren: Alle Verfahren sollen als vergleichbar dargestellt werden, weil sie nur dann, wie im TK-Modell konzeptualisiert, mit den gleichen Bewertungen und den gleichen antreibenden Beschleunigungsrückmeldungen konfrontiert werden können.

Leider spricht noch eine weitere Entwicklung im Gesundheitswesen für die fachlich wie empirisch unzulässige Gleichmacherei aller Verfahren: In den stationären Behandlungen wird gegenwärtig auch in der Psychiatrie und Psychotherapie die Bezahlung nach Diagnosen umgesetzt. In den Kliniken gibt es in anderen medizinischen Feldern seit längerem die an die Diagnose gebundene Kostenübernahme: nicht mehr die tatsächlich erbrachte Leistung wird bezahlt, sondern ein durchschnittlicher Kostenbeitrag wird für jede Diagnose erstattet. Insofern müssen die Verantwortlichen in den Kliniken bereits heute darauf achten, dass eben nicht mehr die Unterschiede zwischen den Verfahren beachtet werden, sondern allein die kürzest mögliche Behandlungszeit erbracht wird. Das scheint ein weiterer Hintergrund dafür zu sein, dass im Gegensatz zu den ambulanten Leistungen im stationären Bereich vereinzelt schon Werbung mit einer nie überprüften und konzeptuell widersprüchlichen verfahrens- oder schulenübergreifenden Psychotherapie betrieben wird, auch wenn es dafür weder sozial- wie berufsrechtlich geprüfte und anerkannte Theoriegebäude gibt, noch eine entsprechende Wirksamkeitsforschung für die Erkrankungen vorliegt, die im Gesundheitssystem behandelt werden dürfen.

In diesen angeführten Konfliktfeldern scheint es daher sinnvoll, wenn nicht notwendig, dass die hier aufgezeigte Kritik am TK-Modell vor der Veröffentlichung der Ergebnisse der TK veröffentlicht wird.

Die Gefahr, dass die Kritik mit dem Argument des schlechten Abschneidens der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren zu entwerten versucht wird, ist sehr ernst zu nehmen. Die von Grawe, Donati und Bernauer 1994 durchgeführte Bewertung der psychotherapeutischen Verfahren wurde vielfach zitiert, beachtet und zählt in verhaltenstherapeutischen Ausbildungsstätten immer noch zum Grundmaterial der Ausbildung. Die damalige gut begründete und sehr weit reichende Kritik an der Datengewinnung, die insbesondere von Heckrath und Dohmen 1998 vorgebracht wurde, ist scheinbar systematisch nicht zur Kenntnis genommen oder aber mit dem Hinweis auf das schlechte Abschneiden der Psychoanalyse schlicht verleugnet worden.

1.2. Grundlegende Fragen zur Wirksamkeitsproblematik in der Psychotherapie und im TK Modell

Schon die Betonung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, der vom Gesundheitsministerium mit der Erstellung von Stellungnahmen zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren beauftragt ist, dass die Wirksamkeitsuntersuchungen zwischen Kurzzeit und Langzeitbehandlungen unterschiedlich ausfallen müssen und dass für Wirksamkeitsuntersuchungen von LZT ein besonderes Vorgehen nötig ist, könnte ein ernstzunehmender Hinweis darauf sein, dass die Fragen der Wirksamkeitsnachweise in der Psychotherapie genauer und kritisch betrachtet werden müssen. Aber weit zwingender führt die Einsicht zu einem ernsthaft kritischen Vorgehen im Umgang mit dem Wirksamkeitsbegriff, wenn beansprucht wird, die Messung von Therapieeinflüssen auf Patienten nicht nur erfassen zu können, sondern dazu durch direkte bewertende Interventionen über die scheinbar tatsächlich untersuchte Wirksamkeit den Behandlungsprozess beeinflussen zu wollen.

1. 2.1. Wirksamkeit – ein wissenschaftlich begründeter und kontrovers zu diskutierender Begriff bei der Messung von Veränderung von intrapsychischen Vorgängen im Spannungsfeld zwischen Gruppenvergleichsstudien ohne - und individuellen Untersuchungen mit Beeinflussungsintentionen für die laufenden Behandlungen

Die gängige Vorgehensweise in vielen vergleichenden Verfahrensstudien ist folgende: Um die Verfahren vergleichen zu können, werden gleiche Kriterien für die Wirksamkeit festgelegt. Das Kriterium für die Wirksamkeit wird berechnet auf Grund der Veränderungen, die der Patient an zwei aufeinander folgenden Untersuchungszeitpunkten angibt.

Jedes standardisierte Testverfahren hat durch entsprechend aufwendige Untersuchungen nachzuweisen, wie hoch die Validität, Objektivität und Reliabilität dieses Tests berechnet wurden.

So lassen sich die vom Patienten angegebenen Werte auf einer Tabelle entweder einer gesunden oder sogenannten Normalpopulation zuordnen oder man kann ablesen, wie hoch der Patient im Vergleich mit anderen Patienten in dieser Symptomatik auf der Tabelle einzuordnen ist. Die Annäherung eines Patienten an die Werte der Normalpopulation wird dann als Gesundheitsprozess oder als Besserung eingeschätzt.

Gesund scheint der Patient dann, wenn seine Werte in dem Bereich von Werten liegen, die für die vergleichbare Normalpopulation gelten.

Das heißt, dass diese verfahrenvergleichende Forschung allein auf Grund von statistischen Berechnungen und nach entsprechenden Mittelwertvergleichen die Wirksamkeiten von Verfahren vergleicht. Diese Forschung bedarf einer möglichst großen Untersuchungsgruppe, um vergleichende Aussagen über die Verfahren zu ermöglichen. Verglichen werden die Mittelwertverläufe der Verfahren, nicht die jeweiligen konkreten Einzelfallverläufe.

Daher ist dieses Vorgehen für den Vergleich von Verfahren immer kritisch zu hinterfragen, weil eben diese Art der Ergebnismessung immer diejenigen Verfahren bevorteilt, die allein in der Veränderung der Patientenselbsteinschätzung das Behandlungsziel sehen. Verfahrensspezifische Untersuchungen mit anderen und wie später belegt wird, mit wichtigeren Wirksamkeitsfaktoren sind ungleich komplexer und auch aufwendiger, von daher sind sie nur sehr selten anzufinden und dann entsprechend teuer.

Es gibt daher zwei große Fehlentwicklungen im TK-Modell, die hier aufgezeigt werden müssen:

Erstens ist bei all den Einzelfalluntersuchungen von Wirksamkeit dann die verfahrensspezifisch nachweisbare Wirksamkeit zu fordern, wenn die Ergebnisse in einem bewertenden Rückmeldungsvorgang in die laufende Behandlung eingespeist werden sollen, um hier Wirkung hervorzurufen. So wirkt ja auch das reguläre Gutachterverfahren, allerdings nur als Information für die Krankenkasse und an den Behandler aber nie direkt an den Patienten. Externe, verfahrensspezifische Rückmeldungen an den Behandler im Sinne von Anregung oder Ermutigung mag in Einzelfällen sinnvoll sein können, aber nur durch die Rückmeldung an den verantwortlichen Behandler. Hier steht die erste Hürde, an dem das TK-Modell gescheitert ist: Im TK-Modell wird die Wirksamkeit einer verfahrensspezifischen Behandlung ohne jedwede verfahrensspezifische Wirksamkeitsprüfung allein auf Basis von statistischer Wahrscheinlichkeitsrechnung bewertet und an den Patienten und an den Behandler als konkrete Tatsache, als Fakt, gemeldet, um dann die beiden Informierten verfahrensspezifisch völlig allein zu lassen. Insofern ist hier auch die Verschiebung der Verantwortung vom Behandler auf den Patienten bei der Bewilligungsvoraussetzung erkennbar unzulässig, weil der Patient mit dieser Rückmeldung inhaltlich nichts anfangen kann und keinen Hinweis erhält, wo denn nun seine Verantwortung für die Bewertung z.B. „Negative Entwicklung!“ „Therapeutische Strategie (noch) nicht wirksam“ zu suchen ist und was er ändern sollte.

Die zweite gravierende Fehlentwicklung betrifft den später noch genauer auszuarbeitenden Unterschied zwischen verfahrensspezifischer Qualität und Wirksamkeit. Hier muss zunächst der Hinweis ausreichen, dass es, wie im ersten Kapitel bereits ausgeführt, sehr große Unterschiede zwischen einem verfahrensspezifischen Wirksamkeitsnachweis und dem Nachweis der verfahrensspezifischen Qualität gibt. Diese Unterschiede werden später noch genauer begründet.

Die bereits seit Jahrzehnten andauernden heftigen Auseinandersetzungen kreisen um die Frage: Welche Bedeutung und welchen Informationsgewinn bietet die subjektive, auf Symptome reduzierte Selbsteinschätzung des Patienten für den Behandler und für wissenschaftliche Forschungsvorhaben?

Hier zeigt sich zunächst einer von mehreren gravierenden Unterschieden auf der Theorieebene zwischen den beiden großen Richtlinienverfahren: Während in der Verhaltenstherapie der Veränderungsnachweis des Verhaltens, also auch die Veränderung der Patientenselbsteinschätzung bezüglich seiner Symptome als wichtiger Wirksamkeitsfaktor gesehen wird, wird die subjektive symptombezogene Patientenselbsteinschätzung in den analytisch begründeten Verfahren nicht als gravierender Nachweis der Veränderung des Krankheitsgeschehens anerkannt.

Dafür gibt es mehrere Gründe, die im folgenden Text ausgeführt werden. Grundlegend ist aber zu betonen, dass die Veränderung der Symptombeschreibung durch den Patienten für die analytisch begründeten Verfahren besonders deshalb kein wissenschaftlich fundierter Nachweis der Veränderung des Krankheitsgeschehens darstellt, weil sich in den letzten 40 Jahren die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass jede geschilderte und erlittene Symptomatik eben nicht zwangsläufig als spezifische Begründung für das Vorliegen eines bestimmten Krankheitsbildes gelten kann, auch wenn dies früher in der Psychoanalyse vermutet wurde.

In einer absolut unverzichtbar mehrdimensionalen Diagnostik müssen analytisch begründet arbeitende Psychotherapeuten folgende Krankheitsaspekte zwingend bei der an den konkreten Patienten gebundenen Krankheitsdefinition untersuchen:

1. Welche unbewussten Strukturanteile sind bei dem individuellen Patienten durch welche Beziehungserfahrungen und welche subjektiven Abwehr- und Überwindungsmechanismen behandlungsbedürftig?
2. Welche unbewussten neurotischen Konfliktlösungsmuster sind aufzufinden und auf welchem biographischen Hintergrund sind sie entstanden?
3. Wodurch wird die Arbeits- / Beziehungs- und Liebesfähigkeit des konkreten Patienten eingeschränkt?
4. Wie und womit ist die Entstehung der unbewusst unzureichenden Selbstregulationsfähigkeit zu erkennen und zu verstehen?
5. Welche Hintergründe können die Instabilität oder Beeinträchtigungen in der geschlechtsspezifischen, subjekthaften Identitätsentwicklung erklären?
6. Welches sind die subjektiv erlebten Leidenszustände des Patienten, bezogen auf seine Symptomatik, auf sein Beziehungs-, Lebens- und Weltverständnis?
7. Wie zeigt sich die unbewusste Selbst- und Fremdschädigung des Patienten und wie kann sie sowohl psychodynamisch wie auch in ihrer funktionalen Bedeutung verstanden werden?
8. Welche Auswirkungen für den Behandlungsprozess sind durch das eingeschränkt-fixierte Unbewusste des Patienten auf das therapeutische Arbeitsbündnis zu erwarten?

Erst nach klinischer Beurteilung dieser acht Dimensionen, die sowohl die Aussagen des jeweiligen Patienten berücksichtigen wie auch die Einbeziehung des Erlebens und die Verarbeitung des Behandlers erfordern, kann dann über die Behandlungsplanung, die Zieldefinitionen und die zu wählenden Behandlungsform und das Setting **-zwingend gebunden an ein verfahrensspezifisches Konzept-** weiter entschieden werden.

Der Wegfall dieser mehrdimensionalen Diagnostik und die allein völlig unzureichende Reduktion des Krankheitsverständnisses auf die subjektive und symptomfixierte Patientenselbsteinschätzung lässt zweifelsfrei erkennen, dass im TK Modell schon bei der Frage der Diagnose und der Erfassung der Krankheit und des Krankheits- bzw.- des Behandlungsverlaufes die psychoanalytisch begründeten Behandlungen unvertretbar geschädigt werden.

Diese Entwicklung wird aber auch aus anderen Gründen seit Jahren kritisch hinterfragt. Bei den im Prinzip unverzichtbaren Anforderungen nach wissenschaftlich begründeten und empirisch belegten Wirksamkeitsnachweisen hat sich in der psychotherapeutischen Forschung die Konzentration auf die Messung der Veränderungen in der subjektiven Patientenselbsteinschätzung als Wirksamkeitsnachweis etabliert, auch wenn die zukünftige Entwicklung wohl zu einem differenzierterem Vorgehen führen wird.

Die Konzentration auf die symptombezogenen Patientenaussagen ist aus Gründen der Einfachheit und wegen der geringeren Kosten verstehbar:

Dennoch wird die notwendige kritische Diskussion über folgende Fragen immer wieder dahingehend geführt,

- ob es sich bei der Selbsteinschätzung eines einzelnen Patienten tatsächlich statistisch gesehen um einen Messvorgang handelt, weil die entsprechenden Tests sehr ausgiebig auf ihre Objektivität, Validität und Reliabilität geprüft werden, oder ob im Einzelfall immer die unbewusste tendenziöse Verarbeitung im Sinne einer unbewussten Zielorientierung des Patienten mit bedacht werden muss,
- ob die Zusammenfassung vieler Patienten in vergleichende Untersuchungsgruppen geeignet ist, um trotz der tendenziösen, subjektiven Patientenselbsteinschätzungen mit der Annahme eines wechselseitigen Ausgleichs der Unterschiede dennoch eine Aussage über die Wirksamkeit von Verfahren rechtfertigt,
- ob die Berechtigung zur Anwendung von komplexen mathematischen Rechenvorgängen auf Grund der Skalenqualität des erhobenen Datenmaterials überhaupt gegeben ist, weil das für alle komplexeren Rechenvorgängen statistisch zwingend notwendige metrische Intervallskalenniveau in der Psychotherapie schwer erreichbar ist, also Rechenoperationen vorgenommen werden, für die die statistischen Voraussetzungen gar nicht gegeben sind. Dies betrifft insbesondere die Untersuchungen, wie das TK-Modell, in dem nicht nur der Anspruch auf berechnete Mittelwertvergleiche zur Erstellung von Wahrscheinlichkeitsaussagen über Verfahren erhoben wird, sondern in dem konkrete und reale Tatsachenbehauptungen als Rückmeldungen mit dem Ziel der direkten Beeinflussung der Behandlung eingebracht werden.

Die Prüfung der Verfahren auf ihre Wirksamkeit hat hier zu einem tragfähigen Kompromiss geführt, der die Forderung nach standardisierten, kontrollierten und randomisierten Gruppenvergleichsstudien erhebt und damit für die Erforschung und für die Legitimation dieses Untersuchungszieles ein vertretbares wissenschaftliches Niveau aufweist. In diesen Untersuchungen interessiert der Einzelfall nicht als Einzelfall, er wird weder bewertet noch direktiv beeinflusst.

Auch wenn dieser Kompromiss auf Gruppenvergleichsstudien bezüglich der Wirksamkeitsnachweise für Verfahren akzeptabel zu sein scheint, muss bei der Einzelfalluntersuchung die geschilderte verfahrensspezifische mehrdimensionale Diagnostik aber dann zwingend gefordert werden, wenn aus den Ergebnissen Rückmeldungen an die Behandler erfolgen, insbesondere aber wenn auch die Patienten mit den Bewertungen mit dem Ziel der Beeinflussung des Behandlungsprozesses konfrontiert werden.

2.2. Die Begründung dafür, dass jeder Wirksamkeitsnachweis zwingend auch verfahrensspezifisch zu erfolgen hat und keinesfalls die Wahrscheinlichkeit einer statistischen Annäherung an den Mittelwert der Normalpopulation im Einzelfall ausreicht, wenn durch die Rückmeldung eine Beeinflussung der Behandlung beabsichtigt ist.

Das Erstaunen darüber, dass alle Forschung bisher gezeigt hat, dass eigentlich jede Form von Psychotherapie irgendwie wirkt, gleicht für einen klinisch erfahrenen Psychotherapeuten dem Erstaunen eines Kindes darüber, dass jeder Gegenstand, der schwerer ist als Wasser, beim ins Wasser werfen sicher und vorhersehbar wirksam Wellenbewegungen im Wasser auslöst.

Anders ausgedrückt: zum Überleben des Menschen hat wohl nichts mehr beigetragen als die unbewusste Fähigkeit des Menschen, sich auf alle möglichen Gegebenheiten einstellen bzw. sich ihnen anpassen zu können. Insofern führt prinzipiell jede bedeutsame Erfahrung tagtäglich zu wirksamer Veränderung des Menschen; alles kann dabei wirksam sein.

Dieses Wissen hat dazu geführt, dass das Psychotherapeuten Gesetz (PsychThG) u.a. mit dem Ziel der Ausschaltung eines durch mehrere hunderte von Psychotherapieverfahren gebildeten „Grauen Marktes“ verabschiedet wurde.

Es geht also nicht nur um die noch zu diskutierenden Schwierigkeiten bei der seriösen wissenschaftlichen Wirksamkeitserfassung und -messung bei Gruppen oder beim Individuum, sondern auch um die noch wichtigere Frage, wie und unter welchen Bedingungen eigentlich Wirksamkeit bewirkt wird.

Seit Jahrtausenden behandeln „Seelenkundige“ andere Menschen mit nicht zu leugnender Wirksamkeit: Es gibt unzählige Glaubenskonzepte, spirituelle, magische, scheinbar übersinnliche oder viele andere primitive oder fragwürdige Erfahrungen mit der nachweisbar wirksamen Beeinflussung von seelisch erkrankten Menschen: sie erleben sich hinterher anders. Gerade die Erfahrungen mit rechtsradikalen Gruppen, mit radikalen Sekten und Glaubensgemeinschaften zeigen, dass Wirksamkeit von Beeinflussung immer gemeinsam mit den Ursachen der Wirksamkeitsentstehung untersucht werden muss, wenn gemäß §70 SGB V die gesetzlich vorgeschriebene Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit von jeder Behandlung in der Krankenbehandlung tatsächlich angemessen untersucht werden soll.

Grob skizziert lässt sich heute sagen, dass abhängig von der zu Grunde liegenden Erkrankung eine Wirksamkeit bei psychisch kranken Menschen vorrangig dann sicher zu erwarten ist wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Der Patient leidet
- Der „Helfer“ beansprucht für sich einen höheren Status (Macht, Wissen, Können)
- Der „Helfer“ ist von seinem Tun und seinen Fähigkeiten sehr überzeugt
- Die Motivation für den Patienten kann vielschichtiger sein: Es gibt Hoffnung auf Erfolg, Angst vor Misserfolg, Zugehörigkeitswünsche zum Statushöheren oder Abhängigkeitswünsche vom Statushöheren, die zu Wirksamkeit führen. Vorrangig sind aber zwei Machtaspekte wirksam: wenn dem statushöheren „Helfer“ entweder die Macht zugeschrieben wird, dem Patienten helfen zu können oder ihm schaden zu können. Beide Machtaspekte begründen die Staterhöhung, insofern bilden sowohl Lob wie auch Tadel, zwei machtvoll Beziehungengrundlagen, um bei einem seelisch erkrankten Menschen unter der Bedingung Wirksamkeit bewirken zu können, dass der „Helfer“ oder frühere von diesem „Helfer“ real oder scheinbar gut behandelte Patienten von seiner Macht überzeugt scheinen.

So können die Beichten bei einem Priester genau so wirksam sein wie die Voraussagen einer Wahrsagerin in einer Kirmesbude, der rechtsradikale Verführer kann Angst mildern oder Depression lockern, genau so, wie der durch Drogen induzierte in Trancezustände verfallene Zauberer durch die Deutung des Fallens von in die Luft geworfenen Hähnchenknochen bei seinem Anhänger wirksam sein wird.

Satanisten können auf diese Weise genau so wirksam sein wie die Flüche von „Verfluchungsmächtigen“. Gerade im Bereich der nicht-falsifizierbaren Einflüsse, wie z.B. auch in der Homöopathie kann doch die Wirksamkeit nicht ernsthaft in Zweifel gezogen werden, son-

dem nur die Ursache für die erlebte Wirksamkeit, ebenso wie bei vielen anderen Placebo-Effekten.

- Eine weitere Bedingung scheint darin zu bestehen, dass der Patient durch entsprechende Rituale dem Geschehen eine Bedeutung gibt, die zu einer subjektiv erlebten Intensität führt: je intensiver, umso sicherer wird die Wirksamkeit, auch bezüglich der Dauer der Wirkung erlebt.

Diese Wissen verpflichtet also jeden Wissenschaftler zwingend dazu, die Fragen der Wirksamkeit immer auch unter den Fragen nach der Macht, der Beziehungsgestaltung und der Intensitäten daraufhin zu hinterfragen, ob diese Machtfaktoren für die Wirksamkeit verantwortlich sind, oder ob, unter Verzicht auf diese Manipulationsgrundlagen, die Wirkung auf psychotherapeutische Methoden zurückzuführen und auf Grund eines therapeutischen Arbeitsbündnisses entstanden ist.

Hier ist eine weitere gravierende Schwäche des TK-Modells deshalb zu erkennen, weil die externen Bewertungen der Behandlungen inhaltlich nur als Lob oder Tadel zu interpretieren sind und die Frage, ob dieses Machtgefälle unter Bezug auf das „Internetgestützte Qualitätsmonitoring des Hogrefe-Apparatzentrums“ ein scheinbar neuer Zauber zu sein beansprucht, weder gestellt, noch untersucht und schon gar nicht diskutiert wird. Diese Fragen könnten auch nur dadurch beantwortet werden, dass genaue Qualitätsmerkmale der spezifischen Verfahren und genaue Kompetenzfaktoren der Behandler operationalisiert und untersucht worden wären. Genau diese Differenzierung wird aber durch das scheinbar „verfahrenübergreifende“, in Wirklichkeit aber die psychoanalytisch begründeten Verfahren systematisch schädigende, die Verhaltenstherapie fördernde Untersuchungssetting wiederum systematisch unterbunden.

Insbesondere führt die Nichtberücksichtigung der Wirksamkeitsnachweise, die von den analytisch begründeten Verfahren tatsächlich zu erwarten und deren Nachweis auch zu Recht gefordert wird, zu den kritisierten Konsequenzen. Die tatsächlich zu untersuchenden Wirksamkeitsnachweise in den analytisch begründeten Verfahren sind, abhängig von der individuellen Zielgestaltung aus folgendem Katalog nachzuweisen:

1. Veränderungen bei den unbewussten Konfliktbewältigungsmustern
2. Veränderungen in der Strukturbeschaffenheit
3. Veränderungen in der Arbeits-/Liebes- und Beziehungskompetenz
4. Veränderungen in der Selbstregulationskompetenz
5. Veränderungen in der Entwicklung der geschlechtsspezifischen, subjektiven Identität
6. Veränderungen im Ausmaß des subjektiven Leidens (nicht nur symptomfixiert)
7. Veränderungen in der unbewussten Selbst- und Fremdschädigungsbereitschaft
8. Entfaltung des schöpferischen Unbewussten

2.3. Wie kann Wirksamkeit wissenschaftlich begründet untersucht werden?

Nachgewiesene gute Wirksamkeit von Psychotherapie kann auch als Erfolg der Behandlung bezeichnet werden. Die Kriterien dafür sind seit Jahren hinreichend diskutiert und bekannt.

Die Bundespsychotherapeutenkammer verweist in ihrer Stellungnahme zu den Psychotherapie-Richtlinien vom März 2006 auf das allgemeine Psychotherapiemodell von Orlinsky und

Howard, dass seit 1986 als „weithin akzeptiert gilt“ (S. 16). Hier werden die vier Faktoren aufgezeigt, die für den Erfolg einer Psychotherapie in ihrem Zusammenwirken notwendig sind:

„Nach dieser Analyse hängt der Erfolg von Psychotherapie – vereinfacht – von vier Faktoren ab: von der Person des Patienten (und ihrer Struktur), von der Person des Therapeuten (zweifach, zum einen seiner Persönlichkeit, zum anderen seiner Therapietechnik), von der Art der Störung des Patienten und vom Behandlungsmodell des Therapeuten in Interaktion mit der Fähigkeit des Patienten, von diesem zu profitieren. Eine ausschließlich störungsspezifische Therapieindikation ist hieraus nicht abzuleiten“ (Bundespsychotherapeutenkammer 2006, S. 16).

Aus dieser Analyse lässt sich bereits jetzt ableiten, dass allein die Angaben des Patienten bezogen auf seine subjektive Wahrnehmung keinesfalls als valide oder objektive Basis für einen Wirksamkeitsnachweis ausreichen kann, wie es im TK – Modell im Bewertungsvorgang vorgenommen wird, weil die anderen von der BPK veröffentlichten Wirksamkeitselemente nicht die zu fordernde Berücksichtigung fanden.

Wenn im Einzelfall die Wirksamkeit einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Richtlinienbehandlung wissenschaftlich begründet untersucht werden soll dann müssen mehrere Untersuchungsebenen berücksichtigt werden, wenn sich aus dem Ergebnis für den Patienten gravierende Auswirkungen für die Indikationsstellung, das Behandlungskontingent, die Behandlungsfrequenz, die Behandlungsdauer oder das Behandlungssetting ergeben, weil es weitere wichtige Konfliktfelder bei der Beurteilung der Wirksamkeit einer Behandlung auf Grund der Patientenselbsteinschätzung die hier angeführt werden müssen gibt.

Die Berechtigung des Vorwurfes, dass im Bewertungsvorgang im TK-Modell weder die Qualität noch die Wirksamkeit zuverlässig und damit unzulänglich erfasst wird, obwohl auf dieser Basis die bewertende Beeinflussung der Behandlung erfolgt, erfordert die Darstellung der weiteren Probleme bei den Patientenangaben.

2.3.1. Die Probleme bei der Messung der individuellen subjektiven Patientenselbsteinschätzung als Wirksamkeitsnachweis

Im Folgenden sollen einige Problemfelder aufgezeigt werden, die alle einen sehr vorsichtigen Umgang bei der Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapien allein auf Basis der Veränderungen der Patientenselbstangaben verdeutlichen werden.

Generell hat sich in der Psychotherapieforschung insbesondere bei vergleichenden Gruppenuntersuchungen aus guten Gründen die Praxis durchgesetzt, dass bei den Wirksamkeitsuntersuchungen natürlich auch eine Veränderung bei den Patientenselbsteinschätzungen untersucht werden muss. Man hat viele Jahre kontrovers diskutiert, ob bei Gruppenvergleichsstudien möglicherweise allein die Untersuchung der Veränderungen in den Patientenselbsteinschätzungen ausreichend sein kann, oder ob die anderen Quellen wie: Einbeziehung der Behandlungsrangabgaben oder externe Quellen wie Angehörige oder Krankentage bzw. Klinikaufenthalte oder Arztbesuche oder am besten geschulte externe Rater im Doppelblind-Design herangezogen werden müssen.

Ebenso gibt es viele Studien, die Tonband- oder Videoprotokolle zur Kontrolle und zur vertieften Evaluation dringend benötigten.

Zusammenfassend lässt sich heute sagen, dass auf Grund der im Folgenden dargestellten Probleme ein Wirksamkeitsnachweis auch bei Gruppenvergleichsstudien nur auf Basis der Patientenangaben nicht als ausreichend zu bezeichnen ist; je mehr andere Quellen herangezogen werden, umso größer erscheint die Validität der Ergebniserhebung gesichert. Im TK-Modell wird der Hauptwirkfaktor inhaltlich allein durch die Patientenselbsteinschätzungen bestimmt, daher sollen nun die Problemfelder aufgezeigt werden, um die Unzulässigkeit dieses Vorgehens für den konkreten Einzelfall nachweisen zu können.

2.3.1.1. Ein extern bewertender Monitoringvorgang über den Prozessverlauf von Psychotherapien ist auf der Grundlage allein von Veränderungen bei den subjektiven Patientenselbsteinschätzungen nicht zu rechtfertigen.

Die tatsächliche Veränderung an den Grundlagen einer seelischen Erkrankung muss aus Gründen der Objektivität deshalb durch einen fachkundigen Dritten bewertend beurteilt werden, weil sowohl der Patient wie auch der behandelnde Therapeut in das Geschehen verwickelt sind und mit jeweils eigenen Interessen motiviert an der Untersuchung teilnehmen. Diese Frage wird im Abschnitt über die Prüfung der Qualität weiter erörtert werden. Hier soll zunächst die Kritik von Rudolf und Grande (2003) angeführt werden. Die Autoren fordern für die klinische Beurteilung als unverzichtbar:

„-ausführliche anamnestische Angaben, welche Krankheitsverlauf und Vorbehandlung einschließen

- psychodynamische oder verhaltenstherapeutische Interpretation des Krankheitsgeschehens
- Begründung des Therapeuten für ein bestimmtes Vorgehen (Differentialindikation)
- Darlegung eines verfahrensspezifischen Behandlungsplanes durch den Therapeuten
- Formulierung von Therapiezielen durch den Therapeuten im Blick auf das gewählte Verfahren und den speziellen Patienten
- Diskussion prognostischer Gesichtspunkte durch den Therapeuten
- Formulierung von Therapiezielen durch den Patienten.

Ohne eine Berücksichtigung der wichtigsten klinischen Gesichtspunkte ist eine angemessene Bewertung psychotherapeutischer Vorgänge nicht möglich“ (Rudolf und Grande 2003).

Ebenso gravierend erscheint ihre Kritik an der Überschätzung der symptomfixierten Patientenangaben: „Dieses Modell setzt voraus, dass die zu behandelnde Störung regelhaft oder in der überwiegenden Zahl der Fälle mit der Symptomatik identisch ist, die durch die Instrumente erfasst werden. Dies entspricht aber weder der klinischen Erfahrung noch der Auffassung der hauptsächlichlichen psychotherapeutischen Schulen, auch nicht der kognitiven Verhaltenstherapie. Das bedeutet, dass die therapeutisch relevanten Veränderungen nur einen indirekten Bezug zur Symptomveränderung aufweisen und dass diese nicht oder nur in besonderen Fällen den Stand der Veränderung – bezogen auf die grundlegende Störung- direkt widerspiegelt. Typische Beispiele sind:

- Patienten, bei denen sich die Symptomatik durch die haltgebende therapeutische Beziehung rasch mindert, ohne dass sich die zugrundeliegenden und krankheitsbedingenden Muster des Erlebens und Verhaltens geändert haben.
- Patienten, bei denen sich die Symptomatik zeitweise verstärkt, wenn durch die Änderung zugrundeliegender Muster des Erlebens und Verhaltens eine vorübergehende, aber therapeutisch günstige Labilisierung eintritt.

- Besonders häufig schwer kranke Patienten, die durch ihre Störung bedingt bei sich selbst gar keine oder nur eine geringe Symptomatik erleben, so dass das Ausmaß der krankheitswertigen Auffälligkeiten in der Selbstbeurteilung unterschätzt bzw. völlig falsch eingeschätzt wird“ (Rudolf und Grande 2003).

Abschließend kommen sie daher zu folgendem Urteil: „Jedoch ist ein Entscheidungsalgorithmus zur Fortführung oder zur Beendigung von Psychotherapien, der allein oder wesentlich auf dem geplanten Monitoring beruht, klinisch unangemessen, führt notwendigerweise zu Fehlentscheidungen und schadet somit den Patienten“ Rudolf und Grande 2003).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Tschuschke (2003). Nach Prüfung des Projektes kommt er zu dem Ergebnis: „Das vorgelegte Design allerdings ist in seiner vorgelegten Form sehr in Frage zu stellen. Die Gründe hierfür wurden ausgiebig angeführt und diskutiert. Damit ist der Wert des gesamten Modellvorhabens anzuzweifeln (Tschuschke 2003).“

Leider führten auch diese klaren Voraussagen aus 2003, die erst Jahre später nach entsprechender empirischer Begründung zu der Veränderung der Bewertungen führte, nicht rechtzeitig zur notwendigen Korrektur des Modellvorhabens.

2.3.1.2. Die unbewusste Zielorientierung bei der Patientenselbsteinschätzung vor der Bewilligung der Behandlung

Es gibt sehr viele klinische Erfahrungen damit, dass es nach Behandlungsbeginn oft innerhalb kürzester Zeit zu erheblichen Verbesserungen im Erleben des Patienten kommt, ebenso findet sich sehr häufig am Behandlungsende eine meist kurzfristige Verschlechterung. Diese Erfahrung ist dadurch verstehbar, dass ein Patient bei der Angabe seiner Symptomatik nie eine objektive Angabe macht, sondern in der Regel eher mehr als weniger unbewusst versucht, seine unbewussten Phantasien über die Bedeutung seiner Angaben für die Behandlung umzusetzen. Dadurch entstehen individuell unterschiedliche Motivationen der Patienten.

Wenn ein Patient z.B. glaubt oder ihm der Behandler mitteilt, dass nur mit einer schweren und intensiven Symptomatik die Kasse die Behandlungskosten übernimmt, dann wird der Patient in seinem derart beeinflussten Interesse bei seinen Selbsteinschätzungen seine Beschwerden eher als gravierender erleben als vor dieser Phantasie.

Ein Patient, der sich wegen einer schweren Symptomatik, z.B. wegen seiner sexuellen Phantasien, sehr schämt, wird u.U. seine Beschwerden als leichter erleben, als sie aus einem theoriegeleiteten Verständnis einzuschätzen sind.

Wenn, wie es in der Realität geschieht, dem Patienten mitgeteilt wird, dass er nun mit den modernen und evaluierten Verfahren behandelt wird und er bei Fortbestehen der Symptomatik dann eben nicht mehr psychotherapeutisch behandelbar sei und deshalb dann psychiatrisch und wegen der dann schwereren Diagnose auch medikamentös oder stationär behandelt werden muss, dann wird dieser Patient u.U. keine intensive Symptomatik mehr erleben, auch wenn die grundlegenden Krankheitselemente möglicherweise fortbestehen.

Diese Beispiele müssen hier ausreichen, um auf Basis klinischer Erfahrungen darauf hinzuweisen, dass jede Patientenselbsteinschätzung, insbesondere dann, wenn die Behandlungssituation noch nicht definitiv geklärt ist (Bewilligung, Verlängerung, Beendigung), immer unbewusst durch die Motivationsstruktur des Patienten massiv mit bestimmt wird. Bei der subjektiven Patientenselbsteinschätzung muss dieser Motivationsfaktor immer berücksichtigt wer-

den, wenn die Objektivität, Validität und Reliabilität derartiger Datengrundlagen beurteilt wird und daraus Schlüsse gezogen werden.

Das bedeutet weder, dass Patienten bewusst lügen oder bewusst manipulieren, noch, dass die Angaben prinzipiell völlig bedeutungslos seien, sondern es bedeutet, dass der individuellen subjektiven Patientenselbsteinschätzung sehr wohl eine Bedeutung zukommt, deren Verständnis für ihre Entstehung und auch Veränderung im Behandlungsprozess für das Aufarbeiten seiner seelischen Dynamik und Beziehungsphantasien wichtig ist.

Es ist aber ein wesentlicher Umstand, ob man die Patientenselbsteinschätzung und ihre Entstehung einem verstehenden Deutungsprozess unterzieht oder ob man diese Aussagen im Einzelfall in Zahlen umwandelt und dann von einer gesicherten Objektivität ausgeht.

Gerade bei den Diagnosen der häufig auftauchenden hysterischen Erkrankungen gehört es zum gesicherten analytischen Wissensstand, dass gerade diese Erkrankung im Kern von einer im Dienst der Abwehr oder Überwindung stehenden veränderten Selbstbeschreibung begleitet wird.

Hier wird beispielhaft deutlich, dass eine Selbsteinschätzung auch auf mehreren Dimensionen zwangsläufig in Frage zu stellen ist, weil es zum Charakter dieser Erkrankung gehört, dass eine Selbstrepräsentanz gezeigt und sogar vehement verteidigt wird, die offensichtlich nicht der Realität entspricht – und im Übrigen im Verlauf einer guten Behandlung- auch im Nachhinein als unbewusst funktional verzerrte Selbsteinschätzung verstanden werden kann, wenn der Sinn dieser Fehleinschätzung aufgedeckt werden kann.

Die zum Glück nur von wenigen Psychotherapieforschern unreflektierte Annahme, dass die Umwandlung der subjektiven Patientenselbsteinschätzung durch den Gebrauch eines Testverfahrens in eine Zahl eine tatsächlich objektive und valide Messung auf einem Skalenniveau sei, das weitere Rechenoperationen mit dem Ziel der Beeinflussung des Behandlungsprozesses zulässt, ist so einfach nicht zu akzeptieren. Die im Folgenden aufgeführten Probleme bei der Wirksamkeitsmessung müssen im Einzelfall immer dann mit berücksichtigt werden, wenn auf dieser Basis weit reichende Indikationsentscheidungen abhängig gemacht werden. Diese Forderung wird durch die nun zu berücksichtigenden empirischen Ergebnisse untermauert.

2.3.1.3. Patientenselbsteinschätzung: Messung, kritische Reflektion oder Zahlenzauberei: empirische Ergebnisse aus der TRANS-OP-Studie von Puschner et al (2004).

In der TRANS-OP-Studie war der aufgezeigte Fragebogen zur Patientenselbsteinschätzung zu verschiedenen Zeitpunkten der Untersuchung vom Patienten auszufüllen: zunächst vor der Zusage eines Behandlungsplatzes, dann nach Zusage des Behandlungsplatzes, aber vor der ersten Behandlungsstunde und dann mehrfach im Verlauf. Dieses Ergebnis ist deshalb so bedeutsam, weil im TK Modell ebenso die Patientenselbsteinschätzung vor Behandlungszusage erhoben wird, um gerade dadurch die Fragen der Behandlungsnotwendigkeit und auch die Schwere der Erkrankung messen zu wollen.

Das Ergebnis aus der TRANS-OP-Studie lässt zweifelsfrei erkennen, dass es zu erheblichen Veränderungen in der Patientenselbsteinschätzung kommt, ohne eine einzige Therapiestunde aber nach Zusage der Behandlung, aber nur scheinbar wie von Zauberhand. Damit ist auch empirisch die klinische Erfahrung unterstützt, dass Patienten unbewusst ihre Selbstbeschreibung nach eigenen Motiven und unbewussten Phantasien mitgestalten: Möglicherweise erle-

ben Patienten ohne vorherige Therapieplatzzusage ihre Symptome gravierender, möglicherweise führt andererseits die Hoffnung auf Erfolg der Behandlung bereits zu einer veränderten Leiderfahrung.

Dies ist damit auch ein empirisch ernstzunehmender Hinweis darauf, wie wenig objektiv und wie gering die Validität der Datenerhebung im Einzelfall sein kann und wie vorsichtig diese Ergebnisse dann für die reale Therapieentscheidung ausgelegt werden müssen.

Zunächst hier eine Übersicht einiger individueller Verläufe aus der TRANS-OP-Studie, aus der hervorgeht, dass es in Einzelfällen sogar dazu geführt hat, dass eine Verbesserung eingetreten ist, die daran denken lässt, dass dieser Patient gar nicht mehr unter einer krankheitswertigen Symptomatik leidet, obgleich dieser Patient vorher eine sehr hohe Belastung angegeben hat.

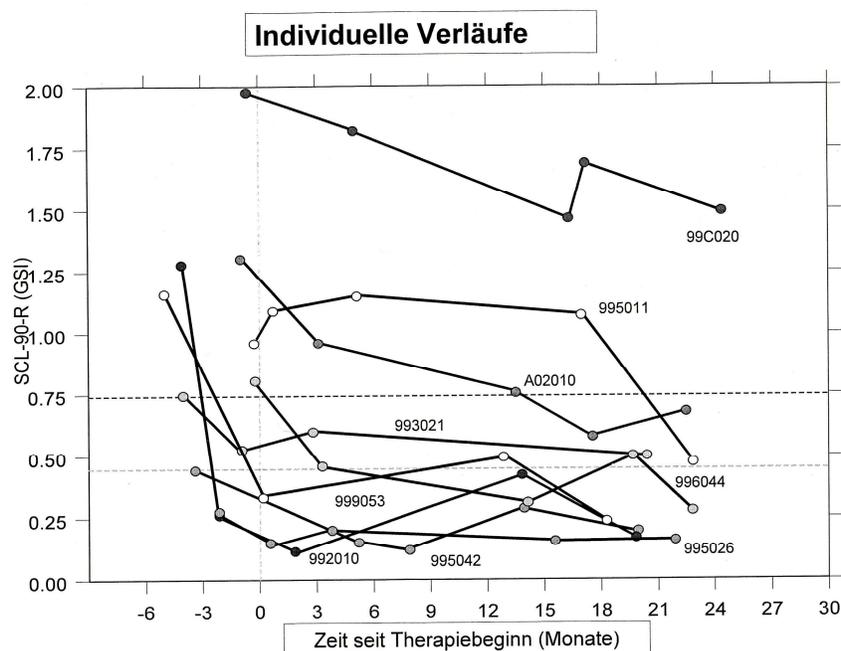


Abb. 4 Übersicht aus der TRANS OP Studie (Puschner et al 2004)

Diese Skizze ist folgendermaßen interpretierbar: Zwischen den beiden waagrecht gestrichelten Linie (grob zwischen 0,48 und 0,75 auf der X-Achse) liegen die Daten der als gesund angenommenen Normalpopulation. Ein behandlungsbedürftiger Patient wird demnach oberhalb dieses hier gestrichelt gezeichneten Bereiches liegen, er gibt höhere Werte als die Normalpopulation an. Hier wird nun erkennbar, dass von den dargestellten acht Behandlungsverläufen in der Tat sieben Patienten oberhalb der Normalpopulation liegen.

Aber die sie liegen insbesondere deshalb auf einem derart hohen Niveau, weil sie zu einem Zeitpunkt erhoben wurden, an dem eine Kostenzusage noch nicht erfolgt war. Eine zweite Erhebung zum Zeitpunkt unmittelbar vor Behandlungsbeginn, jedoch nach Vorliegen der Bewilligung zeigt, wie klinisch zu erwarten ist, ein völlig anderes Bild: Bis auf einen zeigen sieben Patienten eine z.T. gravierende Besserung in der Selbsteinschätzung ohne jede Behand-

lung: Vermutlich ist hier der Wegfall der Angst vor einer Ablehnung und die “Hoffnung auf Erfolg“ als Veränderungsgrund anzunehmen. Bei dem Patienten, der sich nach Behandlungsbeginn unmittelbar verschlechterte, könnte untersucht werden, ob er erst in der Sicherheit einer genehmigten Behandlung sich zu einer möglicherweise angemesseneren, hier dann schlechteren Einschätzung traute.

Besonders gravierend ist hier zu erkennen, dass es im Verlauf einiger der tatsächlich durchgeführten Behandlungen nie wieder zu derart großen Veränderungen in der Patientenselbsteinschätzung kam, wie in der Zeit zwischen der Behandlungszusage vor Behandlungsbeginn. Allein dieses Ergebnis sollte den TK-Forschern dringend zur Reflektion der Annahme dienen, ob tatsächlich in dem modifizierten Gutachterverfahren den Patientenselbsteinschätzungen vor (!) Behandlungsbeginn eine derart große Bedeutsamkeit für die Bewilligungsentscheidung zuzuweisen ist.

Diese Einzelfallbelege werden ferner durch die folgende Übersicht der Mittelwertvergleiche, bezogen auf die beiden analytisch begründeten Verfahren, bestätigt.

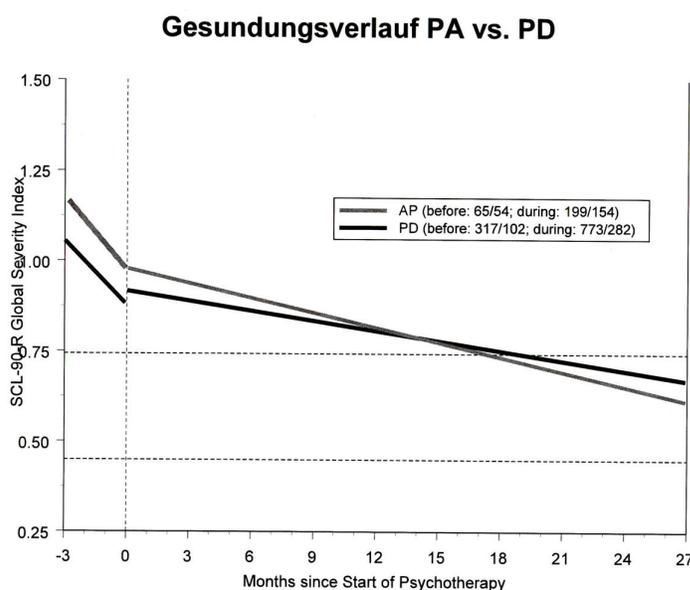


Abb. 5 Übersicht aus der TRANS-OP Studie (Puschner et al 2004)

Festzustellen ist hier auch im Mittelwertvergleich: Wenn sich die Daten aus den Patientenselbstbeschreibungen im SCL 90 R in den drei Monaten vor Beginn der Behandlung, ohne jegliche Behandlung weitgehend und am schnellsten verbessern können, so schnell wie nie wieder im Behandlungsverlauf, dann können sie allein keinesfalls als objektives, sicheres und zuverlässiges Merkmal für den Nachweis der Wirksamkeit der Behandlung allein verwendet werden.

Aber auch unter Berücksichtigung dieser empirischen Ergebnisse lässt sich für das modifizierte Gutachterverfahren im TK-Modell bereits hier betonen, dass jede Gewichtung

der symptombezogenen Patientenselbsteinschätzung vor Genehmigung der Behandlung als wesentliches Genehmigungskriterium als vollkommen ungeeignet, sogar als unzulässig einzuschätzen ist, weil es maßgeblich durch die unbewusste oder vorbewusste Zielorientierung des Patienten bestimmt wird und damit keinesfalls wissenschaftlichen Gütekriterien entspricht.

Später wird diese Untersuchung auch bei der Frage der Qualitätserfassung des Monitoringvorgangs erneut herangezogen werden müssen.

2.3.1.4. Die Bedeutung des Erhebungszeitpunktes der Patientenselbsteinschätzung

Aus der damit deutlich gemachten unbewussten Motivation eines Patienten und deren Auswirkungen auf das symptomatische Leiden bei den Fragen, ob eine Behandlung notwendig ist oder nicht, ob sie bewilligt oder wann sie beendet wird, ist zu erkennen, dass der Erhebungszeitpunkt auf das Ergebnis der Wirksamkeitsmessung erheblichen Einfluss hat.

Der Zeitpunkt der Erhebung der Patientenselbsteinschätzung ist aber zudem aus einem anderen Aspekt zusätzlich wichtig: Therapien verlaufen individuell, wie aus der Tabelle mit den individuellen Verläufen erkennbar wird, sehr unterschiedlich.

Das Erleben der symptomatischen Belastung des Patienten ist neben den bereits erörterten Fragen auch vom Behandlungsprozess abhängig. Die Begründung wurde bereits mit der Beschreibung der Heidelberger Umstrukturierungsskala später bei den psychoanalytisch begründeten Behandlungsverlaufskonzepten vorgestellt, hier soll zunächst der Hinweis ausreichen, dass die sichere Einschätzung der Intensität und des Umfangs der Wirksamkeit sowie die Veränderungen im Prozessverlauf davon abhängig sind, was zwischen den beiden Personen im Behandlungsprozess geschieht. In den psychoanalytisch begründeten Verfahren gibt es gewollte und damit aus verfahrensspezifischer Logik eine gewünschte Verschlechterung im subjektiven Erleben des Patienten. Das bedeutet konkret, dass, wenn das Erleben des Patienten das alleinige Kriterium für die Wirksamkeitsmessung ist, dass dann zwangsläufig bei einer Verschlechterung des Patientenerlebens die Wirksamkeit negativ bewertet werden muss – und dies – obwohl theoriegeleitet sehr begründet ein guter Prozess, also eine tatsächlich gute Wirksamkeit in Gang gekommen ist. Dieser Umstand wird später bei der Diskussion, ob die Qualität der Behandlung erfasst wird, genauer vorgestellt, weil an der Stelle dann die Fehlerhaftigkeit des „Internetgestützten Qualitätsmonitoring“ sowohl theoretisch begründet wie mehrfach empirisch abgesichert, bewiesen wird.

Die Frage des Zeitpunktes wird auch bei den verhaltenstherapeutischen Untersuchungen von erheblicher Bedeutung sein, weil auch hier die Behandler phasenweise Verschlechterungen im Erleben der Patienten sehr wohl auch als gute Krisen schildern.

2.3.1.5. Die Bedeutung der Erhebungssituation durch Therapeuten, deren Objektivität nachweisbar nicht gesichert ist: Die Umsetzung von Eigeninteressen einer Behandlergruppe. Die Prüfung der grundlegend zu fordernden Objektivität der Behandler in einem Modellvorhaben.

Ein weites Einflussfeld für die Selbsteinschätzungen von Patienten bietet die Situation bzw. die Kontrolle der Situation, in der die Daten erhoben werden.

Die Forderung nach Objektivität lässt sich dadurch erfüllen, dass die fachlich nicht begründeten Einflüsse von anderen Personen auf den Patienten möglichst gering sind, dass also die erkennbaren Eigeninteressen der Behandler ausgeschlossen werden müssen.

Das hätte im TK-Modell sehr einfach viel besser dadurch sicher gestellt werden können, dass die Patienten ihre Angaben zu Hause gemacht hätten und dann anonymisiert an eine objektive Stelle per Post zugesendet hätten. Dieser durchaus in der Forschung zu findende Anonymisierungsprozess war im TK-Modell deshalb nicht möglich, weil ja die Patientendaten zur Berechnung der Bewertung und zur Rückmeldung an den Behandler benötigt wurden: Hier zeigen sich die ernst zu nehmenden Folgen der Überfrachtungen im Design: Wenn man die Daten nicht anonymisiert und benutzen will, dann ist der Forderung nach Sicherstellung der Objektivität in besonderem Maße nachzukommen.

Wenn nun der Eindruck entstehen sollte, dass dies ein ungewolltes Versehen oder eine nicht bedachte Kleinigkeit sei, dann ist für die Beurteilung der Sicherstellung der Objektivität ein Blick auf die Werbung für die Teilnahme am Modellvorhaben hilfreich:

Interessierte Behandler wurden mit folgenden Argumenten an der Teilnahme motiviert:

- „Gleichzeitig entfällt damit bei den allermeisten Therapien ein Gutachterverfahren bei der Aufnahme einer Langzeittherapie“ (TK Beschreibung November 2003 S.19).
- „Das traditionelle Gutachterverfahren wird im TK-Modell ausgesetzt und es erfolgt keine Differenzierung in Kurzzeit- und Langzeittherapie“ (TK Beschreibung November 2003 S. 20)
- Wegfall des ausführlichen Berichtes an den Gutachter in der Experimentalgruppe
- Bei entsprechend hohen Patientenselbsteinschätzungen auf den drei verwendeten Tests keine zwingende gutachterliche Prüfung der Behandlerberichte
- Angabe des Zieles des Modellvorhabens: Prüfung der Effektivität und Effizienz des regulären Gutachterverfahrens und Prüfung der Einführung eines modifizierten Gutachterverfahrens, das zu erheblichen Erleichterungen für die Behandler führt.

Psychotherapie ist ein Beziehungsvorgang, in dem sowohl die Frage der Macht wie auch die Fragen der Abhängigkeit oder deren Vermeidung von zentraler Bedeutung sind, wenn man die Veränderungsursachen untersuchen will.

Von daher scheint es sehr problematisch, wenn die Erhebungssituation im TK Modellversuch in der Praxis des behandelnden Psychotherapeuten ist und dadurch diverse Gefährdungen der Objektivität vorliegen. Füllt der Patient die Fragebögen im Beisein des Behandlers aus, gibt es dabei Kommunikation, nimmt der Behandler durch seine verbale und non-verbale Haltung bewusst und unbewusst Einfluss? All diese Fragen bleiben in einer unkontrollierten Erhebungssituation unbeantwortet.

Die Frage der Objektivität hat im TK-Modellvorhaben deshalb eine so große Bedeutung, weil die Repräsentativität der Behandler für die Verfahren, von denen die Forscher ausgehen, dass sie angewendet werden, real nicht automatisch gegeben ist, weil nachweisbare und vielfältig diskutierte Eigeninteressen vorliegen können und daher zu erfassen oder besser: auszuschließen sind.

Die Motivation der teilnehmenden Behandler muss deshalb ernsthaft bedacht und reflektiert werden, weil ein mögliches Eigeninteresse der Behandler an bestimmten Ergebnissen eine erhebliche Auswirkung auf die Erhebungssituation und die Patientenaussagen hat.

Dieses Eigeninteresse der Behandler wird in den berufspolitischen Auseinandersetzungen zwar immer wieder benannt, aber selbstverständlich ist ein Eigeninteresse der Behandler mit wissenschaftlichen Mitteln nur schwer oder gar nicht sicher nachweisbar.

Damit bewegt sich der Kritiker auf unsicherem Boden, einerseits sollte er sich vor nicht belegbaren Verdächtigungen oder Unterstellungen hüten, andererseits dürfen erkennbar und intern auch offen benannte Eigeninteressen nicht verschleiert oder unbenannt bleiben, wenn verhindert werden soll, dass gerade nicht benannte Interessen durch ihre Leugnung geradezu sicherer umsetzbar sind.

Von daher sind drei Vorbemerkungen vor der Darstellung der zu reflektierenden Einflüsse der Behandler auf die Ergebnisse notwendig:

- Die Kritiker des TK-Modells kritisieren keine anderen psychotherapeutischen Verfahren, die bisher in den berufs- und /oder sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren nicht anerkannt wurden oder gar keine Anerkennungsanträge gestellt haben.

- Ferner wird die Wirksamkeit von Behandlungen, die sich nicht an den Richtlinienverfahren orientieren und deren Merkmale nicht erfüllen, prinzipiell nicht in Frage gestellt, wenn sie von approbierten Psychotherapeuten durchgeführt werden. Mit der Approbation ist nicht nur die rechtliche Frage der Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde ausgesprochen, es ist auch gesichert davon auszugehen, dass jeder ausgebildete Psychotherapeut, der individuell die Erfüllung der Kriterien zur verfahrensspezifischen Zulassung zur kassenrechtlichen Versorgung nachgewiesen hat, auch über entsprechende Kompetenzen verfügt.

- Drittens ist eine Pluralität von Verfahren mindestens aus drei Gründen wünschenswert: Erstens dient eine konkurrierende Auseinandersetzung immer der Weiterentwicklung des Faches, sei es durch klare Abgrenzungen, durch Auseinandersetzungen und Diskurs oder durch Annäherungen und Gemeinsamkeiten. Zweitens ist es durchaus wünschenswert und entspricht der Praxis, dass Behandler über den eigenen Tellerrand des Verfahrens, in dem sie ausgebildet wurden, schauen und von anderen lernen bzw. eine persönliche Integrationsarbeit leisten.

Drittens liegt die Verantwortung für seine Behandlungspraxis persönlich beim Behandler, diese Verantwortung gebietet dann aber auch den notwendigen Freiheitsraum zur individuellen Ausprägung der professionellen Schwerpunkte, Interessen oder auch besonderen Fähigkeiten oder besonderen Schwächen.

Dennoch müssen folgende Punkte bedacht und ernsthaft reflektiert werden:

Im TK Modell wird an keiner einzigen Stelle geprüft oder sicher gestellt, dass die benannten Verfahren überhaupt zur Anwendung kommen. In sehr vielen seriösen Wirksamkeitsstudien wird diese Frage der internen Validität bezüglich der Verfahrensanwendung mit erheblichen Anstrengungen (externe Rater, externe Medien wie Video/Tonband, Anwendung, Schulung und Nachweis der Arbeit mit verfahrensspezifischen Manualen oder Teilnahme an verfahrensspezifischen Super- Interventionen) berücksichtigt. Gerade in der aktuellen Überprüfung der Richtlinienverfahren bezüglich ihrer Evidenzbasierung werden nur diejenigen Studien zugelassen, die zweifelsfrei belegen können, dass die behaupteten Verfahren tatsächlich zur Anwendung kommen.

Es ist daher überhaupt nicht hinnehmbar, dass einerseits die Krankenkassen von den Fachgesellschaften und verfahrensspezifisch forschenden Wissenschaftlern die Erfüllung des Nachweises der Anwendung der Verfahren vehement und wissenschaftlich natürlich völlig zu Recht fordern und dann eine einzelne Krankenkasse diese Forderung geradezu vollständig ignorieren zu können meint.

An dieser Stelle gewinnt nun die Gruppe der Behandler deshalb eine Bedeutung, weil auch der Abschluss einer kompletten Ausbildung und die Mitgliedschaft in einer verfahrensspezifischen Fachgesellschaft oder die verfahrensspezifische Begleitung des Forschungsvorhabens z.B. durch verfahrensspezifische Supervision oder durch verfahrensspezifische Berichte über verfahrensspezifische Behandlungsmethoden auch die Anwendung dieses Verfahrens belegen kann, wenn es sich um entsprechend ausgebildete und eingebundene Verfahrensbehandler handelt.

Nun finden wir aber folgende Situation vor:

Mit der Verabschiedung des PsychThG hatten sich alle Beteiligten aus vielen Gründen auf den guten Kompromiss geeinigt, dass es vertretbare Übergangsbestimmungen für die in erheblichem Umfang tätigen Psychotherapeuten gab, die in keinem der Richtlinienverfahren über eine an den dazu seit Jahrzehnten anerkannten Ausbildungsinstituten absolvierten Ausbildung verfügten. Zudem sicherte der Kompromiss, dass es zu einer klaren Anerkennungsregelung für neue Verfahren durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie kam.

Auch erhielten so alle anerkannten Behandler neben der Approbation auch eine Zulassung im Kassenrecht, in der weiterhin nur die anerkannten Richtlinienverfahren zur Anwendung kamen. Das bedeutet, dass unter der Bezeichnung „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ die Mehrheit der gegenwärtig zugelassenen Behandler zwar umfangreiche Kenntnisse nachweisen musste, sie auch in der Theorie und in der Supervision entsprechend verfahrensspezifisch nachqualifiziert wurden, diese Nachqualifikation aber nicht mit einer kompletten Ausbildung gleichgesetzt werden darf, u.a. auch deshalb, weil die psychoanalytische Selbsterfahrung aus guten Gründen nicht in der Nachqualifikation vorgeschrieben wurde. Die Lehranalyse ist aber ein existentieller Bestandteil jeder psychoanalytisch begründeten Ausbildung: wer sie nicht nachgewiesen hat, kann nicht als legitimer Vertreter dieser Verfahren anerkannt werden.

Es ist daher aus folgenden Gründen problematisch, wenn die TK-Forscher davon ausgehen, dass allein die Abrechnungsziffer der Nachweis der Anwendung des Verfahrens ist:

- Aus der Perspektive der psychoanalytischen Fachgesellschaften wurden die Übergangsregelungen aktiv mitgestaltet und daher auch akzeptiert, dass die Nachqualifikation einen nicht in Frage zu stellenden Mindeststandard an Verfahrenskompetenz sichert, allerdings erscheint es aus dieser Perspektive nicht zulässig, diese Personengruppe generell als repräsentativ für die beiden analytisch begründeten Verfahren bei Wirksamkeitsuntersuchungen heranziehen zu dürfen, wenn gleichzeitig überhaupt nicht untersucht wird, was sie tun.
- Es gibt an jeder psychologischen Psychotherapeutenkammer in der BRD durchaus größere und einflussreiche Gruppierungen, die sich nachhaltig für die Ausbildung und Anwendung anderer Psychotherapieverfahren oder Integrationskonzepte auch im Kassenrecht einsetzen. Diese Gruppierungen treten in vielfältigen Veröffentlichungen, genauso wie in vie-

len stationären Einrichtungen dafür ein, dass ihre Mitglieder unter der bereits angeführten Eigenverantwortung andere Verfahren oder Elemente dieser anderen Verfahren einsetzen. Prinzipiell ist bei diesem Vorgehen nicht zwangsläufig von einer Wirksamkeits- oder Qualitätsgefährdung auszugehen, allerdings werden dadurch eben nicht die von der TK behaupteten Richtlinienverfahren angewendet. Gerade bei den sogenannten humanistischen Verfahren besteht einerseits eine Nähe zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren, aber es gibt auch große Unterschiede und verschiedene Behandlungsmethoden wie –ziele. Von daher verbietet es sich aus fachgesellschaftlicher Perspektive, diese Behandlergruppe quasi automatisch und ohne jede Prüfung dessen, was sie tun, als repräsentativ für die beiden analytischen Richtlinienverfahren anzuerkennen.

- In einer Studie zum Gutachterverfahren äußerten sich in einer anonymisierten Umfrage die befragten Kassenbehandler dahingehend, dass über 70 % der Verhaltenstherapeuten etwas anderes in ihren Behandlungen anwendeten als die klassische VT, bei den Psychoanalytikern gaben immerhin 60 % an, dass sie Psychoanalyse gemäß der Theorie anwendeten. Auch hierdurch wird empirisch abgesichert zweifelsfrei belegt, dass allein die Abrechnungsziffer keinesfalls als Gewähr dafür gelten kann, dass die derart abgerechneten Behandlungen tatsächlich dem Verfahren entsprechend durchgeführt wurden.

Die Objektivität der Behandler und der Erhebungssituation wird durch ein weiteres Problemfeld erheblich gefährdet. Aufgrund der geschilderten unterschiedlichen Ausbildungen werden die Berichte im Gutachterverfahren von den Behandlern sehr unterschiedlich bewertet und eingeschätzt. Die Behandler, die in den Richtlinienverfahren ausgebildet wurden, sind in der Erstellung der Berichte an den Gutachter geschult und ausgebildet. Alle psychoanalytischen Fachgesellschaften sehen das Gutachterverfahren als unverzichtbar an, auf die Bedeutung des Gutachterverfahrens wird später noch genauer eingegangen. An dieser Stelle muss aber bedacht werden, dass im TK Modell durch die Kürzung der Berichtsanforderungen an den Behandler und die Gewichtung der Patientenselbsteinschätzungen als Grundlage für die Indikationsstellung und die Genehmigung der Behandlung das bestehende Gutachterverfahren grundlegend verändert werden soll. Dass dies im Interesse derjenigen Behandler liegen könnte, die in anderen Verfahren ausgebildet sind oder Ansätze anderer Verfahren in ihren Behandlungen nutzen, ist zu vermuten. Schließlich wurde das Gutachterverfahren eher weniger aus fachlicher Sicht, sondern letztlich vorrangig aus berufspolitischen Erwägungen heraus von einigen Gruppierungen wiederholt kritisiert. Leider haben einige frühere gutachterliche Stellungnahmen auch zu dieser Ablehnung Grund geboten, dieser Missstand wurde aber durch die KBV mittlerweile weitgehend abgestellt.

Es gibt aber weiterhin Interessenlagen, die für eine Abschaffung des Gutachterverfahrens sprechen: Die Ablehnungsquote in den psychoanalytisch begründeten Verfahren lag 2009 bei 4% in der VT bei 2,8%, geändert (d, h, in der Regel gekürzt) wurden in den analytisch begründeten Verfahren zusätzliche 10,3 %, in der VT bei 6,4%. Das belegt, dass in den psychoanalytisch begründeten Verfahren 14,3 % der Anträge nicht so bewilligt wurden, wie sie beantragt wurden, d.h. etwa jeder 7. Antrag wurde beanstandet.

In der VT wurden 9,2% der Anträge verändert, also etwa jeder 10. Antrag beanstandet.

Einerseits zeigt dieses Ergebnis zwar die Wirksamkeit des Gutachterverfahrens auf, andererseits ist dies natürlich eine Grundlage für Interessierte, dieses Verfahren zu ändern.

Ein gravierendes Warnsignal für die Frage der Gefahr für die Repräsentativität und Objektivität der an der Untersuchung teilnehmenden Behandler hätte der einmalige Vorgang sein müssen, als alle psychoanalytischen Fachgesellschaften nach intensiven Diskussionen ihren Mitgliedern empfohlen haben, an dieser Studie nicht teilzunehmen und die Einberufung einer qualifizierten Ethikkommission gefordert haben.

Spätestens hier hätte die TK erkennen können und müssen, dass dieses Modellvorhaben schädigende Auswirkungen für alle Beteiligten haben würde, die weder den Patienten noch den Behandlern hätte zugemutet werden dürfen.

Bei der Diskussion der Frage der Objektivität der Behandler wurde unter der Forderung nach Randomisierung wegen zu befürchtender Nicht-Objektivität dieser Umstand unter der Frage „besonders motivierter“ Behandler von der TK folgendermaßen beantwortet:

„Das Problem der Selektion durch Mitarbeit von besonders hoch motivierten Therapeuten ist für den Vergleich des Qualitätsmonitorings mit der Standardbehandlung irrelevant. Die Randomisierung erfolgt ja bei den Therapeuten, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme bekunden. Sollte ein systematischer Bias durch teilnahmemotivierte Therapeuten entstehen, so wirkt sich dieser in gleicher Weise auf Experimental- und Kontrollgruppe aus. Der Test auf Unterschiedlichkeit zwischen Experimental- und Untersuchungsgruppe wird dadurch nicht verfälscht“ (Fydrich, Lutz, Nagel, Richte, Wittmann 2003).

Aus dieser Antwort wird die Unkenntnis der Realsituation, wie sie oben geschildert wird, klarer erkennbar. Gleichzeitig wird aber auch der Verführungscharakter des TK Modells und die Attraktivität für einzelne Behandlergruppen deutlich. Zuvor soll jedoch die Frage untersucht werden, ob untersucht wird, dass die Patienten die notwendige und zweckmäßige Behandlung in ausreichendem Umfang erhalten. Dazu zunächst ein empirisches Ergebnis aus einer Privatversicherung.

In der TRANS-OP-Studie wurde u.a. untersucht, wie viele Behandlungen nach dem Normalkontingent abgeschlossen wurden und wie viele Verlängerungsanträge in den verglichenen Richtlinienverfahren durchgeführt wurden.

Aus dieser Tabelle wird ein interessanter Zusammenhang erkennbar:

73 % aller Verhaltenstherapien, 65,5 % aller tiefenpsychologisch fundierten Therapien und 50,4 % der analytischen Psychotherapien werden ohne Verlängerung beendet.

Nur für 21% der Verhaltenstherapien, für 23,8 % der tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen und für 29,1% der analytischen Therapien wird eine erste Verlängerung beantragt.

Für 5,2% der Verhaltenstherapien, für 9,7 % der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und für 15 % der analytischen Therapien wird eine zweite Verlängerung beantragt.

Für 0,8% der Verhaltenstherapien, für 1,0% der tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen und für 5,5 % der analytischen Behandlungen werden dritte Verlängerungen beantragt.

Hier das Ergebnis:

Stellen und Nicht-Stellen von Fortsetzungsanträgen

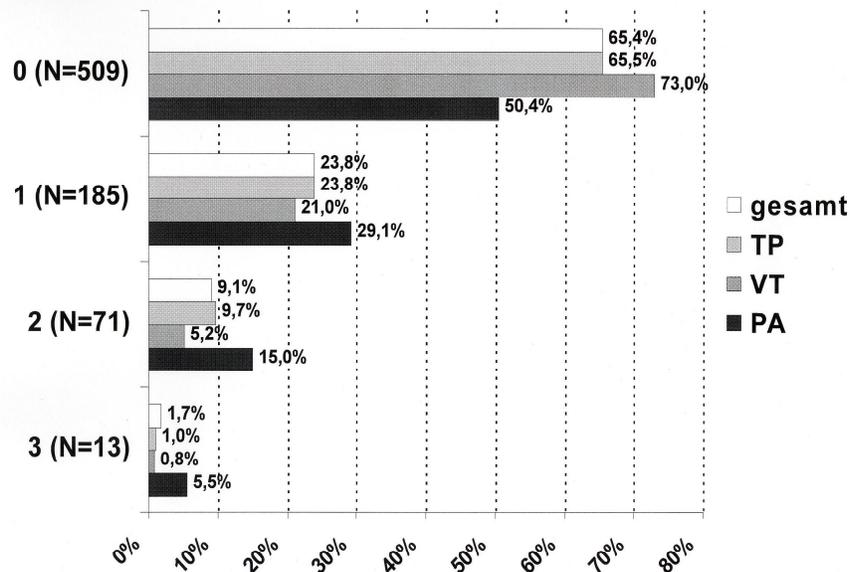


Abb. 6 Tabelle aus der TRANS-OP Studie (Puschner, Kordy, Kraft, Kächele 2004)

Wenn man nun bedenkt, dass im TK Modell in der Untersuchungsgruppe die Erstanträge sowohl in der TP wie in der VT dann ohne Bericht an den Gutachter bewilligt werden, wenn die entsprechenden Patientenselbsteinschätzungen vorliegen und der Unterschied zwischen KZT und LZT aufgehoben ist, dann wird der Verführungscharakter für diejenigen Behandler, die keine Bericht an den Gutachter schreiben wollen, nicht mehr wegzudiskutieren sein. Schwierig scheint dabei, dass die Fragen der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit und des ausreichenden Umfangs hier nur und ausschließlich an Hand der Patientenselbsteinschätzungen untersucht werden können. Genau dieses Kriterium ist dazu allerdings ungeeignet bzw. allein nicht aussagekräftig zur Beantwortung dieser Frage.

Die Gültigkeit der Ergebnisse wird noch durch eine andere interessante Aussage fragwürdig. In einem Aufsatz zum TK – Modell berichtet Achtermann ((2006) von einer Teilnehmerin folgendermaßen: „Bei den ersten TK-Patienten, die sich in das Modell eingeschrieben haben, tat ich mich noch recht schwer mit dieser Art der strukturierten Vorgehensweise. Mittlerweile habe ich 15 eingeschriebene Patienten und ich empfinde die an konkreten Vorgaben orientierte Arbeit als Erleichterung“ (Achtermann 2006, S. 15).

Hier drängt sich neben der Frage nach der Objektivität der Behandler auch die Frage auf, inwieweit die Aufnahme von Patienten selektiv entsprechend der Bedürfnisse eines entsprechenden Behandlers erfolgt.

Wenn die Teilnahme freiwillig ist und nur diejenigen Therapeuten teilnehmen, die an einer Veränderung des Gutachterverfahrens ein eigenes Interesse haben, dann werden sie sowohl in der Untersuchungs- wie in der Kontrollgruppe ihre Interessen durchsetzen können.

Ein Ergebnis des TK-Modellverlaufes wurde bereits bekannt: Die freiwillig teilnehmenden Therapeuten, die nach ihrer Teilnahmeanmeldung zufällig in die Experimentalgruppe gewählt wurden, haben dafür gesorgt, dass die gewünschten Teilnehmerzahlen in der Experimentalgruppe sehr schnell erfüllt waren. Es wurde sogar intern diskutiert, dass die teilnehmenden Behandler damit nicht mehr ausreichend zur Verfügung standen, um Patienten anderer Krankenkassen angemessen und zeitnah behandeln zu können.

Dieser Umstand ist die Folge der Verführung für diejenigen, die in dem geschilderten Umfang (15 TK Patienten in einer einzigen Praxis!) in die Experimentalgruppe gelost wurden und unter den geschilderten Bedingungen ohne Gutachter tun oder lassen konnten, was sie wollten. Dies ist in einer Untersuchung mit Anspruch auf wissenschaftlich begründete Randomisierung und Objektivität nicht hinnehmbar.

Die Erhebungssituation ist daher nachgewiesen weder objektiv noch sind die beschriebenen Beeinflussungen durch die geschilderte Pseudo-Randomisierung kontrollierbar oder gar ausgeschlossen worden.

Diejenigen Therapeuten, die in die Kontrollgruppe gelost wurden, haben interessanterweise nicht so schnell und so viele Patienten eingebracht: es waren zusätzliche Bemühungen nötig, um für diese Gruppe überhaupt genügend Patienten von den Therapeuten angeboten zu bekommen. Hier ist also der in der Stellungnahme verleugnete Unterschied zwischen UG und KG auch durch den Verlauf bestätigt worden.

Diese Sachlage scheint Anlass genug dafür zu bieten, die Forschergruppe zu kritisieren, dass sie die Objektivität des Modells wegen der nachweisbaren Interessen der Behandler in der Erhebungssituation nicht gewährleisten konnte und die Forderung nach Objektivität bei der Datenerhebung schlicht nicht erfüllt wurde. Da dies der Fall war und die vor Untersuchungsbeginn ebenfalls vorgeschlagene Lösung, auf die verfahrensspezifische Differenzierung völlig zu verzichten und nur eine Untersuchungsgruppe „Kassenfinanzierte Psychotherapie“ ohne Betonung der Verfahren zu bilden, nicht aufgegriffen wurde, bleibt nun nur die Anerkennung der Nicht-Objektivität des erhobenen Datenmaterials. Die noch weitergehende Prüfung der internen Validität der Erfassung der Verfahrensqualität wird später durchgeführt.

2.3.1.6. Die Bedeutung des Umgangs mit den Einschätzungsergebnissen

Die Gefährdungen bei der Verarbeitung der Rückmeldungen an Patient und Behandler, die zu beabsichtigten Veränderungen im therapeutischen Prozess führen sollen, entstehen dadurch, dass die Auffassungen, wie diese Bewertungen wirken und wozu sie dienen, verfahrensspezifisch sehr unterschiedlich eingeordnet werden. Während in der Verhaltenstherapie das Lernen von Veränderung im Vordergrund steht und dabei die direktiven Rückmeldungen tatsächlich zu einer gewünschten Beschleunigung des Prozesses führen können, wird in den analytisch begründeten Verfahren ein ganz anderer Behandlungsprozess angestrebt.

Der Patient muss hier nichts Neues lernen, sondern er soll in der dualen therapeutischen Beziehung die Möglichkeit erhalten, seine Struktur durch gute Beziehungserfahrungen unbewusst, also durch die Verinnerlichung von guten Erfahrungen und ohne willentliche Anstrengung umzubilden. Oder er soll durch die therapeutische Beziehung die Sicherheit erleben, unbewusst abgewehrte Notlagen oder unbewusst angestrebte über hohe Macht- und Statuswünsche zulassen, erleiden und damit überwinden zu können. Hier ist das Beziehungsgeschehen ein völlig anderes als in der VT, insofern führen hier die externen Bewertungen zu einer unzulässigen Beeinträchtigung der wichtigsten analytischen Beziehungsarbeiten (an der Übertragung/Gegenübertragung, an der Abwehr- und Widerstands- sowie Überwindungsanalyse). Die Wirksamkeit dieser hier schädigenden Bewertungseinflüsse kann dann nur durch Unterwerfung, Überanpassung, Verzicht auf Autonomie oder aber zu einer unbewusst. Verachtung desjenigen Behandlers führen, der sich auf einen externen Computer verlässt, weil er sich und seinem Patienten grundlegend misstrauisch und kontrollbedürftig gegenüberzustehen scheint. Grundlegend zu kritisieren ist bei diesem Punkt die fehlende Berücksichtigung der Auswirkungen der Bewertungen über die Veränderungen auf die intrapsychische Verarbeitung im Patienten und auf die interpersonellen Beziehungsänderungen, die im Unbewussten damit angestoßen bzw. ausgelöst werden. Derartige Kenntnisse sind nicht von den verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Forschern einzuklagen, das Versagen liegt hier vielmehr darin, dass sie Verfahrensfachkundige hier nicht zu Rate gezogen haben. Dieser Konsiliardienst wäre hier aber zur Prüfung möglicher Schädigungen oder zu erwartender Beeinträchtigung des Heilungsprozesses nötig gewesen, spätestens seitdem die Kritik die Forscher und die TK lange vor Untersuchungsbeginn darauf hingewiesen hat.

Dieser Aspekt betrifft weitere Folgen des Modellvorhabens für die Patienten. Während im regulären Gutachterverfahren vorrangig der Bericht des Behandlers, zusammen mit dem Konsiliarbericht und den etwaigen stationären Vorbehandlungsberichten oder anderen Krankenkassenunterlagen die entscheidende Grundlage für die Entscheidung des Gutachters waren, und der Patient absichtlich wegen der Folgen der denkbaren Verantwortungsübernahme aus dem Gutachterverfahren herausgehalten wurden, werden nun, trotz der geschilderten fachwissenschaftlichen Kritik, die subjektiven Patientenselbsteinschätzungen bei der Erstbewilligung die entscheidende Grundlage für die Bewilligung. Auch für die weiteren Bewilligungsschritte, aber insbesondere für die dem Patienten mitgeteilten Bewertungen sind allein die Patientenangaben die Grundlage. Damit verschiebt sich die Verantwortung für die Qualität der Behandlung vom Behandler auf den Patienten, die normale Prüfung des Behandlerberichtes durch den Gutachter wird eingeschränkt. Damit wird der Patient alleinige Ursache für die Bewertungen, die mit zu befürchtenden Schuld- oder Schamgefühlen verarbeitet werden dürfte, über die aber in der Therapie wegen der freiwilligen Teilnahme des Therapeuten vorhersehbar nicht gesprochen werden dürfte. Da später nachgewiesen werden konnte, dass diese Bewertungen in unkontrollierbarem Umfang falsch waren, ergibt sich hier ein schwer erträglicher Missstand: Wie verarbeitet es ein Patient, der meint, dass er selbst an der schlechten (oder guten) Qualität der Behandlung ursächlich verantwortlich gemacht wurde, wenn deutlich wird, dass für die Qualität der Behandlung auch im TK-Modell allein der Behandler verantwortlich ist und dass die im Prozess der Behandlung eingebrachten Bewertungen, die schließlich den Prozess steuern oder verändern sollten, in derartigem Umfang falsch waren?

Es bleibt abzuwarten, ob die TK und die beauftragten Forscher dazu in ihrem Ergebnisbericht etwas dazu veröffentlichen werden, oder ob, wie bisher, die Unzulänglichkeit des Algorithmus verleugnet und der Nachweis der fehlenden Objektivität nicht erbracht wird, der Nachweis der Schädigungen von den Kritikern verlangt wird.

2.4. Die Verschiebung der Grundlagen für die Entscheidung für oder gegen die Bewilligung, Fortsetzung oder frühzeitige Beendigung der Behandlungen bewirkt die Verschiebung der Verantwortung vom Behandler auf den Patienten

Im TK-Modell wird der subjektiven Patientenselbsteinschätzung schon beim Erstantrag eine besondere Bedeutung für den Bewilligungsvorgang zugewiesen. Hier liegt eine erhebliche Verführung oder eine Grundlage für subtile Beeinflussung des Patienten durch den Behandler. Wenn die Angabe des Patienten bei den drei symptombezogenen Testverfahren immer außerhalb der Werte der Normalpopulation liegen, dann wird diese Patientenangabe ausreichen, dass eine Bewilligung des Psychotherapieantrages ausgesprochen wird, allein auf Basis dieser Werte und eines Kurzberichtes des Behandlers.

Dieser Vorgang unterscheidet sich völlig vom regulären Gutachterverfahren und zwar aus folgender Grundlage, die später bei der Schädigung des regulären Gutachterverfahrens noch genauer dargestellt werden wird: Beim regulären Gutachterverfahren entscheidet allein die Qualität des Behandlerberichtes über die Empfehlung zur Kostenzusage des Gutachters. Der Gutachter erhält überhaupt keine Angaben persönlich vom Patienten, es entsteht keine neurotische Triangulierungsmöglichkeit wie im TK-Modell.

Der Patient hat dem Gutachter gegenüber keine Angaben gemacht, er ist anonymisiert und kann daher auch nie für die Bewilligung, Ablehnung oder Kürzung der Behandlung verantwortlich gemacht werden.

Wenn nun die überwiegende Anzahl aller Psychotherapiepatienten entweder unter Angstzuständen oder unter Depressionen bzw. Mischformen aus diesen beiden Krankheitsfeldern leiden und damit unter Trennungsschwierigkeiten, unter der Wendung der Aggression gegen sich selbst anstatt nach außen sowie unter subjektiv durchaus verzerrten Selbstbildern leiden, dann erscheint es aus fachlicher Sicht völlig unzulässig, wenn diese Patienten bei der Frage der Verantwortung für die Bewilligung, Ablehnung oder Änderung verantwortlich durch das Gewicht, das ihren Angaben gegeben wird, involviert werden.

Sowohl bei Kürzungen wie auch bei Ablehnungen, wie sie im regulären Gutachterverfahren sicher wesentlich häufiger zu erwarten sind (jede 7. Behandlung wird nicht so zur Kostenübernahme empfohlen, wie beantragt), ist allein der Behandler verantwortlich.

Glücklicherweise werden die Ablehnungen im TK-Modell vermutlich erheblich geringer ausfallen, weil die Patienten nur (informiert über diese Tatsache) in ihren Selbsteinschätzungen eben hohe Belastungen angeben müssen. Sollte aber ein gewissenhafter Patient seine realen Einschätzungen abgeben, die ja auch aus neurotischen Gründen im Einzelfall viel zu gering angegeben werden, sei es, weil er sich bewusstseinsnah schämt und weiß, dass es schlimmer ist, oder sei es, weil er subjektiv die Schwere seiner Erkrankung nicht wahrzunehmen in der Lage ist, dann kann ein guter Behandler sicher trotzdem eine Behandlung auch im modifizierten Gutachterverfahren durch seine ausführliche Berichterstattung erwirken; aber was passiert mit der inneren Verarbeitung des Patienten, wenn eine Behandlung abgelehnt wird oder eine

Kürzung der Behandlung erfolgt, oder gar eine der negativen ursprünglichen Bewertungen erfolgt, die allein auf Basis der Patientenselbsteinschätzungen basiert?

Ein behandlungsbedürftiger Patient wird dann damit konfrontiert, dass entweder allein auf Basis seiner Selbsteinschätzung bei den negativen Bewertungen oder vorwiegend wegen seiner Selbsteinschätzung eine entsprechende Nichtbewilligung seiner Therapie erfolgt.

Er wird damit für etwas bewertet, was er definitiv nicht zu verantworten hat; welcher Psychotherapiepatient wird dann die Schuld nicht bei sich suchen, sondern aggressiv gegen seinen Behandler oder das Apparatzentrum oder die Forschergruppe der TK vorgehen?

Bei der Frage, ob sie am Modellvorhaben teilnehmen, müssten die Patienten eigentlich bereits zu Beginn auf den Verantwortungswechsel hingewiesen werden und dann bleibt ungeklärt, ob sie sich dann auch frei gegen das Modell entscheiden könnten, auch wenn der Behandler das Modellvorhaben bewusst und / oder unbewusst dazu nutzen möchte, um das Gutachterverfahren in der bestehenden Form abzuschaffen.

2.5. Die Unklarheit bezüglich des Umfangs der Wirksamkeit

Eine Reanalyse der Untersuchungen zum Wirksamkeitsnachweis der Verhaltenstherapie, die zur Anerkennung der VT bei Persönlichkeitserkrankungen geführt hatte, ergab, dass keine der Behandlungen in diesen Untersuchungen länger als etwa 5 Behandlungsstunden gedauert hatte. Nachdem dieses Ergebnis zunächst zu Irritationen geführt hatte, wurde deutlich, dass die Frage des Umfangs von Wirksamkeit hier weiterhalf. Sicher konnte nämlich hier belegt werden, dass sich die Wirksamkeit auf Veränderungen bezog, die natürlich nicht einer Bearbeitung der Gesamtpersönlichkeit entsprachen, sondern Teilbereiche des Verhaltens der Patienten betraf, die sich eben auf ganz spezifische und zwar kleine, aber dennoch auch wichtige Veränderungen im Verhalten der Patienten bezog. Von daher wurde deutlich, dass bei der Frage der Wirksamkeit auch die Frage des Umfangs der Wirksamkeit zu beachten ist. So kann z.B. der Nachweis, dass persönlichkeitskrankte Patienten nach einer Kurzzeitbehandlung besser in bestimmten Lebensbereichen für sich sorgen konnten oder ob sie in Teilbereichen ihrer Kommunikation hilfreiche und auch wichtige Verbesserungen erzielen konnten, als Wirksamkeitsbeleg anerkannt werden. Aber natürlich waren diese Patienten nicht strukturell oder in ihrer unbewussten Konfliktverarbeitung oder gar in ihrer inneren Beziehungswelt verändert.

Zur genaueren Beantwortung der Frage, wie weitreichend oder umfassend die Veränderungen auch verfahrensspezifisch nachgewiesen werden können, sind allerdings sowohl die Untersuchung der verfahrensspezifisch begründeten Veränderungen und deren Nachweis erforderlich. Genau dies ist aber in dem bewertenden Monitoringverfahren des Modellvorhabens nicht möglich. Die Beantwortung dieser Fragen ist aber bei der Beurteilung, ob dieser Mensch nun gesünder, weniger erkrankt oder aber die weitere Verschlechterung aufgehalten werden konnten, zwingend erforderlich. Erneut muss hier festgestellt werden, dass auf Grund der Patientenselbsteinschätzungen eben nicht entschieden werden kann, ob die Behandlung bezogen auf die angestrebten Ziele tatsächlich ausreichend war oder nicht. Die im SGB V den Krankenkassen vorgeschriebene Prüfung einer qualitativ hochwertigen, zweckmäßigen, humanen, ausreichenden und wirtschaftlich erbrachten Behandlung kann im TK Modell beim Monitoringvorgang nicht erfolgen.

2.6. Ergebnis und Ausblick

Im TK-Modell sind auf Grund folgender nachgewiesener Mängel:

- fehlende Berücksichtigung und Erfassung der verfahrensspezifischen Wirksamkeitsfaktoren, die allein sicher stellen können, dass es sich nicht um eine Wirksamkeit auf Grund unbewusster Macht- und Statusunterschiede mit neurotischen Anpassungsmechanismen handelt
- nicht-vorhandene Repräsentativität und fehlende Objektivität der Behandler für die untersuchten Behandlungen
- unzureichende Erfassung der verschiedenen Wirksamkeitsfaktoren durch unzulässige Übergewichtung der symptomfixierten Patientenselbsteinschätzung
- unzureichende Berücksichtigung der verschiedenen Erhebungszeitpunkte
- unzureichende Klärung des Umfangs der Wirksamkeit
- unzureichende Berücksichtigung der Auswirkungen der Verschiebung der Verantwortung für die Genehmigung vom Behandler auf den Patienten
- unzureichende Berücksichtigung der klinisch wie empirisch nachgewiesenen fehlenden Objektivität und Validität der auf Symptome reduzierten Patientenselbsteinschätzungen, die vor Genehmigung der Behandlung erfolgen: Jede seriöse Psychotherapieforschung muss spätestens nach den Ergebnissen der TRANS-OP Studie mit der Erhebung der Tests bis nach der Genehmigung der Kostenübernahme warten, wenn die Veränderungsmessungen objektiv, valide und reliabel sein sollen

keine wissenschaftlich fundierten Aussagen über die tatsächliche Wirksamkeit der Behandlungen im TK-Modell möglich.

Für die weitere Entwicklung der Richtlinienpsychotherapie müssen die angeführten Problemfelder berücksichtigt werden. Zentral scheint jedoch unter dem Aspekt des Patientenschutzes, dass die Patienten während einer laufenden psychoanalytisch begründeten Behandlung von außen überhaupt nicht und die Behandler nicht allein auf Grund der veränderten Patientenselbsteinschätzungen alleine beeinflusst werden dürfen. Ferner ist bei der Frage der Einbeziehung von Patientenselbsteinschätzungen sicher zu stellen, dass die Verantwortung für das Setting, die Behandlungsumfänge und Kontingente sowie für alle weiteren Rahmenbedingungen beim Behandler liegt und dass die Patienten davor geschützt werden müssen, dass sie sich für diese Rahmenbedingungen und für die Qualität der Behandlungen verantwortlich oder schuldig fühlen könnten.

Bei der Mehrheit der psychischen Erkrankungen, also bei den Angst- und Depressionserkrankungen ist wegen der hier fast ausnahmslos anzutreffenden Beeinträchtigung der Gewissensstrukturanteile von einer Bereitschaft der Patienten auszugehen, ungetrennt und abhängig bei Fragen der Schuld oder Scham besonders vulnerabel zu sein.

Für die weitere Entwicklung ist auch die Forderung nach Wirtschaftlichkeit zu bedenken, wenn diskutiert werden muss, welchen Informationsgewinn ein analytisch begründet arbeitender Psychotherapeut aus der ausführlicheren, testfundierten Untersuchung der symptomfixierten Patientenselbsteinschätzung bei dem dazu notwendigen Aufwand erzielen kann. Die wesentliche Arbeit in den analytisch begründeten Verfahren liegt zu Behandlungsbeginn nämlich im Erkennen und der Durcharbeitung der bereits dargestellten mehrdimensionalen Diag-

nosekriterien mit den verfahrensspezifischen Inhalten. Hier wäre der eingeschränkte Informationsgewinn in Relation zu setzen mit dem Aufwand und den geschilderten Risiken bei der Einbeziehung der Patienten für die Verantwortung der Behandlungsplanung und –gestaltung.

2. Abschnitt

Prüfung der Frage, ob die TK die Qualität jeder konkreten psychoanalytisch begründeten Einzelbehandlung wissenschaftlich so konkret erfassen kann, dass daraus bewertende Empfehlungen mit dem Ziel der direkten Prozessbeeinflussung und Prozesslenkung abgegeben werden dürfen.

1. Das TK Modell beansprucht im Monitoringvorgang die Qualität der Behandlung allein auf Basis eines bereits als dazu ungeeignet kritisierten Wirksamkeitskriteriums und unter dreifacher Reduzierung wesentlicher Qualitätsmerkmale bestimmen zu können.

Im TK-Modell wird die Qualität ohne Berücksichtigung der Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale und unter unzulässiger Gleichsetzung von Wirksamkeit als Ergebnisqualität bestimmt. Zudem werden die für psychoanalytisch begründete Behandlungen wesentlichen acht Wirksamkeitsfaktoren nicht berücksichtigt. Diese dreifache Reduktion ist unzulässig, weil diese Form der Ergebnisuntersuchung keinen Rückschluss auf die Behandlungsqualität zulässt. Die Bewertungen der Behandlungsqualität im Monitoringvorgang geschehen ohne jegliche Erfassung dessen, was im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung (Prozessqualität) auf welcher Basis (Strukturqualität) überhaupt geschieht.

Diese Untersuchungsweise ist in der Verhaltenstherapie für lange Jahre ein erkenntnistheoretisch akzeptiertes Manko durch die Konzeptualisierung des „Black Box Modells“ gewesen.

Wesentlich in den empirischen Studien der VT war die Untersuchung, was kommt als beobachtbare Veränderung einer Behandlung heraus, wenn die Interventionen variiert werden. Die persönlichkeitsinterne Verarbeitung, die bewussten und unbewussten intrapsychischen Vorgänge im Seelischen des Patienten, die Arbeit der „schöpferischen Kraft“, die Hintergründe der unbewussten Sinngenerierung eines jeden Patienten auf Basis der therapeutischen Beziehungsgestaltung wurden mit der Metapher einer „Black Box“ als einer empirischen Untersuchung prinzipiell verschlossenen Verarbeitung betrachtet.

Dieses Konzept definiert auch das TK Modell im Monitoringvorgang: Der eigentliche Behandlungsprozess wird vollständig ignoriert, er wird quasi in einer „Black Box“ als ohnehin unbekannt und nicht untersuchbar systematisch ausgeschlossen. Nur durch diesen Ausschluss wird eine Standardisierung zum Vergleich von mehreren unterschiedlichen Verfahren möglich.

Hier ist also nachweisbar, dass ein genuin verhaltenstherapeutisches Untersuchungskonzept umgesetzt wird, der Kern der psychoanalytischen Wissenschaft, die Untersuchung der unbewussten seelischen Strukturen und ihrer Prozesse durch die Beziehungsgestaltung werden gänzlich ausgeschlossen.

Eine Qualitätsaussage ist für die psychoanalytisch begründeten Therapien auf dieser Basis nicht möglich. Der Anspruch, eine Qualitätsaussage abgeben zu können, kommt einer irreführenden Desinformation gleich.

1.1. Ist die Reduktion der Gesamtheit aller Wirksamkeitsmerkmale allein auf ein einziges Wirksamkeitsmerkmal und die Reduktion auf eine Untersuchungsquelle zulässig und ausreichend, wenn damit eine Behandlung beeinflusst werden soll?

Es wurde bereits dargelegt, dass in den psychoanalytisch begründeten Verfahren bei den bedeutsamen Wirksamkeitsbelegen insgesamt die Untersuchung von acht Wirksamkeitsnachweisen zu fordern ist. Diese sind:

Wirksamkeitsnachweise

1. Veränderungen der Konfliktbewältigungsmuster
2. Veränderungen der Strukturbeschaffenheit
3. Veränderungen der Beziehungskompetenz
4. Veränderungen der Selbstregulationskompetenz
5. Entwicklung der geschlechtsspezifischen, subjekthaften Identität
6. Veränderungen im Ausmaß des subjektiven Leidens
7. Veränderung der unbewussten Selbst- und Fremdschädigung
8. Entfaltung des schöpferischen Unbewussten

Sasse 2010

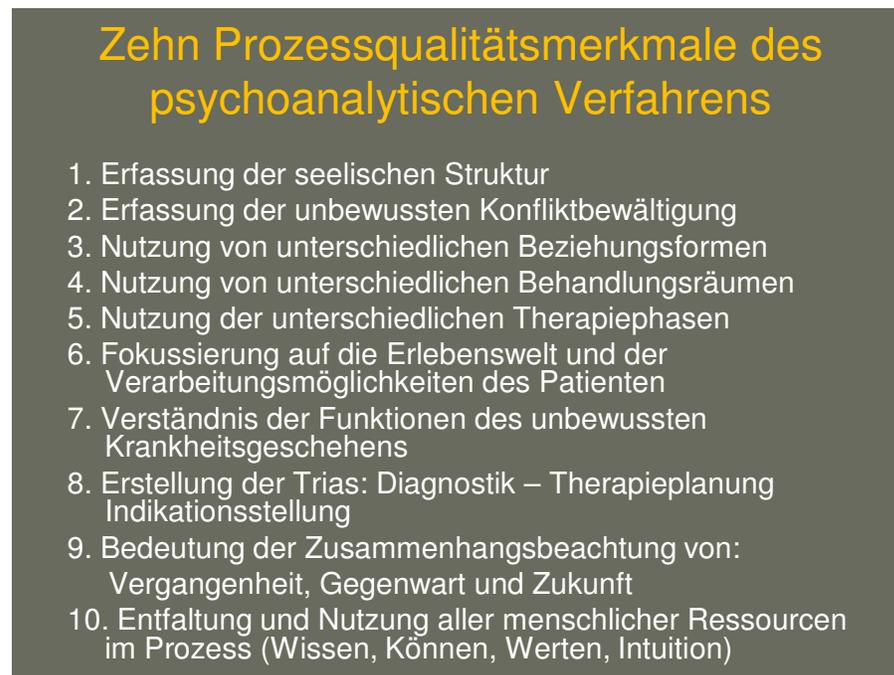
Abb. 7 Wirksamkeitsnachweise in den psychoanalytisch begründeten Verfahren

Der Nachweis dieser Wirksamkeitsebenen darf nicht allein auf die Angaben des Patienten über sein symptomatisches Leiden oder auf die Angaben des Behandlers reduziert werden. Die Angaben des Behandlers über die Patienten, die ebenfalls nach den probatorischen Sitzungen bezüglich der Einschätzung des Patienten erhoben werden, so wie es im TK-Modell vorgesehen ist, basieren wiederum allein auf den Patientenangaben, die in der Kürze und ohne den probatorischen Prozess erfasst werden.

Auch wegen der bereits geschilderten fehlenden Objektivität der Patienten und Behandler in einem Genehmigungsprozess muss eine dritte Person eingeschaltet werden, um ein Mindestmaß an wissenschaftlicher Datenqualität herzustellen. Es wird später noch genauer dargestellt, dass hier die Einbeziehung eines zu komplexen Einschätzungsprozessen geeigneten Fachkundigen erforderlich ist und dass der Ersatz dieses Fachkundigen durch einen Computer des Apparatenzentrums des involvierten und interessierten Verlages nicht zulässig erscheint.

1.2. Ist die Reduktion der Gesamtheit der Qualitätsmerkmale allein auf ein einziges Wirksamkeitsmerkmal zulässig und ausreichend, um Aussagen über die Qualität einer individuellen Behandlung abgeben zu können?

Die für den Prozessverlauf entscheidenden Qualitätsmerkmale des Verfahrens und der zusätzlich erforderlichen differenzierten Einbeziehung und Prüfung der Kompetenzfaktoren des Behandlers wurden im ersten Kapitel dargestellt. Die Verfahrensmerkmale sind:

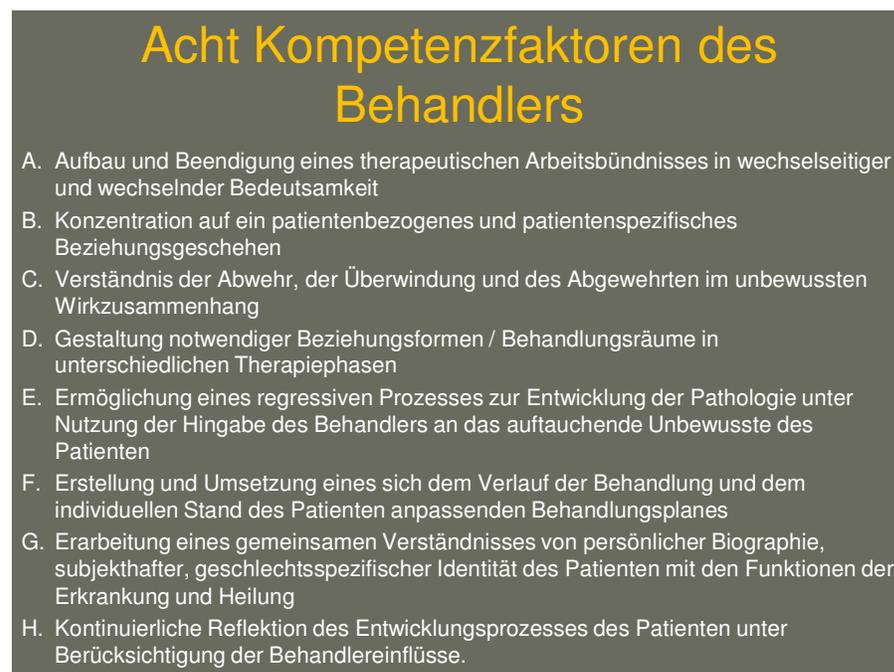


Zehn Prozessqualitätsmerkmale des psychoanalytischen Verfahrens

1. Erfassung der seelischen Struktur
2. Erfassung der unbewussten Konfliktbewältigung
3. Nutzung von unterschiedlichen Beziehungsformen
4. Nutzung von unterschiedlichen Behandlungsräumen
5. Nutzung der unterschiedlichen Therapiephasen
6. Fokussierung auf die Erlebenswelt und der Verarbeitungsmöglichkeiten des Patienten
7. Verständnis der Funktionen des unbewussten Krankheitsgeschehens
8. Erstellung der Trias: Diagnostik – Therapieplanung
Indikationsstellung
9. Bedeutung der Zusammenhangsbeachtung von:
Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
10. Entfaltung und Nutzung aller menschlicher Ressourcen
im Prozess (Wissen, Können, Werten, Intuition)

Abb. 8 Zehn Prozessqualitätsmerkmale der psychoanalytisch begründeten Verfahren

Dazu müssen die Kompetenzfaktoren berücksichtigt werden:



Acht Kompetenzfaktoren des Behandlers

- A. Aufbau und Beendigung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses in wechselseitiger und wechselnder Bedeutsamkeit
- B. Konzentration auf ein patientenbezogenes und patientenspezifisches Beziehungsgeschehen
- C. Verständnis der Abwehr, der Überwindung und des Abgewehrten im unbewussten Wirkzusammenhang
- D. Gestaltung notwendiger Beziehungsformen / Behandlungsräume in unterschiedlichen Therapiephasen
- E. Ermöglichung eines regressiven Prozesses zur Entwicklung der Pathologie unter Nutzung der Hingabe des Behandlers an das auftauchende Unbewusste des Patienten
- F. Erstellung und Umsetzung eines sich dem Verlauf der Behandlung und dem individuellen Stand des Patienten anpassenden Behandlungsplanes
- G. Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses von persönlicher Biographie, subjektiver, geschlechtsspezifischer Identität des Patienten mit den Funktionen der Erkrankung und Heilung
- H. Kontinuierliche Reflektion des Entwicklungsprozesses des Patienten unter Berücksichtigung der Behandlerinflüsse.

Abb. 9 Acht Kompetenzfaktoren eines psychoanalytisch ausgebildeten Psychotherapeuten

Weder die Qualitätsmerkmale des Verfahrens noch die Kompetenzfaktoren des Behandlers werden im Monitoringvorgang oder in den weiteren Auswertungen erfasst.

Insbesondere die Forderung der Qualitätsdefinition nach DIN nach Berücksichtigung der **Gesamtheit** der genannten Merkmale bezüglich ihrer Eignung zur Erfüllung der notwendigen Behandlungsabsichten wird ohne jede Begründung außer Acht gelassen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert in ihrem Indikationskatalog für psychotherapeutische Behandlungen die Berücksichtigung folgender Kenngrößen:

„- den Schweregrad der psychischen Störung, der psychopathologischen Symptomatik und der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen in den Bereichen: Selbstfürsorge und Alltagsbewältigung, Berufliche Funktionsfähigkeit, familiäre/partnerschaftliche Funktionsfähigkeit und Funktionsfähigkeit in anderen Rollen und Aktivitäten,

- die Veränderungsbereitschaft bzw. Therapiemotivation des Patienten,
- die Aufnahmebereitschaft des Patienten für bestimmte psychotherapeutische Ansätze,
- die Qualität und Prognose der Therapeut – Patient – Beziehung und schließlich
- die individuelle klinische Expertise des behandelnden Therapeuten.“ (Bundespsychotherapeutenkammer 2006 S. 17).

Keine dieser fünf berufsrechtlich relevanten Kenngrößen wird im TK Monitoringvorgang erfasst oder berücksichtigt.

In ihrer Kritik am TK Modell fordern Grande und Rudolf einen unverzichtbaren Anforderungskatalog für wissenschaftlich - legitimierte Aussagen:

„Für die klinische Beurteilung unverzichtbar sind:

- ausführliche anamnestische Angaben, welche Krankheitsverlauf und Vorbehandlungen einschließen
- psychodynamische oder verhaltensanalytische Interpretation des Krankheitsgeschehens
- Begründung des Therapeuten für ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen (Differentialindikation)
- Darlegung eines Verfahrens spezifischen Behandlungsplanes durch den Therapeuten
- Formulierung von Therapiezielen durch den Therapeuten im Blick auf das gewählte Verfahren und den speziellen Patienten
- Formulierung von Therapiezielen durch den Patienten.

Ohne eine Berücksichtigung der wichtigsten klinischen Gesichtspunkte ist eine angemessene Bewertung psychotherapeutischer Vorgänge nicht möglich.“(Grande und Rudolf 2003).

Keiner dieser sechs klinisch bedeutsamen Punkte wird im Monitoringvorgang aufgegriffen.

Damit ist fach-wissenschaftlich festzustellen, dass im TK Modell insgesamt, insbesondere im Monitoringvorgang, keines der für tiefenpsychologisch fundierten oder psychoanalytische Behandlungen unverzichtbaren Qualitätsmerkmale und Merkmalswerte erfasst wird und weder die berufsrechtlichen Indikationskriterien der Bundespsychotherapeutenkammer noch die Anforderungen des klinischen Beurteilungskataloges berücksichtigt werden.

Die begründete Zusammenhangsbetrachtung der Qualitätsmerkmale für die Erfüllung der Erfordernisse zum Gesundungsprozess wurde dargestellt, das TK Modell ist zu einer komplexeren Zusammenhangsbetrachtung ungeeignet.

1.3. Ist die Reduktion der Gesamtheit der Qualitätsmerkmalswerte allein auf einen Wert zulässig: Gut ist einzig das, was kontinuierlich besser verläuft? Der dadurch implantierte Beschleunigungszwang und die fehlende Prüfung der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit und des ausreichenden Umfangs der Behandlung.

Nur eine kontinuierliche Veränderung in der Patientenselbstbeschreibung kann zu Beginn des Experimentes bis Mitte 2007 im Bewertungsvorgang zu einer guten Bewertung führen. Diese Kontinuitätsannahme ist der Kernwert der Normbildung: nur was kontinuierlich besser wird, kann als gut bewertet werden, jede gute Bewertung wird unmittelbar mit der Empfehlung zur Beendigung der Therapie verknüpft.

Sobald die Kontinuität stagniert, folgt zwangsläufig die Bewertung: Keine Verbesserung.

Jede Diskontinuität führt zwangsläufig zur Bewertung: Negative Entwicklung!

Diese Kontinuitätsnorm ist vielfach für die psychoanalytischen Verfahren widerlegt worden, sie ist unzulässig und potentiell schädigend, weil dadurch diejenigen Veränderungsprozesse, die zum Aufbau der therapeutischen Beziehung, zu krisenhaften Zuspitzungen, zur vorübergehenden Verschlechterung und zur Durcharbeitung der strukturellen und konflikthaften Erkrankungen und zur Beendigungsphase notwendig sind, zwangsläufig irreführend bewertet werden. Ein ausreichender Behandlungserfolg benötigt unterschiedlich lange Zeiträume und unterschiedliche Behandlungskontingente. Kurze Behandlungen können auch schlechte oder nicht ausreichende Behandlungen sein, die Normen im Bewertungsvorgang zielen implizit auf kurze Behandlungszeiten und kleine Kontingente. Es ist in der Normkonzeption nicht vorgesehen, dass Behandlungen manchmal länger dauern müssen, um ihre Ziele zu erreichen.

Nur mit einer Kontinuitätsnorm kann die im Monitoringvorgang erhobene externe Forderung nach einer Therapiebeendigung begründet werden.

Die Praxis des realen Versorgungssystems sieht im Gegensatz dazu völlig anders aus:

In der realen Kassenversorgung wurden 2005 nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über 142128 Gutachten für die beiden psychoanalytischen Therapieformen erstellt. Da es sich bei den Anträgen in der weit überwiegenden Mehrheit nicht um Erst- sondern um Verlängerungs- bzw. Umwandlungsanträge handelt, ist von einem bewertende Empfehlungen generierenden Qualitätssicherungsvorhaben zwingend zu fordern, dass es dieser belegten Realität gerecht wird und konzeptionell Empfehlungen entwickeln muss, aus denen ersichtlich wird, wann und unter welchen Umständen eine Verlängerung der Behandlung, eine Erhöhung der Frequenz der Sitzungen oder eine Erhöhung der Stundenzahl empfohlen werden muss.

Besonders problematisch wird die Konzentration auf die Beschleunigung dadurch, dass die im SGB V gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungen der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit, aber auch des ausreichenden Umfanges durch diese ursprünglichen Bewertungen nicht möglich waren und auch konzeptionell nicht berücksichtigt wurden. Erst durch die Veränderung der Bewertungen Mitte 2007 wurden diese Fehlentwicklungen korrigiert.

Bis dahin fehlte im TK Modell jede Möglichkeit einer Forderung nach Verlängerung; zwar waren wie bisher Verlängerungsanträge möglich, aber das ursprünglichen Bewertungsschema im Monitoringvorgang berücksichtigte die Praxis der realen Versorgungssituation nicht. Hierdurch wird die Art der versuchten Steigerung der Effektivität und Effizienz aufzeigbar: nur mit der Kontinuitätsnorm wird ein kontinuierlich schnell verlaufendes Ende der Behandlung begründbar, die Steigerung der Effektivität und Effizienz kann nur über eine Kürzung der Behandlungsstunden erreicht werden, Effektivität berechnet sich allein aus zwei Faktoren: der veränderten Patienteneinschätzungen und der eingesetzten Behandlungsstunden.

Auch dieser Nachweis belegt, dass die TK die Qualität nicht erfassen kann.

1.4. Die Einpersonendimension im TK Modell

Es widerspricht jeder fachlich begründeten Qualitätssicherung, wenn in die Bewertung des Behandlungsprozesses im Monitoringvorgang weder die klinische Expertise des Behandlers, noch die Sicht eines dritten, externen Beobachters eingehen kann. Der Behandlungsprozess besteht aus dem komplexen Beziehungsgefüge zwischen Patient und Behandler, die Qualität der Behandlung liegt in alleiniger Verantwortung des Behandlers. Die verfahrensspezifische Expertise des Behandlers und eine begründete, externe Untersuchung dessen, was in der Behandlung geschieht, fehlen im Monitoringvorgang jedoch vollständig.

Der Behandler muss sich zwar auch außerhalb des Monitoringvorgangs zum Patienten äußern, aber nicht durch eine klinische Expertise, sondern durch seine Einschätzungen, die sich wiederum ausschließlich an den Selbstaussagen des Patienten orientieren müssen.

Dies ist ein schwerwiegender Vorbehalt bezüglich der Behauptung, die Qualität von Behandlungsverläufen allein durch Patienteneinschätzungen bewerten zu können.

Auch oder gerade dann, wenn das Hogrefe Test System zur Verrechnung anderer Dimensionen zurzeit noch nicht geeignet zu sein scheint.

Zur Bestimmung eines dual bestimmten Prozessgeschehens ist mindestens eine zwei Personen Dimension, besser, wie in der PAL Studie bereits vorgelegt, eine zwei Personen Dimension plus einer neutralen Raterposition des dualen Geschehens notwendig, so wie im regulären Gutachterverfahren eine dritte fachkundige Person neutral zum Patienten mitarbeiten und letztlich auch mitentscheiden muss.

Die wegen der fehlenden verfahrensspezifischen Dimension zwangsläufige Einpersonendimension im Monitoringvorgang des TK Modells führt zurück in die Vergangenheit des Individualisierens und Pathologisierung des Einzelnen, ohne jegliche Erfassung des komplexen, sich wechselseitig bedingenden und verändernden Beziehungsgeschehens.

Eine derartige Methodik entspricht nicht mehr den Anforderungen der aktuellen Minimalanforderungen an Qualitätserfassung in der Psychotherapie.

Eine Qualitätserfassung auf Grund dieser nicht begründeten Reduktions- und Selektionsvorgänge ist als fachlich völlig unzureichend abzulehnen.

1.5. Die Diagnostik in der konkreten Versorgung und ihre Nichtberücksichtigung im TK Modell durch die Orientierung an der Berechnungskapazität des Apparatezentrums des Hogrefe Verlages

Neben den drei Fragebögen zur Patientenselbsteinschätzung, die allein bei der Berechnung der Bewertungen herangezogen werden, kommen weitere Fragebögen zum Einsatz, die jedoch erst am Ende des Modellversuches ausgewertet werden, die also auf die bewertenden Rückmeldungen in den laufenden Behandlungsprozess keinen Einfluss haben. Dennoch ist auch die Auswahl dieser Fragebögen zu kritisieren.

Ein gravierender Vorbehalt gegen die zur Anwendung kommenden krankheitsspezifischen Fragebögen besteht darin, dass sie der Praxisrealität der Diagnostik in den psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht gerecht werden.

Hier soll zunächst darauf hingewiesen werden, dass bei der Auswahl der krankheitsbezogenen Fragebögen eindeutig die von verhaltenstherapeutischen Autoren entwickelten verfahrensspezifischen Bögen bevorzugt wurden. So ist z.B. der Angstbogen von Verhaltenstherapeuten entwickelt worden, er erfasst die spezifischen analytischen Sichtweisen nicht, konzentriert sich verfahrensentsprechend u.a. auf die Erfassung des Vermeidungsverhaltens. Die Schwierigkeiten bei der vergleichenden Anwendung zwischen VT und TP/AP bei Anwendung von VT Fragebögen wurde bereits 1998 von Tschuschke u.a. in der Kritik an Grawe unter dem Titel „Zwischen Konfusion und Makulatur“ vorgelegt.

Die störungsspezifischen Messinstrumente sind nach den Hauptdiagnosen nach ICD 10 zugewiesen:

Für F3 Diagnosen wurde das Beck-Depressions-Inventar BDI ausgewählt.

Für F 40/41 wurde der Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung AKV ausgewählt.

Für F 42 wurde das Hamburger Zwangsinventar – Kurzform,

für F 43 die PTSD Symptom Scale PSS,

für F 45 das Screening für somatoforme Störungen SOMS und

für F 50 das Eating Disorder Inventory – 2 EDI-2 ausgewählt.

In den psychoanalytisch begründeten Behandlungen werden in mehr als der Hälfte aller Behandlungen entweder Persönlichkeitserkrankungen oder Komorbiditäten angegeben, sie können im TK Modell nicht erfasst werden.

Es liegen drei empirische Arbeiten zur Untersuchung der psychoanalytischen Diagnostik in der Richtlinienbehandlung vor: In einer DGPT Untersuchung wurde ebenso wie in der PAL Studie die Häufigkeit unterschiedlicher Diagnosestellungen erfasst.

Bei 31,1 % der Patienten in der PAL Studie und bei 32,5 % der Patienten in der DGPT Umfrage wurde die Diagnose Persönlichkeitserkrankung gestellt. Bei 55,7% bzw. 50,6 % der Patienten wurde die Diagnose Psychoneurosen gestellt.

Dies entspricht der Praxis der Gutachter: In mehr als der Hälfte aller Anträge findet sich entweder die Diagnose einer Persönlichkeitserkrankung oder die Diagnose einer Komorbidität, einer Mehrfacherkrankung.

Die unter dem Begriff der Komorbidität in der Psychotherapie vertretene Annahme von mehreren nebeneinander bestehenden Mehrfacherkrankungen ist umstritten, sie soll hier nicht erörtert werden.

Aus der folgenden Gegenüberstellung aus der PAL Studie von Rudolf et al 2004 wird die Diagnosestellung in der realen Versorgungspraxis erkennbar:

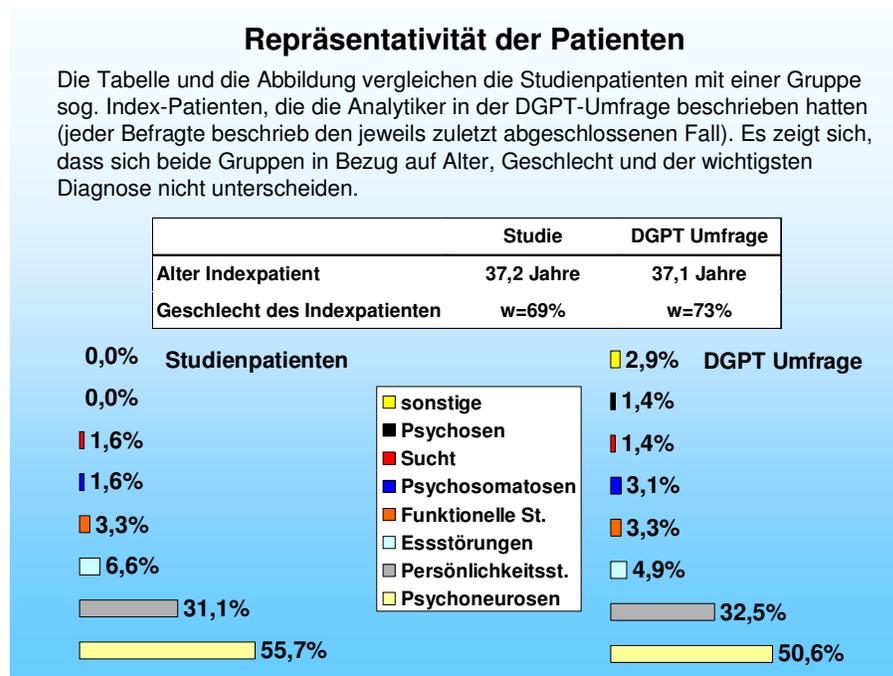


Abb. 9 Repräsentativvergleich aus Rudolf 2004

Eine weitere empirische Studie zur Diagnoseverteilung in den Praxen niedergelassener Psychoanalytiker von Leuzinger-Bohleber, Rüger, Stuhr und Beutel 2002 zeigt vergleichbare Ergebnisse, während die Persönlichkeitserkrankungen in dieser Studie bei etwa 50 % liegen, werden über 10 % neurotische Erkrankungen und 27,3 % affektive Erkrankungen behandelt.

Festzustellen bleibt, dass mehr als die Hälfte aller in der Versorgungsrealität der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren gestellten Diagnosen damit nicht erfasst werden.

Im TK Modell findet mit der Reduktion auf sechs ICD 10 Diagnosen eine ausschließlich modellbedingte Diagnoseauswahl statt, die sich an den Möglichkeiten des Hogrefe - Apparatezentrums orientiert und der Behandlungsrealität nicht entspricht. Eine derartige Diagnostik entspricht nicht den Anforderungen der aktuellen Psychotherapieforschung, sondern erfüllt hier nachweisbar vorrangig die Interessen des involvierten Verlages.

Es entspricht zudem durchaus gängiger Praxis, dass im Verlauf einer Behandlung die Diagnose geändert wird.

Das Modell ist nicht in der Lage, bei einem Diagnosewechsel diesen Wechsel entsprechend zu verarbeiten. Eine einfache Weiterführung unter der dann ja falschen Diagnose unter der dann ebenfalls sicher falschen Bewertung ist auszuschließen. Dazu gibt es bislang nur die mündliche Aussage eines Projektleiters, dass im TK Modell derartige Veränderungen einfach nicht berücksichtigt werden können.

Es findet also modellbedingt und vermutlich interessengeleitet eine Diagnosestellung statt, die sich an den Möglichkeiten des Hogrefe - Apparatezentrums orientiert und nicht an den Patienten und der Behandlungsrealität.

1.6. Die Veränderungen in der subjektiv erlebten Belastung (BSI/ Kurzform des SCL 90R) und im IIP sind empirisch bereits mehrfach und unabhängig voneinander belegt. Zum empirisch gesicherten Nachweis, dass die Patientenselbsteinschätzung kein objektives, valides oder reliables Merkmal zum Nachweis der Behandlungsqualität im Einzelfall ist.

Dieser Kritikpunkt ist von Bedeutung, hier wird empirisch belegt nachgewiesen, dass mit den Patientenselbsteinschätzungen ein Merkmal ausgewählt wurde, das nachweisbar weder zur Qualitätserfassung noch zu ihrer Bewertung geeignet ist, auch wenn gerade dieses Merkmal sich am schnellsten verändert.

Zwei der von der TK im Monitoringvorgang benutzten Fragebögen wurden bereits mehrfach empirisch angewendet, die Wirksamkeit der psychoanalytisch begründeten Verfahren wurde mit diesen Fragebögen mehrfach belegt. Sowohl die Forschungsgruppen um Brockmann, um Leichsenring und um Rudolf haben vergleichbare Effektstärken für die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren berechnen können.

In einer Übersicht stellt Rudolf 2005 in zwei Tabellen diese Ergebnisse in einer Übersichtstabelle zusammen:

Bei Brockmann zeigte sich im SCL 90 R eine Effektstärke von 1,37, bei Leichsenring eine von 1,34 in der PAL Studie bei den analytischen Behandlungen eine von 1,34 in den tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen immerhin eine von 0,95.

Der SCL 90 R ist also zum Nachweis der Wirksamkeit eines Verfahrens, belegt durch Mittelwertvergleichstudien, geeignet. Auch wenn unter Psychotherapieforschern erkannt wurde, dass etwa 10% der Patienten zu Unrecht vom Fragebogen nicht als therapiebedürftig erkannt werden können; dies betrifft vor allem die Patienten mit eher symptomatisch unauffälligen Psychosomaten.

SCL 90R GSI: Symptomskala

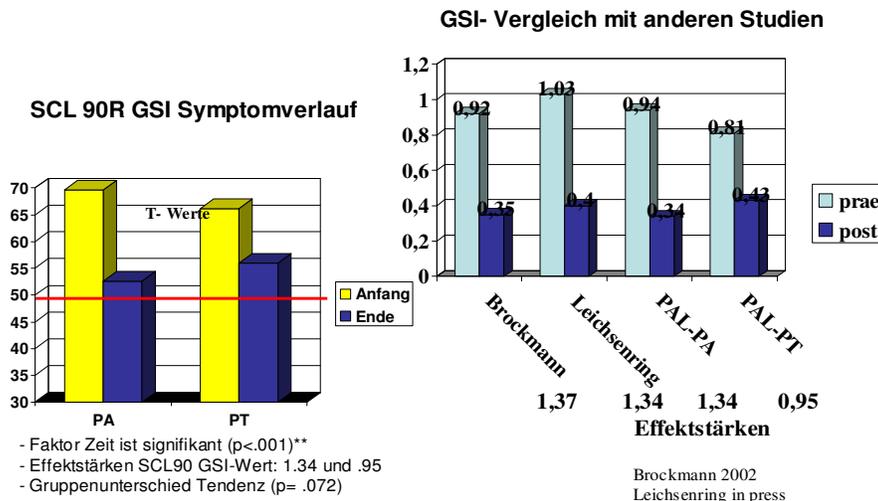


Abb. 10 Tabelle aus Rudolf et al (2005)

Ebenfalls von Rudolf (2005) wurden in einer Übersicht die Ergebnisse von mehreren voneinander unabhängig durchgeführten Wirksamkeitsstudien über die vom Patienten subjektiv eingeschätzten interpersonellen Probleme vorgelegt. Auch dieser Fragebogen wird im TK Modell als zweiter von insgesamt drei Fragebogen im Qualitätsmonitoringvorgang eingesetzt.

Hier zeigt sich ein Unterschied zwischen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie insofern, als die Effektstärke bei der analytischen Psychotherapie in der PAL Studie stärker ist als in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

Damit wird belegt, dass bereits umfangreiche Ergebnisse aus psychoanalytisch begründeten Therapien vorliegen, die allerdings unter realen Bedingungen durchgeführt wurden, in denen die Behandlungen nicht von außen bewertend beeinflusst wurden.

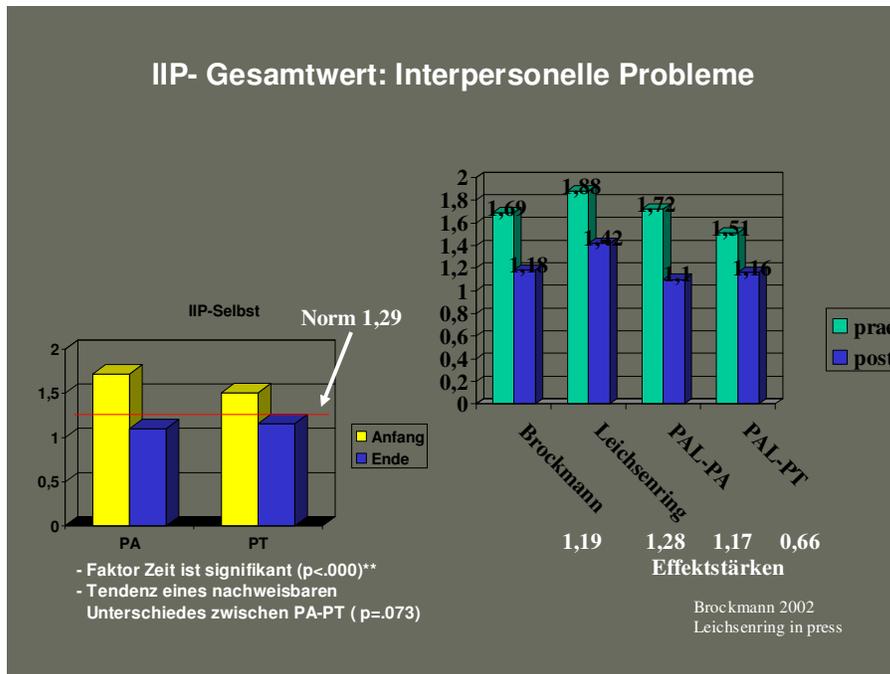


Abb. 11 Tabelle aus Rudolf et al (2005)

Im Folgenden soll nun empirisch belegt und theoretisch begründet werden, dass die alleinige Patientenselbstbeschreibung in keinem Fall allein zur Qualitätsbestimmung ausreicht. Dazu wird die im TK Modell benutzte Kurzform des SCL 90 exemplarisch herangezogen.

1.6.1. Drei empirische Belege: Die Veränderungen im SCL 90R/BSI lassen keine Aussagen über die Behandlungsqualität zu

In der PAL Studie von Rudolf, Grande et al (2004) wurde nachgewiesen, dass es in den psychoanalytischen Behandlungen bei 59,4 % der Patienten zu den gewünschten weitgehenden Umstrukturierungen kam, bei 25 % der Patienten wurden keine Umstrukturierungen aber eine verbesserte Konflikt - Bewältigungskompetenz nachgewiesen. In den tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen zeigten sich bei 11 ,1 % der Patienten strukturelle Veränderungen, 51,9 % der Patienten zeigten stattdessen verbesserte Konflikt - Bewältigungskompetenzen. Diese Unterschiede wurden auch von externen Ratern festgestellt.

Wenn man grob vergleicht, zeigen sich in den psychoanalytischen Behandlungen vorrangig strukturelle Veränderungen, in den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien zeigen sich vorrangig Kompetenzerweiterungen in der Konfliktbewältigung.

In der Selbstbeschreibung schilderten jedoch 89,9% der Patienten einer TP und 93,7% der Patienten einen vergleichbaren (kompletten und teilweisen) Symptomrückgang.

Der Unterschied bezogen auf die Selbstbeschreibung der symptomatischen Verbesserungen zwischen beiden Verfahren ist nicht signifikant.

	Tief. fund. PT	Analytische PT
Umstrukturierung	11,1%	59,4%
Bewältigung	51,9%	25,0%
Kein ausreichender Nachweis von Änderung.	37%	15,6%
Kompletter Symptommrückgang	59,3 %	c. 71,8 %
Symptome teilweise persistierend	29,6 %	21,9%
Symptome bei Th.-beginn gering	3,7%	6,2%

Abb. 12 Daten entnommen aus: Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie, Rudolf et al (2004 S. 521, 522)

Diese Gegenüberstellung lässt erkennen, dass allein die vom Patienten benannte symptomatische Veränderung tatsächlich keine gesicherten Aussagen über die Form der Verbesserung oder Heilung der Erkrankung zulässt. Etwa 90% der Patienten schildern in den Selbstbeschreibungen eine annähernd übereinstimmend gleiche Verbesserung, obwohl die externe Untersuchung nachweislich zeigt, dass durch die unterschiedlichen Verfahren unterschiedliche, qualitativ gänzlich andere Heilungs- oder Genesungsvorgänge erzielt werden. Zwar werden unterschiedliche Heilungsvorgänge längerfristig von symptomatischen Verbesserungen begleitet, in der Mehrzahl der psychoanalytisch begründeten Behandlungen führen aber gerade wesentliche Verbesserungen zunächst zu einer Verschlechterung im Selbsterleben. Deshalb sind die subjektiven Patientenangaben allein kein zuverlässiger Hinweis auf die tatsächlichen Behandlungsergebnisse. Dadurch ist auch nachgewiesen, dass der Zusammenhang zwischen der bewussten symptomatischen Verbesserung im subjektiven Patientenselbsterleben und dem tatsächlichen Veränderungsgeschehen weder als objektiv noch als zuverlässig gesichert bezeichnet werden kann.

Damit ist empirisch an einem Beispiel belegt, dass die Patientenselbsteinschätzungen, das einzige erfasste Merkmal im Monitoringvorgang, keinesfalls mit dem tatsächlichen Heilungsvorgang gleichgesetzt werden dürfen, wie es im TK Modell geschieht.

Zwar ist dieses einzige Merkmal dasjenige Merkmal, das sich am schnellsten verändert, aber diese Funktion basiert auch erheblich auf anderen (später dargestellten) Beziehungsvorgängen, die nicht mit qualitativen Heilungsvorgängen verwechselt werden dürfen.

Im Sinne von Popper (1973) ist der wissenschaftliche Fortschritt nicht allein durch mehrfache Wiederholung von Experimenten unter gleichen Bedingungen zu erzielen, sondern durch den einmaligen Nachweis, dass eine Hypothese falsch ist. Dieser Nachweis ist mit dieser Darstellung erbracht.

Es gibt in diesem Sinne jedoch einen weiteren beeindruckenden empirischen Beweis für die Unzulässigkeit der Patientenselbstbeschreibungen als einzigem Merkmal für die Bewertung der Behandlungsqualität.

Die folgende Tabelle aus der TRANS-OP-Studie (Puschner, Kordy, Kraft, Kächele 2004) zeigt, wann bei der symptomatischen Selbsteinschätzung der Patienten die schnellsten Veränderungen zu erzielen sind.

Es wird erkennbar, dass Veränderungen in der symptomatischen Selbstbeschreibung auftreten, die vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn stattfinden. Der einzige Unterschied zwischen der ersten Erhebung der symptomatischen Belastungsschwere und der zweiten Erhebung zu Therapiebeginn besteht darin, dass die Patienten in der Zwischenzeit erfahren oder sich sicher fühlten, dass sie eine Behandlung erhalten werden.

In der TRANS OP Studie wird von dem „Türgriff Effekt“ gesprochen, weil die Hoffnung auf Erfolg zu dieser Veränderung in der Patientenselbstbeschreibung führt, auch wenn nur probatorische Sitzungen als Probesitzungen zur Prüfung der Indikation vorgenommen werden. Diese Hoffnung oder Sicherheit führte ohne jede Behandlung unmittelbar zu einer gravierenden Reduzierung der symptomatischen Belastung. Allein die Hoffnung auf Hilfe führt zu einer intensiven Abnahme in der erlebten symptomatischen Belastung, einer Abnahme, wie sie bei der Mehrheit der Patienten im gesamten Therapieverlauf nicht wieder stattfindet.

Von den hier abgebildeten neun Patienten haben acht in den ersten drei Monaten nach der ersten Datenerhebung die erheblichsten symptomatischen Verbesserungen ohne jede Behandlung aufgezeigt!

Die Tabelle zeigt, dass bei einigen Patienten sogar der größte und schnellste Veränderungsschritt bei der Erfassung der symptomatischen Selbsteinschätzungen in der Phase vor Beginn der Therapie geschieht.

Nie wieder verändern sich diese Patienten im Verlauf der Behandlung in ihrer symptomatischen Selbsteinschätzung so weitgehend und schnell wie in der Zeit vor Therapiebeginn, weil sie hofften oder sich sicher waren, den Therapieplatz zu erhalten. Man könnte zynisch damit nachweisen, dass die effektivste und effizienteste Veränderungsphase vor Behandlungsbeginn der Psychotherapie liegt, wenn man nicht seit Jahrzehnten wüsste, dass die symptomatische Selbsteinschätzung immer eine bewusste und unbewusste Funktion für die Beziehungsgestaltung hat. Das geschilderte Ausmaß an subjektiv erlebter Leidensintensität ist erheblich davon abhängig, welche unbewussten Vorstellungen oder Phantasien ein Patient davon hat, welche Gründe zu einer Behandlungsaufnahme führen.

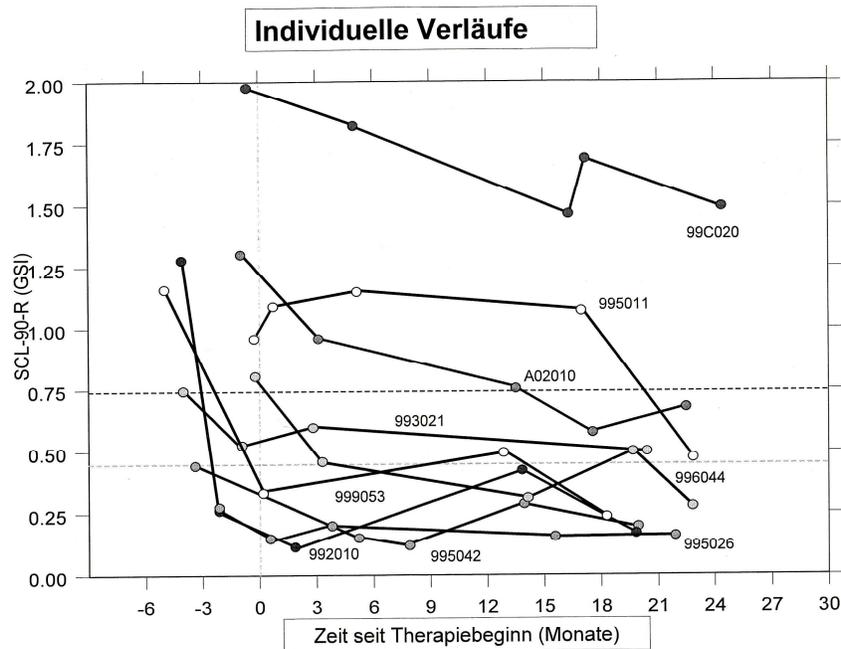


Abb. 13 Individuelle Verläufe des SCL – 90 – R (GSI) der TRANS OP Studie 2004

Aus der TRANS OP Studie zeigt der Vergleich zwischen der psychoanalytischen und der tiefenpsychologisch fundierten Gruppe das gleiche Ergebnis, hier auch als Mittelwertvergleich. Auch hier zeigt sich das gleiche Phänomen: die größte Veränderung in der Patientenselbstbeschreibung geschieht in der Phase, in der Hoffnung auf Erfolg oder Sicherheit bezüglich der Aufnahme der Behandlung den Patienten ermutigen, ohne jegliche Behandlung.

Tabelle zum Mittelwertvergleich aus der TRANS OP Studie 2004

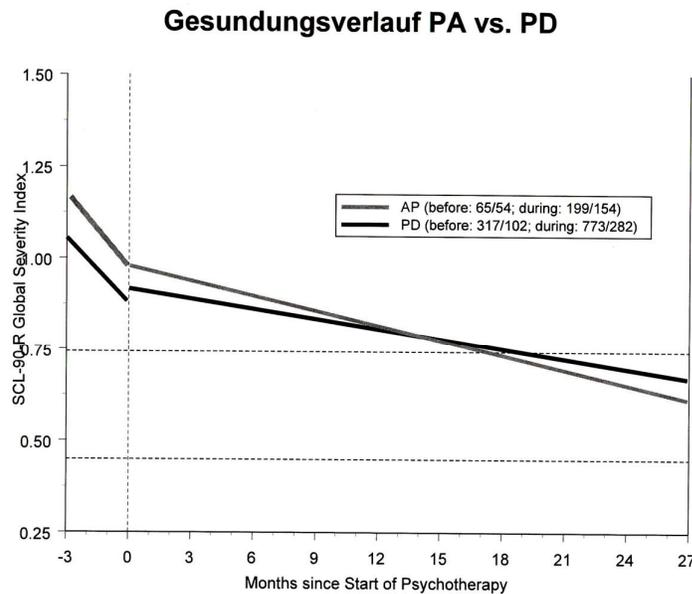


Abb. 14 Verlaufsvergleich tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie aus der TRANS OP Studie 2004

Festzustellen ist hier: Wenn sich die Daten aus den Patientenselbstbeschreibungen im SCL 90 R in den drei Monaten vor Beginn der Behandlung ohne jegliche Behandlung weitgehend und am schnellsten verbessern können, dann können sie allein keinesfalls als objektives, sicheres und zuverlässiges Merkmal für die Behandlungsqualität verwendet werden.

Entsprechende Untersuchungen liegen auch in einer Arbeit von Tschuschke (1997) vor. Er zeigte auf, dass ein signifikanter Symptommrückgang und subjektiv erlebte Befindlichkeitsverbesserungen bei bis zu 70% der untersuchten Patienten von tiefenpsychologisch fundierten Therapien zu belegen sind, dass aber strukturelle Veränderungen mit tiefer liegenden Konfliktlösungsveränderungen davon relativ unberührt erschienen. Das bringt Tschuschke zu der Folgerung, dass dafür eine längere Behandlungszeit, aber auch eine höhere Dichte der Behandlung nötig sei.

Durch diese drei empirischen Arbeiten wird erkennbar, dass die Auswahl des einzelnen Merkmals „Patientenselbstbeschreibung“ und seines einzigen Wertes Kontinuität (nur Kontinuitätsnorm führt zu kürzerer Behandlungszeit und geringerem Behandlungskontingent) im Monitoringvorgang nicht sicher stellen kann, dass damit die Behandlungsqualität der beiden psychoanalytisch begründeten Anwendungsformen erfasst werden kann.

Damit ist durch drei Arbeiten empirisch-wissenschaftlich belegt, dass im TK Modell die Erfassung der Behandlungsqualität nicht möglich ist. Nach der Falsifikationstheorie von Popper (1973) genügt bereits ein einmaliger Nachweis eines Fehlers, um dadurch den

wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, im Sinne der Falsifikation einer Annahme, vergrößert zu haben.

1.6.2. Theoretisch fundierte Darstellung, dass Veränderungen im Selbsterleben des Patienten allein kein objektives, valides oder reliables Qualitätsmerkmal sein können

Unter Hinzuziehung der psychoanalytischen Theoriekonzepte wird nun dargestellt, warum ein Symptom und seine Veränderung nicht als eindeutiges Merkmal für die Bewertung der Behandlungsqualität zu behandeln ist.

Ein Symptom ist ein schnell veränderbares Anzeichen, es ist Ausdruck eines unbewussten Konfliktes oder einer unbewussten strukturellen Erkrankung, es ist Ergebnis eines unbewussten seelischen Prozesses mit verschiedenen intrapsychischen Funktionen und interpersonellen Zielsetzungen.

Das symptomatische Erleben speist sich aus den jeweils individuellen intrapsychischen Bedingungen des Patienten: aus den unbewussten Abwehrvorgängen, aus den unbewussten neurotischen Konfliktbewältigungsversuchen und aus den strukturellen Hintergründen der Erkrankung. So hat die Schwere der erlebten Beeinträchtigung damit zu tun, dass der Patient aufgrund seiner unbewusst rigiden Gewissensstruktur ein „schweres“ Leiden benötigt, um sich selber die Erlaubnis oder Berechtigung zuzusprechen, Hilfe zu Lasten der Solidargemeinschaft in Anspruch nehmen zu dürfen, oder um seine Scham- oder auch Schuldgefühle überwinden zu können, die ihm eine Inanspruchnahme von Hilfe aus einem Zustand der erfahrenen Wirkungslosigkeit seiner privaten Lösungsversuche ermöglicht.

Die Schwere der erlebten symptomatischen Belastung wird zudem unbewusst maßgeblich durch die empirisch bestätigten Beziehungsfunktionen geprägt: Es ist von der unbewussten Einschätzung des Patienten und seinen Bindungserfahrungen abhängig, wann er selbst vermutet oder hofft, dass ein potentieller Behandler ihn als ausreichend krank einschätzt, um die Behandlung zu erhalten.

Die unterschiedlichen Ergebnisse bezüglich der Einschätzung der Schwere der Beeinträchtigung durch unterschiedliche schicht- und ausbildungsbedingte Vorerfahrungen der Patienten bei Brockmann et al scheinen Hinweise darauf zu sein, dass unterschiedliche Sozialisationsbedingungen, möglicherweise wegen der unterschiedlichen Abhängigkeits- oder Bindungserfahrungen, signifikante Unterschiede in dem Selbsterleben erleben.

Das bewusste Erleben des Patienten bezüglich der Symptomatik, der Schwere der Beeinträchtigung und der interpersonalen Schwierigkeiten ist also sowohl durch wesentliche Erkrankungsanteile bedingt, aber auch durch intrapsychische Abwehr- und Bewältigungsversuche sowie durch interpersonelle Beziehungsfunktionen bestimmt.

Sobald die intrapsychischen und interpersonellen Funktionen durch die Zusage einer Behandlung oder im ersten Behandlungsabschnitt erfüllt sind, kommt es zu schnellen symptomatischen Verbesserungen, zu geringerem Erleben der Schwere der Beeinträchtigung und zu besserem interpersonalem Erleben, ohne dass sich an der seelischen Erkrankung etwas verändert hat.

Die Gleichsetzung von Symptom und Erkrankung wurde bereits kritisiert, darauf soll an dieser Stelle wieder hingewiesen werden (Grande und Rudolf 2003).

Die Veränderung dieses unbewussten Prozesses mit unterschiedlichen Funktionen ist deshalb kein ausreichend stabiles, weder objektives, reliables noch valides Merkmal zur Qualitätsbestimmung und Bewertung eines konkreten Behandlungsverlaufes.

Zudem können Symptomveränderungen und Verbesserungen im Selbsterleben des Patienten geschildert werden, die aufgrund unbewusster Anpassungen an die weiterhin bestehende Pathologie erfolgt sind. Die schnelle erlebte Verbesserung kann z.B. darauf beruhen, dass möglichst schnell, sowohl intrapsychisch als auch interpersonell der Eindruck entstehen soll, dass die Therapie schon sehr erfolgreich verläuft, um (intrapsychisch) tiefere Ängste zu beruhigen, oder um auftauchende tiefere (interpersonelle) Konflikte durch Neid, Rivalität, Hass, Wut zu vermeiden. Diese scheinbaren Verbesserungen beziehen sich nicht nur auf die therapeutische Beziehung, es kann auch zu schnellen symptomatischen Verbesserungen kommen, wenn in ersten Ansätzen (vorbewusst) spürbar werden kann, dass bei Weiterführung der Behandlung schwere Trennungen, ängstigende Veränderungen der unterschiedlichsten Art zur Gesundheit als dann zwingend notwendig erscheinen oder tatsächlich auch notwendig sind.

All diese Verarbeitungsprozesse, die unterschiedlichen Möglichkeiten für Verbesserungen im bewussten Selbsterleben, verweisen auf die unbewusst wirksamen Verarbeitungsvorgänge im Patienten; damit ist die Gewichtung der Veränderung der Patientenselbsteinschätzung als einzigem Qualitätsmerkmal, auch theoretisch begründet, definitiv als unzulässig nachgewiesen worden.

2. Die vollständig fehlende Untersuchung der eigentlichen Behandlungsvorgänge

2.1. Die fehlende Untersuchung und Kontrolle dessen, was überhaupt in den Behandlungen geschieht.

Es gibt schon bei den Prüfvorgängen zur Untersuchung der Wirksamkeit der Verfahren ein strenges Auswahlkriterium der Krankenkassen für den Wirksamkeitsnachweis von Verfahren durch Gruppenvergleiche:

Es wird gefordert, dass der Nachweis erbracht wird, dass tatsächlich das beanspruchte Verfahren auch durchgeführt wurde. Hier wird nicht die Qualität der Behandlungen, sondern die Wirksamkeit geprüft.

Aus Sicht einer psychoanalytischen Fachgesellschaft ist die Forderung nach Nachweis und Kontrolle der Anwendung des zu untersuchen beanspruchten Verfahrens unerlässlich, wenn Aussagen über die Qualität, zudem mit Wirkabsicht durch Rückmeldungen, gemacht werden sollen.

Vielleicht liegt hier das schwerste und nachhaltigste Versäumnis bezüglich der Bewertungsobjektivität des TK-Modellvorhabens.

Dazu gäbe es viele verschiedene Beweismöglichkeiten: Einerseits kann auf die Strukturqualität verwiesen werden, hier also dadurch, dass die beteiligten Behandler über eine abgeschlos-

sene Behandlung in einem dazu anerkannten Institut verfügen, so besteht ein erster Hinweis darauf, dass tatsächlich das benannte Verfahren angewendet wird.

Natürlich ist dies aber kein eindeutiger Beleg für die tatsächliche Anwendung eines bestimmten Verfahrens. Dieser Nachweis kann über die Anwendung von Manualen, über eine gemeinsame kontinuierliche Supervision der Forschungsbehandlungen, über externe Beobachter, Rater oder durch die Auswertung von Tonbandprotokollen oder Videobändern erfolgen.

Möglicherweise kann der Nachweis auch, wie im regulären Gutachterverfahren über die verfahrensspezifische Darstellung des Behandlers in seinem Bericht an den Gutachter erbracht werden, in denen die beschriebenen Qualitätsmerkmale und Wirksamkeitsmerkmale differenziert und in ihrer Entwicklung aufgezeigt und beschrieben werden.

2.1.1. Es ist unzulässig, wenn allein aus der Abrechnungsgenehmigung des Behandlers geschlossen wird, dass das entsprechende Verfahren auch zur Anwendung kommt

Im Rahmen der Übergangsregelungen des PsychThG wurde die Mehrheit der Behandler in den psychoanalytisch begründeten Verfahren zugelassen, obwohl ihre Ausbildung nicht in einem anerkannten Institut und nicht im regulären Ausbildungsumfang, sondern gemäß der stark reduzierten Übergangsregelungen als Nachqualifikation (ohne Lehranalyse) stattfand. Wie bereits aufgezeigt werden hier weder die Qualität dieser Behandler noch die Übergangsregelungen in Frage gestellt, es soll einzig darauf hingewiesen werden, dass es viele Behandler gibt, die angeben, dass sie ihre ursprünglichen Ausbildungsverfahren auch unter der Bezeichnung tiefenpsychologisch fundiert anwenden, dass auch in den Kammern Gruppierungen sehr umfangreich vertreten sind, die methodenübergreifende oder verfahrensübergreifende Konzepte einsetzen und sie anzuwenden beanspruchen.

Diese Gruppierungen werden hier einzig dahingehend hinterfragt, ob diese Behandler als für die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren repräsentativ sind, weil sie im Rahmen der Übergangsregelungen die Approbation und die Zulassung in diesen Verfahren erhielten.

Die TK hat nicht geprüft und nicht nachgewiesen, dass die Auswahl der Behandler tatsächlich als repräsentativ zu bezeichnen ist. Spätestens als alle psychoanalytischen Fachgesellschaften ihren Mitgliedern empfahlen, nicht an diesem Modell teilzunehmen, hätte die Frage der Kontrolle bezüglich der Verfahrenssicherheit geklärt werden müssen.

Im TK Modell werden in der Ergebniszusammenstellung die verfahrensspezifischen Therapieformen bewertet und nicht die Behandler.

Dieses Vorgehen ist kritisch zu hinterfragen: Reicht die Abrechnungsziffer des Behandlers und seine sozialrechtliche Zulassung in dem Verfahren dazu aus, ihn zu einem für das Verfahren als repräsentativ geltenden Behandler zu bezeichnen.

Diese Frage ist auch deshalb so brisant, weil es vor wenigen Jahren eine ähnliche Situation gab.

Die psychoanalytischen Fachgesellschaften und ihre Ausbildungsinstitute wurden bereits 1994 durch eine Studie aus der gleichen Universität wie im TK-Modell aus Bern, die ebenfalls im Hogrefe Verlag bundesweit veröffentlicht wurde, massiv geschädigt.

Eine vergleichende Gegenüberstellung der Verfahren führt zwangsläufig zu Reaktionen sowohl auf dem „Behandlungsmarkt“ als auch auf dem „Ausbildungsmarkt“. Wer derartige Vergleiche beabsichtigt, der hat nicht nur die Pflicht die Neutralität der Untersuchung sicher zu stellen, sondern auch, dass die Behandler tatsächlich repräsentativ für die Verfahren sind .

Aus dem gleichen psychologischen Institut der Universität Bern sind die psychoanalytischen Verfahren vor wenigen Jahren bereits zu Unrecht erheblich geschädigt worden. Grawe, Bernauer und Donati hatten 1994 beansprucht, einen angeblich wissenschaftlich begründeten Vergleich zwischen unterschiedlichen Verfahren bezüglich der Wirksamkeit anstellen zu können. Sie verglichen damals unter breitem öffentlichem Interesse die Verhaltenstherapie mit der psychoanalytischen Therapie, sie beurteilten die VT als überlegen.

Erst eine Reanalyse (Heckrath und Dohmen 1998) der Grawe Studie deckte den Hintergrund bezüglich der Verfahrensanwendung und der beteiligten Behandler auf:

1. Die Behandlungskontingente.

Während in der regulären Krankenkassenbehandlung analytische Therapien zwischen 160 und 300 Behandlungsstunden dauern, dauerte in der Grawe Vergleichsstudie keine der dort angeführten Behandlungen über 25(!) Stunden.

2. Die Repräsentativität der Behandler.

Über die damaligen Behandler wurde in der Reanalyse der Grawe Studie von Heckrath und Dohmen 1998 nachgewiesen, dass von den 20 Behandlern 19(!) überhaupt keine Ausbildung in psychoanalytischer Therapie absolviert hatten.

Die Autoren wurden vergeblich zu einer Stellungnahme aufgefordert, die Ergebnisse der Grawe Studie werden bis heute vorgetragen, immer ohne Verweis auf den hier zu befürchtenden Missbrauch von Wissenschaftlichkeit.

Ein derartig wissenschaftlich begründetes Fehlverhalten sollte sich mit dem TK Modell nicht wiederholen dürfen, obgleich die Strukturen für eine unzulässige Benachteiligung der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren durch die verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Hochschullehrer wieder vorliegen.

Insofern ist aus Sicht der Fachgesellschaften und der Ausbildungsstätten zu fordern, dass die verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Projektleiter sicher stellen, dass Aussagen über die Qualität, die Effektivität und Effizienz von tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien nur dann gemacht werden dürfen, wenn die entsprechenden Behandler zumindest über eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung (Theorienachweis, mindestens 250 Stunden Lehranalyse, mindestens 2 abgeschlossene Langzeitbehandlungen unter Supervision) an einer dazu sozial- und berufsrechtlich anerkannten Ausbildungsstätte verfügen. Zudem muss zwingend z.B. durch den Nachweis der genannten Qualitätsmerkmale sichergestellt sein, dass tatsächlich die behaupteten Verfahren angewendet werden.

Nach Auffassung der Fachgesellschaften ist wegen der unterschiedlichen Zulassungsbedingungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht jeder Behandler automatisch als Repräsentant des bewerteten Verfahrens einzuschätzen.

Die Frage der Repräsentativität der Behandler für das jeweilige Verfahren ist in Hessen zudem durch die Unterschriftenaktion aus anderen Gründen gravierend in Frage gestellt: Dort haben sich mehr als 685 zur Teilnahme am TK Modell berechnigte Behandler von insgesamt 1600 zugelassenen Behandlern in einer schriftliche Protestaktion gegen das TK Modell und gegen eine Teilnahme ausgesprochen. Durch diesen einmaligen Vorgang des fachlich begründeten Aufbegehrens der Behandler gegen einen von Krankenkasse und zwei verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Hochschullehrern entwickelten Modellversuch ist davon auszugehen, dass die teilnehmenden Behandler in Hessen nicht als repräsentativ für die Gruppe der Behandler anzusehen sind.

3. Als Zusammenfassung und Ergebnis der Prüfung zur Erfassung der Qualität der Behandlungen im TK Modell lassen sich also folgende Mängel und Kritikpunkte aufzeigen:

Die fachlich notwendigen Erfordernisse der Dienstleistung psychoanalytisch begründete Psychotherapie zur Heilung oder Genesung von seelischen Erkrankungen mittels spezifischer Qualitätsmerkmale und deren Werte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wurden vorgelegt.

Es wurde nachgewiesen, dass im Monitoringvorgang, dem Kern des TK Modells weder die Strukturqualität (Psychoanalytischer Wissenschaftsansatz, Fachkunde, Werte, personengebundene Beziehungs- und Behandlungskompetenz des Behandlers), noch die Erfordernisse (Aufbau und Gestaltung eines bedeutsamen therapeutischen Arbeitsbündnisses), noch die Merkmale der Verfahrensqualität, noch die Kompetenzfaktoren des Behandlers der psychoanalytischen Behandlungen erfasst werden.

Es wurde zudem nachgewiesen, dass die Definition von Wirksamkeit als Ergebnisqualität für die beiden psychoanalytischen Therapieformen unzulässig ist.

Im TK Modell wird keine Definition des Qualitätsbegriffes vorgelegt.

Es wurde nachgewiesen, dass eine Normierung, die auf der kontinuierlichen Verbesserung als einzigem Wertekriterium beruht, um eine Bewertung als guten Behandlungsverlauf zu ermöglichen, auf Basis der realen Versorgungssituation fachlich unangemessen und dehumanisierend ist.

Die Einpersonendimension des TK Modells im Bewertungsvorgang ist fachlich unangemessen und entspricht nicht dem seit Jahrzehnten vorliegenden Kenntnisstand der Bedeutung der Beziehung in den analytischen Therapieformen und den aktuellen Psychotherapieforschungsergebnissen. Das Fehlen von anderen Untersuchungsquellen wie neutralen Ratern oder anderen objektiven Untersuchungsmöglichkeiten ist fachwissenschaftlich als nicht ausreichend zu beurteilen.

Insbesondere die Zusammenhangsbetrachtung der vier Erfolgsfaktoren nach Orlinsky und Howard (1986) fehlt, weil sie für einen einzigen empirischen Ansatz zu komplex sind, so dass sie empirisch in einem Experiment nicht voneinander getrennt zu erfassen sind.

Die bereits angeführten fünf berufspolitisch wesentlichen Kenngrößen werden nicht untersucht:

„- der Schweregrad der psychischen Störung, der psychopathologischen Symptomatik und der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen in den Bereichen: Selbstfürsorge und Alltagsbewältigung, berufliche Funktionsfähigkeit, familiäre/partnerschaftliche Funktionsfähigkeit und Funktionsfähigkeit in anderen Rollen und Aktivitäten,

- die Veränderungsbereitschaft bzw. Therapiemotivation des Patienten,
- die Aufnahmebereitschaft des Patienten für bestimmte psychotherapeutische Ansätze,
- die Qualität und Prognose der Therapeut – Patient – Beziehung und schließlich
- die individuelle klinische Expertise des behandelnden Therapeuten.“ (Bundespsychotherapeutenkammer 2006 S. 17).

Es fehlen ebenso die bereits von Grande und Rudolf (2003) benannten notwendigen sechs Punkte für einen klinischen Anforderungskatalog, wie die aus berufspolitischer Sicht geforderten wesentlichen Faktoren.

Es wurde nachgewiesen, dass ein erheblich großer Anteil, mehr als die Hälfte der in der Alltagspraxis erstellten Diagnosen: Mehrfacherkrankungen und Erkrankungen der Persönlichkeit mit dem diagnostischen Material des TK Modells, das sich an den Kapazitäten des Hogrefe Testsystems orientiert, überhaupt nicht erfasst werden können. Es besteht dadurch die Gefahr, dass die Patienten in dem Modellvorhaben allein aus untersuchungstechnischen Gründen mit einer der vorgegebenen Behandlungen „passend“ gemacht werden. Zum Ausschluss dieser Gefahr gibt es keinen Kontrollvorgang.

Der schwerwiegendste Beleg dafür, dass der Nachweis der Veränderung in der Patientenselbstbeschreibung kein objektives, weder valides noch reliables Merkmal für die Behandlungsqualität sein kann, wurde an Hand der Ergebnisse von drei empirischen Studien erbracht. Damit ist er als alleiniges Merkmal zur Qualitätsbewertung als ungeeignet zu bezeichnen.

Zudem konnte an Hand von theoretischen Überlegungen zur Bedeutung der Veränderbarkeit von Patientenselbsteinschätzung nachgewiesen werden, dass auch hier eine alleinige Heranziehung von Patientenselbsteinschätzungen zur Qualitätsbewertung fachlich ungeeignet ist.

Der Nachweis und die Kontrolle, dass tatsächlich repräsentative Behandler und insbesondere der Umstand, dass überhaupt nicht untersucht und schon gar nicht sicher gestellt wurde, dass die benannten Verfahren tatsächlich zur Anwendung kamen, verweist darauf, dass die TK gerade diejenigen Wissenschaftskriterien, deren Einhaltung sie in ihren eigenen Prüfungen von anderen fordert, selbst im TK-Modell in keinster Weise erfüllt.

Damit ist fach-wissenschaftlich, basierend auf dem empirisch-wissenschaftlichen und theoretisch begründeten fachkundlichen Nachweis festzustellen, dass im TK Modell, insbesondere im Monitoringvorgang, keines der für psychoanalytische Behandlungen wesentlichen Qualitätsmerkmale und Merkmalswerte erfasst oder untersucht wird.

Die Methodik des TK Modells lässt eine fachlich fundierte Aussage über die Ergebnis-, Prozess- oder Strukturqualität prinzipiell und die konkreten Einzelbehandlungen nicht zu. Die TK kann nicht beanspruchen, eine wissenschaftlich, empirisch oder theoretisch begründete Aussage über die Qualität einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Behandlung abgeben zu können.

Sie kann allein Aussagen über die Wirksamkeit von Veränderungen in der Patientenselbstbeschreibung unter vollständig ungeklärten und unkontrollierten Behandlungsbedingungen machen.

3. Abschnitt

Prüfung der Frage, ob die TK oder andere Interessierte wissenschaftlich begründete Aussagen über die beiden analytisch begründeten Verfahren (TP und AP) und über die Unterschiede zwischen den drei Verfahren auf Basis der Ergebnisse des TK-Modells abgeben dürfen

Die TK hat wiederholt betont, dass sie selbst einen Vergleich der Verfahren nicht anstrebt. Es ist zu befürchten, dass diese Äußerungen vorrangig dazu dienen, die Akzeptanz unter den beteiligten Behandlern zu erhöhen.

Andererseits hat die erste Projektleitung den Vorschlag verworfen, nur eine Untersuchungsgruppe (Vertragsbehandlungen ohne Verfahrensunterscheidung im Monitoringvorgang) und eine Kontrollgruppe (Vertragsbehandlungen ohne Verfahrensunterscheidung ohne Monitoringvorgang) einzuführen, nicht aufgegriffen. Damit hat sie also auf einem möglichen Vergleich der Verfahren bestanden, auch wenn sie selbst nicht, aber andere Interessierte dann sehr wohl, den Verfahrensvergleich anstellen wollen.

Während in einem anderen Qualitätssicherungsmodell in Bayern explizit durch die Forschungsgruppe bestätigt wurde, dass ein Vergleich der Verfahren auf Grund des Designs nicht zulässig ist, wurde auch diese Aussage trotz Anregung von den TK-Vertretern nicht abgegeben. Insofern muss diese Frage diskutiert werden, um einen späteren Vergleich durch Interessierte schon im Vorfeld als unzulässig zu markieren.

Zunächst muss erneut darauf verwiesen werden, dass überhaupt nicht sicher gestellt oder kontrolliert wurde, welche Verfahren zur Anwendung kamen. Schon allein dieser Umstand sollte ausreichen, um zu belegen, dass ein Vergleich der Verfahren unzulässig ist.

Wenn sowohl für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zur wissenschaftlichen Anerkennung, wie auch für die Prüfung der Wirksamkeit der Richtlinienverfahren die Fachgesellschaften zwingend den Nachweis erbringen müssen, dass tatsächlich das zu prüfende Verfahren zur Anwendung kam, dann ist es nicht hinnehmbar, wenn nun eine Krankenkasse beansprucht, sowohl die Wirksamkeit wie auch die Qualität eines Verfahrens messen und be-

werten zu können, obwohl überhaupt kein Beleg dafür erbracht wird, dass diese Verfahren tatsächlich angewendet wurden.

Insofern reicht schon dieser Grund aus, um zu belegen, dass weder Aussagen für die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren möglich sind noch Aussagen zum Vergleich der Verfahren untereinander zulässig sind.

Die sehr negativen Erfahrungen für die Ausbildungssituation (Fehlinformation potentieller Ausbildungskandidaten) wie auch für die reale Überweisungspraxis zwischen Kliniken und ambulant Niedergelassenen wie auch die Reaktionen in der Presse nach dem pseudo-wissenschaftlichen Vergleich zwischen den Verfahren, die von Grawe aus der gleichen Universität in Bern und vom gleichen Verlag zu verantworten sind, mahnen jede psychoanalytische Fachgesellschaft zwingend, die Forderung zur wissenschaftlich begründeten Darstellungen des tatsächlichen Nachweises der Verfahrensanwendung nachhaltig einzuklagen.

Diese Forderung wird verschärft zu fordern sein, wenn deutlich gemacht werden konnte, dass die psychoanalytisch begründeten Behandlungen durch den Monitoringvorgang in ihren zentralen Behandlungsprozessen wie auch in der Gestaltung des therapeutischen Arbeitsbündnisses geschädigt und beeinträchtigt wurden.

Auch auf die bisher bereits angeführten schweren inhaltlichen Fehlentwicklungen durch das Nichterfassen der Qualität, und die später noch genauer belegte fehlerhafte Normdefinition und die fehlerhaften Bewertungen soll hier nur verwiesen werden.

Diese verfahrensspezifischen Begründungen sollen aber um weitere Argumente aus der Prüfung der eigentlichen empirisch-wissenschaftlichen Kriterien erweitert werden, um zu verdeutlichen, dass auch deshalb weder über die einzelnen Verfahren noch über deren Vergleich seriöse Aussagen zulässig sind.

Die vielen Unterschiede zwischen UG und KG, die Irritationen durch das überfrachtete Modell, die fehlende Repräsentativität der Behandler für die benannten Verfahren sowie die dreifache Veränderung des laufenden Modellvorhabens an entscheidenden Informations- und Auswahlkriterien für die Patienten haben zu einer erheblichen Konfusion mit unabwiesbaren Folgen für die Aussagekraft geführt.

In der Stellungnahme des beratenden Fachausschusses Psychotherapie bei der KV Hessen schreiben die Autoren Klauenflügel und Proschwitz bereits am 3. Juni 2003: „Nach unserem Eindruck ist eine Überfrachtung der Ziele der Untersuchung entstanden: Zu viele Fragestellungen (QS, Steuerungsmöglichkeiten, Effektivität, Effizienz, Ökonomie) bewirken, dass einige Ziele nur eingeschränkt oder gar nicht erreicht werden können“ (Klauenflügel und Proschwitz 2003).

Rudolf formuliert am 15.05. 2003: „Der zentrale Kritikpunkt: Das Modell von seelischer Krankheit und Gesundheit folgt weiterhin der Formel Symptom = Krankheit, Symptombese-
rung = Gesundheit. Dass ein solches Modell wissenschaftlich nicht haltbar ist, wurde immer wieder diskutiert, so dass die Argumente hier nicht wiederholt werden müssen“ und weiter:
„Als Fazit bleibt festzustellen, dass die in den Psychotherapierichtlinien formulierten „analy-

tisch begründeten Verfahren“ mit ihrer speziellen Zielsetzung und Vorgehensweise, welche sich nicht bevorzugt auf eine rasche Symptomreduzierung, sondern auf die Bearbeitung aktualisierter Konflikte richtet, in diesem Design nicht auf seine Wirksamkeit geprüft werden kann“ (Rudolf 2003).

Rudolf und Grande stellen in ihrer gemeinsamen Stellungnahme zum TK Modell fest: „Aufgrund der beschriebenen Situation suggeriert das Modell eine Rationalität der Mengenregulierung, die in Wahrheit logisch nicht expliziert bzw. begründet ist. Es handelt sich vielmehr um eine Scheinlogik und es ist daher der Verdacht begründet, dass hier nur nach einer irgendwie plausiblen Begründung gesucht wurde, um Kosten um jeden Preis und ohne besondere Rücksicht auf die psychotherapeutischen Erfordernisse einsparen zu können“ (Rudolf und Grande 2003).

Tschuschke wurde bereits angeführt, er kommt in seiner fachlichen Stellungnahme zum Modellvorhaben vom 6.10.2003 zu folgendem Ergebnis: „Das vorgelegte Design allerdings ist in seiner vorliegenden Form sehr in Frage zu stellen. Die Gründe hierfür wurden ausgiebig angeführt und diskutiert. Damit ist der Wert des gesamten Modellvorhabens anzuzweifeln“ (Tschuschke 2003).

Im Folgenden soll nun genauer untersucht werden, ob das TK Modell dem empirischen Forschungsansatz und dessen Voraussetzungen, Bedingungen und Anforderungen als unverzichtbare Grundlage für wissenschaftlich begründete Aussagen gerecht wird.

Aus Sicht der empirischen Wissenschaft selbst sind folgende schwerwiegende Mängel und Fehler aufzuzeigen, die vorrangig aus der Überfrachtung des Modellvorhabens resultieren.

1. Prüfung der Frage, ob die Methodik des Modellvorhabens die vielen Ebenen des TK Modells so erfasst, dass wissenschaftlich begründete Aussagen über die Verfahren oder Verfahrensvergleiche möglich sind?

Das TK Modellvorhaben umfasst viele Aspekte und mehrere Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe. Dadurch entsteht nicht nur potentiell die Gefahr, keine eindeutigen Aussagen zu ermöglichen, dadurch ist das Modell selbst gefährdet:

Das Modell beansprucht die Wirksamkeit der Behandlungen messen zu können

Das Modell soll eine neue Erfassung von Qualität ermöglichen.

Im Modell wird eine Norm zur Bewertung definiert.

Im Modell werden vier Bewertungen als Empfehlungen neu entwickelt und erprobt.

Im Modell sollen diese Bewertungen in einem modellinternen Experiment bezüglich ihrer Wirksamkeit getestet werden.

Im Modell soll versucht werden, die Effektivität und Effizienz der Behandlung zu steigern.

Das Modell beansprucht eine verfahrensübergreifende Qualitätssicherung zu entwickeln.

Das Modell testet ein modifiziertes Gutachterverfahren und soll dazu beitragen, bei Eignung das reguläre Gutachterverfahren zu ersetzen.

In der Folge dieser Aspekte wird erkennbar, dass dazu ein systematischer Aufbau mit vielen Variablen notwendig ist. Wenn das Interesse besteht, ein für jede Psychotherapie gültiges Qualitätssicherungsverfahren einzuführen, mit dem alle Verfahren, alle Patienten und alle Krankheiten mittels eines einzigen Berechnungsvorganges durch ein Zentrum, quasi alles unter einem Dach, bewertet und beeinflusst werden können, dass durch eine Verkürzung der Stunden die darauf reduzierte Effektivität und Effizienz im Sinne der Interessengruppen des TK Modells erreicht wird, dann ist auch jeder dieser Aspekte für die Einbeziehung in die Untersuchung unverzichtbar.

Die Projektleitung stand unter diesen Vorgaben also von Anfang an unter dem Druck, diese vielen Ebenen in ein wissenschaftlich – empirisch begründetes Rahmenkonzept einzubinden.

Im Folgenden sollen die daraus entstandenen Probleme aufgezeigt und benannt werden.

1.1. Der Nachweis, dass zwischen der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe vierzehn Unterschiede bestehen

Der wichtigste Verstoß gegen die Regeln der wissenschaftlichen Untersuchungsmethodik ist darin zu erkennen, dass der Unterschied zwischen der jeweiligen Untersuchungs- und Kontrollgruppe nicht auf einer einzelnen, isolierbaren und kontrolliert angewendeten Variablen beruht.

Wenn zwei oder sogar mehrere Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe bestehen, dann kann keine verlässliche Aussage über die Wirkung einer einzelnen Untersuchungsvariablen gemacht werden.

Folgende vielschichtige Unterschiede zwischen der Untersuchungsgruppe (UG) und der Kontrollgruppe (KG) sind im TK Modell aufzeigbar:

1. Die zentrale Untersuchungsvariable im TK Modell besteht in der direkten Rückmeldung der bewertenden Empfehlungen an Patient und Behandler. Damit wird die Umsetzung der bewertenden Entscheidungsregeln vollzogen. Dieser bewertende Rückmeldungsvorgang betraf zunächst jede laufende Behandlung der Untersuchungsgruppen. In die Kontrollgruppen wird im Gegensatz dazu keine Bewertung eingebracht.

Die Untersuchung der Auswirkungen dieser Variablen ist das zentrale Ziel des TK Modells.

Im Folgenden werden weitere systematische und unsystematische Unterschiede zwischen den Experimentalgruppen (EG) und den Kontrollgruppen (KG) aufgezeigt, die sowohl einzeln wie auch in der Menge jeweils unterschiedliche Auswirkungen zeigen werden, die nicht differenzierbar erfasst werden können.

2. In den EG werden folgende Kriterien für die Berichterstattung des Behandlers an den Gutachter weder gefordert noch vorgelegt:

- die Anamnese des Patienten,

- die individuellen Entstehungsbedingungen der Krankheit,
- die Ursachen und Aufrechterhaltung der Symptom- und Krankheitsfunktionen
- die individuelle Psychodynamik
- die patientenbezogene Planung der Prozess- und Beziehungsgestaltung
- die zu fokussierenden Behandlungsschwerpunkte und der Umfang der Behandlungsziele

Auf der ausführlichen Darstellung dieser Behandlungsaspekte basiert jedoch die eigentliche Wirksamkeit der Qualitätssicherung des regulären Gutachterverfahrens: Der Behandler muss diese Aspekte für sich durchdenken, das Krankheitsgeschehen zu verstehen suchen und angemessene Behandlungsansätze entwickeln. Sein Bericht an den Gutachter muss diese Kriterien ausführen, sie bilden nicht nur die Basis für die wesentlichen Prüfvorgänge im Gutachterverfahren, sie erfordern durch den Prüfvorgang im Gutachterverfahren eine intensive Auseinandersetzung des Behandlers mit dem individuellen Fall.

Genau diese vorbereitende und reflektierende Arbeit v. a. des unbewussten Geschehens wird in den KG gefordert und erbracht. Damit wird völlig unklar, ob etwaige Unterschiede auf die Bewertungen oder aber auf die wegen der fehlenden Bearbeitung dieser Kriterien unterschiedlichen Behandlungskonzeptionen, Behandlungsplanungen und das unterschiedliche Niveau des Behandlungsverständnisses zurückzuführen sind.

3. Die konkret veränderten Bewilligungskriterien im modifizierten Gutachterverfahren beeinflussen das Wissen von Patient und Behandler um die Bedeutung der Patientenselbsteinschätzung für die Bewilligungspraxis. Inwieweit dieses Wissen um die dadurch sichere Erfüllung der Bewilligungskriterien (am Anfang ganz schlechte Angaben angeben, dann etwas bessere, aber immer noch außerhalb der Normalpopulation) die Ergebnisse in den EG bestimmen, bleibt nicht klar, aber zu bedenken. In den KG entfällt dieser Beeinflussungsfaktor. Die nicht selten auftretenden positiven Rückmeldungen von Behandlern über die gutachterlichen Stellungnahmen und insgesamt die positiven Auswirkungen auf die Behandlung nach guter Einschätzung eines guten Behandlerberichtes durch den Gutachter werden weder erkannt noch in ihrer Auswirkung untersucht.

4. Es gibt nur in den EG, nicht aber in der KG durch die direktive, leitende und bewertende absichtsvolle Beeinflussung des dualen Therapiegeschehens und durch die unvermeidbare Triangulierung zwischen Trust Center, Behandler und Patient eine Dreieckskonstellation. Da die Aussagen des Trust Centers weder korrigiert noch geändert werden können, belasten alle Auseinandersetzungen über die Wirkung der Bewertungen die therapeutische Beziehung auf einer Macht- und Stausebene im Dreieck. Unerwünschte Wirkungen in Folge der Zwangstriangulierung (z. B. Unterwerfung, Rebellion, Treue, Verrat) und der Machtfragen bei den Bewertungen werden in den EG auftreten, die therapeutische Beziehung kann belastet werden, in den KG nicht. Insofern wird die gewollte Machtthematik in den EG Wirkungen auslösen, die nicht erfasst werden können.

5. Die Auswirkungen wegen der unkontrollierbar sehr häufig abgegebenen falschen Bewertungen in beide Richtungen („Gute Entwicklung!“ kann falsch sein, „Negative Entwicklung!“

kann auch falsch sein) gibt es nur in den EG diese mit Sicherheit wirksamen Auswirkungen durch die Fehlbewertungen. Diese zusätzlich irritierenden Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung in den EG werden nicht untersucht; in die KG können keine falschen Bewertungen eingebracht werden.

6. Die Verlagerung der Verantwortung für die Bewertung: In den EG werden vorrangig die Patientenangaben als für den Genehmigungsvorgang entscheidend bewertet, in den KG ist der Behandler allein für die Verlängerungsanträge verantwortlich. Die Frage der Verantwortung wird insbesondere bei den Patienten, die unter rigiden Über-Ich Anteilen leiden, ergänzend zu den bereits angeführten unterschiedlichen Auswirkungen um das vorherige Wissen des Bewilligungsvorgangs, zu weiteren Irritationen bezüglich der Wirksamkeitszuschreibung führen.

7. Die Gefährdung/Zerstörung wesentlicher Wirkfaktoren (Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung, Beeinträchtigung der patientenspezifischen Entfaltung der neurotischen Dynamik im therapeutischen Feld, nicht mehr trennbare neurotische Konfliktverarbeitung wegen der Realkonflikte durch die Bewertungen) und des Rahmens in der TP und AP geschieht nur in den EG, ohne Untersuchung der Auswirkungen auf die Ergebnisse; in den KG kommt es zu keiner derart belastenden externen Beeinträchtigung.

8. Die Zerstörung der Neutralität, der Abstinenz und Anonymität des Therapeuten geschieht nur in den EG, in denen der Behandler zwangsläufig der Überbringer der Bewertungen ist und der deshalb zur Stellungnahme gezwungen ist. Damit wird ein Diskussionszwang in die Behandlungen der EG eingeführt, der nur für Verhaltenstherapien möglicherweise sinnvoll sein kann. In den KG entfällt diese Dynamik.

9. Es bleibt auch nicht erfassbar, ob in den EG andere Verfahren als in den KG zur Anwendung kommen. Basieren die zu erwartenden Ergebnisunterschiede auf unterschiedlichen zur Anwendung kommenden Verfahren oder verschiedenen Methoden? Während in den UG allein die Abrechnungsziffer als Nachweis für die Anwendung der entsprechenden Richtlinienverfahren ausreichen soll und der Behandler auch gemäß der TK Vorstellung eines verfahrensübergreifenden Behandlungsverständnisses sich ermutigt fühlen kann, „seine“ Ausbildungsverfahren (die ja im Therapeutenbogen extra angegeben und abgefragt werden) anzuwenden , muss der Behandler in den KG einen verfahrensspezifischen Bericht erstellen. Welche unterschiedlichen Verfahren tatsächlich zur Anwendung kommen, ist daher nicht erfassbar.

10. Was bewirkt die unterschiedliche Dosierung des Wirkfaktors in den EG, in denen unterschiedlich bis zu achtmal eine Bewertung eingebracht wird? In den KG gibt es keine unterschiedliche Dosierung. In den unterschiedlichen Verfahren werden die Bewertungen unterschiedlich oft in die jeweiligen Behandlungen eingebracht.

11. Die Beeinflussung der Behandlungen durch die zeitliche Dauer der Beschäftigung mit der Erhebung, dem Warten auf die Bewertungen und deren Verarbeitung wird in den EG zu unklaren Zeitverhältnissen führen, dadurch wird Zeit in unklarem Umfang in den EG für die Verarbeitung der Beeinflussung benötigt. In den KG entfällt diese zeitliche Beanspruchung.

12. Die häufigsten realen erbrachten psychoanalytisch begründeten Diagnosen werden nicht erfasst und bei dem Erstantrag/der Verlängerung in den EG nicht berücksichtigt; in den KG dagegen kann der Therapeut sehr wohl die reale Diagnosestellung angeben und im Bericht darlegen. Dieser Unterschied hat reale Auswirkungen auf die Behandlungsplanung und Behandlungsdurchführung wie für die Bewilligungspraxis, die nicht untersucht werden können.

13. Welche unbewussten Auswirkungen auf die Behandler und die Patienten hat die Teilnahme an einem derart massiv umstrittenen Modellvorhaben in den EG? Prägen unkontrollierbare Scham-, Schuld-, oder Triumphgefühle die Behandler und Patienten, oder werden Ängste wegen der externen, anonymen Bewertungsinstanz von beiden Seiten vermieden oder führt die Bewertung gar kontraphobisch zu massiven Interventionen in den EG, um die Ergebnisse der eigenen Arbeit zu beeinflussen, während diese externe Problematik in den KG nicht auftaucht.

14. Ein, weil nicht untersucht also vermutlich unerkannt bleibender Unterschied besteht in folgender Konstellation: In der regulären Versorgung werden etwa gleich viel Behandlungen im Rahmen von KZT, ohne Einbeziehung des Gutachterverfahrens durchgeführt, wie Behandlungen mit Gutachterverfahren: also jeweils etwa 160000 Behandlungen als KZT und eine ebenso solche Anzahl als LZT oder KZT mit Begutachtungen. Genaue Zahlen hierzu liegen nicht vor, nur das Verhältnis wird angegeben.

Wenn nun, wie in der EG des TK-Modells die Behandler ihre Anträge auf Grund der Patientenselbststeinschätzungen mit dem verkürzten, verfahrensunspezifischen Bericht bewilligt bekommen, dann werden sie, anders als im regulären Antragsverfahren vermutlich viel weniger KZT beantragen, weil ja die LZT sofort bewilligt wird. Der Unterschied zwischen den EG und den KG besteht also dann darin, dass in den EG viel weniger KZT beantragt werden dürften, während in der KG zu erwarten ist, dass das übliche Kontingent von KZT ohne Begutachtung durchgeführt wird. Das wiederum führt zu der Verzerrung, dass in den EG des TK-Modells überwiegend LZT durchgeführt werden dürften, die vermutlich gar nicht notwendig wären, wenn man im Vergleich dazu sieht, dass im regulären Antragsverfahren viel häufiger KZT beantragt werden.

Ein Unterschied besteht dann bei den vorhersagbar besseren Ergebnissen der EG darin, dass hier wegen der Patienten, die eigentlich nur einer KZT bedürften, dann die Ergebnisse ihrer LZT viel kürzer erreichbar scheinen. Die Wirkung wäre dann nicht auf die Rückmeldungen zurückzuführen sondern darauf, dass hier KZT Patienten mit LZT behandelt würden, die dann eben auch viel schneller beendet sein kann.

Dieser Aspekt müsste auch beim Vergleich zwischen modifiziertem und regulären Gutachterverfahren berücksichtigt werden, wird es aber, weil nicht untersucht, vorhersehbar nicht.

1.2. Drei Veränderungen in den Experimentalgruppen während der laufenden Untersuchung

An dieser Stelle soll zunächst der Hinweis auf drei wesentlich erscheinende Änderungen, die nur die Experimentalgruppen betreffen, genügen, weil sie später genauer erörtert werden müssen. Im Verlauf der Untersuchungen wurden drei Änderungen eingebracht:

Während zunächst jedem TK-Versicherten (wenn auch unter der Zusicherung der Freiwilligkeit) die Teilnahme angeboten werden musste, wurde in späteren Stellungnahmen im Internet wiederholt betont, dass kein Behandler gezwungen gewesen sei, jeden TK-Versicherten ein-zubeziehen. Die Verwirrung zwischen von Anfang an tatsächlich zugesicherter Freiwilligkeit, aber ebenso sicher vertraglicher Verpflichtung des Behandlers, jeden TK-Versicherten umfas-send und ausführlich zu informieren und dem Umstand, dass später der Eindruck entstand, dass es ins Belieben oder in die Verantwortung des Behandlers gestellt wird, ob er einen neu- en Patienten informiert oder einbezieht, muss später genauer in seinen Auswirkungen auf die Ergebnisse wegen der tendenziösen Patientenauswahl kritisch untersucht werden.

Ebenso soll die Änderung, dass zunächst von der TK geplant und gewünscht war, dass jeder Patient über jede Bewertung informiert wurde und später die Weitergabe der Bewertung ins Belieben oder in die Verantwortung des Behandlers gestellt wurde, später diskutiert werden.

Da die Änderung der Bewertungen während des laufenden Modellvorhabens sicher die gra- vierendsten Auswirkungen gehabt haben dürften, soll dieser Vorgang später genauer darge- stellt werden.

1.3. Ergebnis der Prüfung

Der Unterschied zwischen einer Experimentalgruppe und einer Kontrollgruppe muss, wenn man die Unterschiede auf eine Untersuchungsvariable (hier: die Einführung des Monitoring- vorgangs) zurückführen will, um eindeutige Aussagen über diesen Wirkfaktor abgeben zu können, auf diese eine Variable reduziert bleiben. Die drei Veränderungen während des Ver- laufes der Untersuchung, die nur die Experimentalgruppen betrafen, lassen zudem weitere Schwierigkeiten bezüglich der Berechtigung erkennen, überhaupt Aussagen zu den Ergebnis- se der Verfahren oder über die zu erwartenden Unterschiede zwischen den Verfahren abgeben zu dürfen.

Im TK-Modell sind die genannten vierzehn Unterschiede nachweisbar, sie lassen eine wissen- schaftlich begründete Zuweisung für eindeutige Ergebnisunterschiede zwischen UG und KG nicht zu.

Damit können auch unter diesem Gesichtspunkt keine wissenschaftlich verwertbaren Aussa- gen über den Monitoringvorgang und über die beteiligten Verfahren und ihren zu erwartenden Unterschieden getroffen werden.

Gerade weil nach diesen Überlegungen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist,

- dass die verhaltenstherapeutischen Behandlungen schneller und kürzer zu den Verände- rungen in der Patientenselbstbeschreibung führen müssen als in den psychoanalytisch be- gründeten Behandlungen,
- dass die psychoanalytisch begründeten Verfahren mit Bewertungen aus den genannten Gründen vorhersehbar schneller zu den gewünschten Veränderungen in der Patientenselbstbeschreibung führen müssen als in der Kontrollgruppe

- dass das modifizierte Gutachterverfahren zu scheinbar besseren Ergebnissen führen wird und das für das (hier auch nur scheinbar) reguläre Gutachterverfahren der Nachweis einer vermutlich extrem geringen Effektivität erbracht zu werden scheint

wäre dieses Ergebnis also nicht geeignet, auf wissenschaftlich faire Weise einen Vergleich zwischen den Verfahren zu legitimieren.

Auch wenn man nur die psychoanalytisch begründeten Verfahren in der Experimentalgruppe mit der Kontrollgruppe vergleicht, dann bleiben diese gravierenden Unterschiede bestehen, so dass eine kausale Ursachenzuschreibung etwa in dem Sinne, dass (wie zu erwarten ist) die Behandlungen mit Monitoringvorgang kürzer und schneller verliefen, als in der Kontrollgruppe ohne Monitoringvorgang, dann wären diese Unterschiede kausal nicht der Veränderung der Variablen allein zuzuweisen sondern können auch auf Grund der dreizehn anderen Variablen entstanden sein.

Folgende irritierende Auswirkungen hat diese Vielfalt der Unterschiede für die konkrete Behandlungspraxis und die beteiligten Verfahrensvertreter:

- In der Untersuchungsgruppe: Wegfall des regulären Gutachterverfahrens bei der Erstbewilligung, Entlastung des Behandlers und Belastung des Patienten durch die Verschiebung der Verantwortlichkeit für die Bewertungen in der UG, es gibt eine verwirrende Diskrepanz: zwar bleibt allein der Behandler für die Qualität seiner Behandlung verantwortlich, aber für die Bewertung dieser Behandlung wird ausschließlich die Patientenselbstbeschreibung verrechnet. Die zu vermutende Hoffnung von Behandlern, durch die Ergebnisse die angestrebten Veränderung des Gutachterverfahrens bewirken zu können, werden bewusst oder unbewusst die Motivation, die Auswahl der Patienten und die Information der Patienten in völlig unkontrolliertem Umfang, aber mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit beeinflussen, weil das genannte Eigeninteresse ja auch in den Werbebroschüren der TK für die Behandler klar herausgestellt wird.
- In der Kontrollgruppe: Berichterstellung des Behandlers und Prüfung des Berichtes durch einen Gutachter, Entlastung des Patienten durch seinen Nichteinbezug am Genehmigungsvorgang in der KG. Die Verantwortung verbleibt beim Behandler. Dieser Unterschied in der Verantwortung für die Bewertung hat nach allen psychologischen Motivationstheorien erheblichen Einfluss auf das Geschehen. Wie wirken diese Unterschiede, welche Motivationen (Hoffnung auf Erfolg/Angst vor Misserfolg/Übernahme oder Ablehnung von Verantwortung) bestimmen die Behandler oder Patienten?
- Werden in den Kontrollgruppen Richtlinienverfahren geplant und welche Verfahren kommen in den UG überhaupt zum Einsatz? Diese Frage führt zu einer verwirrenden Anwendungspraxis, es wird nicht zu klären sein, ob ein Behandler, durch die fehlende Pflicht zur Berichterstellung möglicherweise andere Ansätze präferiert, es gibt eine empirische Arbeit (Köhlke 2000), in der erhoben wurde, dass mehr Verhaltenstherapeuten als Psychoanalytiker angaben, dass sie in der Behandlungsrealität etwas anderes tun als sie im Bericht angeben. Diese Frage lässt sich nicht mit dem Hinweis darauf beantworten, dass in der KG auch nicht überprüfbar ist, was der Behandler konkret tut. Wenn das TK Modell

den Anspruch erhebt, die Behandlungspraxis der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie im Vergleich mit der Verhaltenstherapie zu untersuchen und zu bewerten, dann hat die TK in einem konkurrierenden Markt, in dem die Ergebnisse der TK Untersuchung sicher als Argumente für oder gegen die untersuchten Verfahren Verwendung finden werden, sicher zu stellen, dass in den Psychotherapien auch tatsächlich das Verfahren (s. Qualitätsmerkmale) angewendet wurde, unter dessen Name die Bewertung veröffentlicht wird. Wenn dies, wie bisher, nicht sichergestellt wird, dann ist von einer (bewussten oder ungewollten?) Fehlinformation auszugehen.

- Aufgrund dieser Irritationen könnte sich eine Beweissituation ergeben, die bisher nicht bedacht wurde. Aus dem Umstand, dass durch den Nachweis von schnelleren Veränderungen in der Patientenselbsteinschätzung in den EG der psychoanalytisch begründeten Verfahren (als in den KG dieser Verfahren) kann auch der Schluss gezogen werden, dass dieser Unterschied gerade verdeutlicht, dass wegen der erfolgten schnelleren Veränderung in den Patientenselbstbeschreibungen geschlossen werden kann, dass in den EG keine den Richtlinien entsprechende analytisch begründeten Verfahren angewendet wurden. Eine derart einseitige Veränderungskonzeption und die Anerkennung der geschilderten Zwangstriangulierung und Behandlungsgefährdungen kann im Vergleich mit einem regulär durchgeführten tiefenpsychologisch fundiertem oder analytischem Vorgehen dazu führen, dass der nachgewiesene Unterschied in der Geschwindigkeit gerade als Nachweis dafür gelten kann, dass keine tiefenpsychologisch fundierte Behandlung im Richtlinienverständnis angewendet wurde.
- Es bleibt unklar, weil nicht untersucht, ob die durchgeführten Behandlungen tatsächlich ausreichend waren oder ob es Unterschiede in der Zielsetzung und Zielerreichung bezogen auf das verfahrensspezifische Krankheitsverständnis zwischen EG und KG gab?

Wissenschaftlich verantwortlich können demnach bezüglich der Verfahren und des Vergleiches zwischen den Verfahren folgende (vorhersehbare) Aussage bereits heute als belegt abgegeben werden:

1. Unter völlig unkontrollierten Behandlungsbedingungen, bei dreizehn undifferenzierbaren Unterschieden zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe und dreifacher Veränderung der laufenden Untersuchung der Bedingungen in der Experimentalgruppe, unter weitgehender Gefährdung oder sogar Zerstörung der wesentlichen Wirkfaktoren in den psychoanalytisch begründeten Therapien in den Untersuchungsgruppen sowie unter der externen Beeinflussung durch unkontrollierbar richtige oder falsche Bewertungen kommen Patienten in den Verhaltenstherapien schneller zu veränderten Selbstbeschreibungen als in den nicht genauer untersuchten Behandlungen, die unter der Bezeichnung: psychoanalytisch begründete Verfahren abgerechnet werden können.
2. In der unter der Bezeichnung der psychoanalytischen Verfahren untersuchten Gruppe im Bewertungsvorgang mit modifizierten Gutachterverfahren kommen Patienten bei mehr als zwölf undifferenzierbaren Unterschieden zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe und dreifacher Änderung der Bedingungen im Verlauf der Untersuchung in der Experimentalgruppe, unter weitgehender Gefährdung

oder sogar Zerstörung der wesentlichen Wirkfaktoren in den psychoanalytisch begründeten Therapien in der Untersuchungsgruppen sowie unter der externen Beeinflussung durch unkontrollierbar richtige oder falsche Bewertungen schneller zu veränderten Selbstbeschreibungen als in den nicht genauer untersuchten Behandlungen der KG, die unter der Bezeichnung: psychoanalytisch begründete Verfahren abgerechnet werden können.

Bei der Beurteilung der wissenschaftlichen Begründung und der Aussagekraft des TK-Modells wird der Umstand von erheblicher Bedeutung sein, dass im laufenden Verfahren drei wesentliche Bedingungen, unter anderem der Hauptwirkfaktor, geändert wurde. Mit diesen drei Veränderungen wird die methodisch sehr brisante Frage aufgeworfen, ob dann, wenn in der Experimentalgruppe während des Verlaufes der Untersuchung drei Veränderungen eingeführt werden, überhaupt noch von einer Experimentalgruppe als Einheit ausgegangen werden kann oder ob nicht von mehreren Untersuchungsgruppen, von denen dann keine einzige als kontinuierliche Gruppe mit der Kontrollgruppe verglichen werden kann, auszugehen ist. Bevor diese Fragen der Bedeutung der Veränderungen während der laufenden Untersuchung und deren Auswirkung auf die Aussagekraft untersucht wird, soll nun zunächst der wichtige Nachweis für die Fehlerhaftigkeit der Norm und der daraus abgeleiteten Bewertungen erfolgen.

4. Abschnitt

Prüfung der Fehlerhaftigkeit und der daraus folgenden Schädigungen des sogenannten „Qualitätsmonitoring“, dem zentralen Wirkfaktor im TK-Modell mit dem Nachweis, dass die Einführung eines sogenannten „Qualitätsmonitoring“ gescheitert ist

Wenn der zentrale Wirkfaktor in der schnellen Einbringung von bewertenden Empfehlungen an Patient und Behandler mit dem Ziel der Beeinflussung des laufenden Behandlungsprozesses gesehen wird, dann muss die Richtigkeit dieser Bewertungen sicher gestellt sein, weil damit schließlich behandlungsbedürftige Patienten und deren Behandler mit dem Ziel der direkten Beeinflussung dieser Behandlungen konfrontiert werden.

Hier liegt vermutlich die schädigendste Auswirkung des TK-Experimentes, weil nachgewiesen wurde, dass sowohl die Norm der Bewertungen wie auch die Empfehlungen selbst in unkontrollierbarem Umfang, aber gemäß der Nebenwirkungsangaben bei Medikamenten „sehr häufig“ falsch waren. Diese Fehlentwicklung führte dazu, dass ab Mitte 2007 die Bewertungen geändert wurden, auch wenn der zugrundeliegende Algorithmus und damit die Norm nicht geändert werden konnten.

1. Die grundlegende Schädigung: Zur Prüfung der Entwicklung der grundlegenden Norm für die ursprünglichen Bewertungen der konkreten Einzelbehandlungen: Sieben empirische Studien zum Nachweis der Fehlerhaftigkeit der grundlegenden Norm und der ursprünglichen Bewertungen

Die Bewertungen im Qualitätsmonitoring beruhen auf einer einzigen Norm für jede Behandlung. Die im TK Modell entwickelte Norm für die Bewertungen basiert auf der Annahme eines monoton-linearen Behandlungsverlaufes, auch wenn die Forschergruppe immer wieder

darauf hinweist, dass sie selbst nicht von derart monotonen Verläufen in der Realität ausgehen. Der Berechnungsvorgang kann Verläufe mit zunehmender Verschlechterung weder für eine entsprechende Einschätzung noch inhaltlich differenzieren. Ausgehend von der Anfangssymptomatik und der erlebten symptomatischen Belastung kann nur berechnet werden, ob es im Behandlungsverlauf zu einer Zunahme oder einer Abnahme der Symptome kommt.

Bevor der eigentliche Fehler aufgezeigt wird, muss jedoch eine weitere Eigentümlichkeit des Rechenvorganges erläutert werden, der ebenfalls zu gravierender Kritik Anlass gibt:

Neben den drei subjektiven, symptomfixierten Patientenselbsteinschätzungen wird die Stabilität des bisherigen Therapieverlaufes und der Schweregrad der erlebten Belastung (nicht zu verwechseln mit dem Schweregrad der Erkrankung) des Patienten zu Therapiebeginn berücksichtigt.

Da diese Daten auch von der Aussage des Patienten abhängen, ergibt sich hierdurch vermutlich eine zusätzliche Gewichtung in Richtung der Fehlerhaftigkeit, wenn man die Ergebnisse der TRANS-OP Studie bezüglich der Veränderung der Patientenselbsteinschätzung nach Genehmigung der Behandlung berücksichtigt.

Zudem wird auch hier nicht differenziert, dass Brüche in der Stabilität des Therapieverlaufes in den analytisch begründeten Verfahren sowohl ein Hinweis auf eine schlechte Behandlung sein kann, aber, wenn in dieser Krise der lebensstiltypische Konflikt des Patienten (notwendigerweise) wiederholt wird, dann ist diese Instabilität ein sehr guter Indikator für den guten Verlauf der Behandlung.

Schließlich muss an diesem Punkt auch noch darauf hingewiesen werden, dass die Berücksichtigung des zu Beginn der Behandlung angegebenen erlebten Schweregrades der Belastung des Patienten nicht nur aus den bereits erörterten Fragen der tendenziellen Verzerrung wegen der ubw Zielmotivation des Patienten sehr fragwürdig ist: Die rechnerische Einbeziehung der Unterschiede von Schweregraden kann statistisch wiederum nur durch quantitative Unterschiede erfasst und einbezogen werden. In der realen Krankenversorgung ist aber die Annahme, dass ein Schnupfen, eine schwere Grippe und eine Krebserkrankung an Hand von Zahlen mit gleichem metrischem Skalenniveau unterschiedlich darstellbar ist, als völlig ungeeignet zurückzuweisen. Auch diese „Verrechnung“ unterschiedlicher Schweregrade im TK-Modell entspricht in keinsten Weise den real hinter diesen unterschiedlichen Zahlen verborgenen Unterschieden in der Schwere, der Intensität, des Ausmaßes und der Chronifizierung der verschiedenen psychischen Krankheiten.

Von daher werden all diese drei Bedingungen zusätzlich zu dem nun darzustellenden Grundfehler der Bewertungen die Fehlentscheidungen und ebenfalls die Fehleinschätzungen verstärken.

Die Entscheidungsregeln werden von der TK an Hand von drei Punkten formuliert. Dieser Zusammenhang ist deshalb bedeutsam, weil hier, ohne jede fachliche Begründung und unter Missachtung der verfahrensspezifischen Qualitätskonzepte und Wirksamkeitsnachweise der Zusammenhang zwischen Quantität und Qualität einfach konstruiert wird:

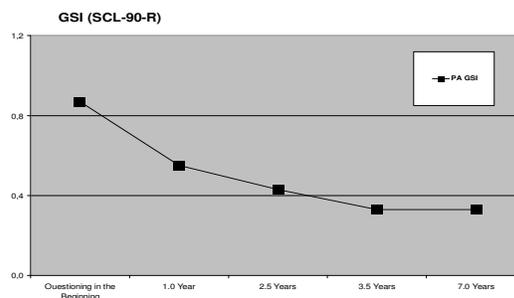
Aus den ausschließlich vom Patienten stammenden Angaben, aus denen durch einfache Addition und Vergleich der Ergebnisse der drei Testverfahren aus mehreren Messzeitpunkten entweder eine Veränderung oder Stagnation berechnet wird, werden qualitative Bewertungen über den Therapieverlauf dann in die sogenannten Empfehlungen umgewandelt.

Diese Ableitung, man könnte auch von einem Zahlenschwindel sprechen, ist fachlich nicht hinnehmbar. Hier liegt die Ursache für die schwer wiegenden Auswirkungen des sogenannten „Qualitätsmonitorings“.

Die Berechtigung zur Gleichsetzung von Quantität und Qualität leitet die Forschergruppe daraus ab, jeden konkreten Einzelfall mit den Mittelwertberechnungen der benutzten Fragebögen unmittelbar und direkt vergleichen zu können.

Die Mittelwertberechnungen des SCL 90 von Brockmann (2004) lassen ein derartiges Vorgehen zunächst scheinbar als begründet erscheinen.

Mittelwertverlauf Symptomschwere GSI (SCL-90-R)



aus: Frankfurt-Hamburg-Langzeitherapiestudie
J. Brockmann, T. Schlüter, J. Eckert (2004)

Abb. 15 Mittelwertverlauf der analytischen Psychotherapien

Bei der Konzeption der Norm für die Bewertungen wird davon ausgegangen, dass der Verlauf der hier vorgelegten Kurve, die eine Mittelwertdarstellung aus den später vorgestellten Einzelverläufen ist, zur Norm gemacht werden kann. Der Verlauf der Mittelwerte wird zur Norm, zum Wert ernannt. Wenn wie in der Brockmann Studie, die Kurve am Ende in den Normbereich mündet, dann wird die Bewertung eines guten Verlaufes erfolgen. Hier wurde also der Wirksamkeitsnachweis erbracht, dass das angewendete Verfahren (hier: psychoanalytische Behandlungen) in der Mittelwertdarstellung über alle Unterschiede der Einzelbehandlungen hinweg zum Erreichen des Normbereiches der Normalpopulation geführt hat.

Während bei den Wirksamkeitsuntersuchungen von psychotherapeutischen Verfahren dieses Verfahren (Mittelwertvergleich der Untersuchungsgruppe und Vergleich mit dem der Bevöl-

kerung) angemessen erscheint, wird im TK Modell nun umgekehrt der Verlauf eines jeden Einzelfalls mit dem Mittelwertverlauf der Einzelfälle verglichen.

Die Normbildung führt dadurch zur Bewertung, dass der Einzelfall mit dem Mittelwertverlauf verglichen und entsprechend seiner Ähnlichkeit als gut oder negativ bewertet wird.

Diese konzeptuelle Entscheidung basiert also auf dem Vergleich zwischen einer Mittelwertkurve, die gerade mit dem Ziel der Überwindung der Unterschiede und Eigenheiten der Einzelverläufe berechnet wird, und der Einzelfallkurve. Hier hätten die Projektleiter begründen müssen, wieso gerade dieser Unterschied für die Definition von Qualität das einzige und entscheidende Kriterium sein könnte. Diese Begründung wurde nicht geliefert, deshalb wird hier ein Verdacht durch die Projektleiter auszusräumen sein: Es gibt einen Grund, genau diesen Mittelwertverlauf zur Norm zu erheben.

Nur durch dieses Vorgehen wird die Möglichkeit eröffnet, quasi mittels einer pseudo-wissenschaftlichen Begründung bewertende Empfehlungen zur schnelleren Beendigung auszusprechen. Da diese Bewertungen auch unmittelbaren Einfluss auf die Berichterstellung und Genehmigungspraxis haben, werden sie so zu motivierenden Wirkfaktoren.

Zwar lassen die Forscher nicht nach, immer wieder zu betonen, dass es ihnen nicht um die Beschleunigung der Behandlungen geht, sondern nur um die Verbesserung der Qualität der Behandlungen. Jedoch geben sie nicht an, wieso denn bei den ursprünglichen Bewertungen nur eine Beschleunigung konzeptuell möglich war und die Empfehlung, dass zur ausreichenden Behandlung auch eine Verlängerung oder eine Erhöhung der Frequenz nötig sein könnte, konzeptuell definitiv ausgeschlossen war?

Es gibt keine andere Möglichkeit, wie z.B. eine Steigerung der Effektivität durch konkret bessere Behandlungserfolge sicher zu stellen; weder durch den Nachweis von mehr strukturellen Veränderungen noch durch den Nachweis der Verbesserung der anderen psychoanalytisch begründeten Merkmale oder Merkmalswerte ist im Monitoringvorgang eine Verbesserung möglich. Eine inhaltliche Anregung, die ja verfahrensspezifisch sein müsste, kann ebenfalls nicht erfolgen. Hier ist ein weiterer Unterschied zum regulären Gutachterverfahren erkennbar, auf den später eingegangen werden muss.

Die Steigerung von Effektivität und Effizienz im TK Modell wird deshalb allein durch die Beschleunigung der Behandlungen möglich, die zum Erreichen der Vergleichswerte der Normalpopulation durch die Patientenwerte notwendig sind. Ein qualitativer Unterschied bezüglich der Behandlung, der möglicherweise von der punktuellen Einordnung des jeweiligen Patienten innerhalb der Normalpopulation abhängig gemacht werden könnte, erscheint fachlich unzulässig.

Zwar gibt es an keiner Stelle eine direkte Anforderung nach einem Behandlungserfolg, der mit weniger Behandlungsstunden auskommen soll, aber die Modellkonzeption lässt eine andere Entwicklung nicht als gute Bewertung des Behandlungsverlaufes zu. Nur wenn ein Vorgang kontinuierlich verläuft, dann verläuft er auch kontinuierlich schneller dem Ende zu. Insofern wird hier die Effektivitätsvorstellung des TK Modells erkennbar.

Es gab bis 2007 im gesamten Monitoringvorgang konzeptuell keine Möglichkeit für die Empfehlung für eine höhere Stundenanzahl, es gab nur gute Bewertungen mit der Empfehlung zur Beendigung oder es folgten negative Bewertungen.

Die Bindung der Norm an monoton lineare Verlaufsphantasien, also einer strikten Kontinuität, kann deshalb nicht aufgegeben werden, weil sonst diese Effektivitätsvorstellungen nicht mehr umgesetzt werden können.

Diese Normdefinition gilt für mehrere Vorgänge als Legitimation:

1. Nur mit einer derartigen Norm kann scheinbar die Legitimität der vielfachen Bewertungen während des Behandlungsverlaufes begründet werden. Gerade wenn die Bewertungen zu einer Beschleunigung oder Beendigung der Behandlung dienen sollen, bedürfen sie einer Legitimation. Die Erhebungszeitpunkte sind nicht an tatsächlich bedeutsame Veränderungsvorgänge gekoppelt, sie liegen genau an den Zeitpunkten der Verlängerungsantragstellung.

Nur die Kontinuitätsphantasie kann eine derartige Festlegung der Erhebungszeitpunkte begründen.

2. Durch die Phantasie einer kontinuierlichen Verbesserung ist damit auch ein berechenbarer Zeitpunkt definierbar, um das Ende der Behandlung mit dem Erreichen der Werte der Normalpopulation zu begründen.

Allein diese Bindung der Norm an kontinuierliche (monoton lineare) Veränderungsvorstellungen ermöglicht die darauf begründeten Forderung nach „Therapieende erscheint angemessen oder Therapieende in Betracht ziehen“. Je näher der Patient sich kontinuierlich an die Daten der Normalpopulation annähert, umso sicherer scheint dadurch die Aufforderung zur Beendigung der Behandlung vertretbar zu sein. Auch diese Empfehlung ist nur mittels einer Kontinuitätsphantasie zu rechtfertigen.

3. Die Bedeutung dieser Norm und ihrer Begründung wird daran deutlich, dass durch die Norm der Bewertungen implizit indirekt die Norm für die Behandlungsverläufe entsteht.

Obgleich der erste Projektleiter und die Forschergruppe sehr wohl um die nicht-kontinuierlichen Verläufe wissen, geben sie die an diese Vorstellung gebundene Norm vermutlich deshalb nicht auf, weil dadurch die geplante und wohl auch beabsichtigte Steigerung der Effektivität und Effizienz allein durch Kürzung der Behandlungskontingente nicht mehr möglich wäre.

Erst nach Wechsel der Projektleitung konnte die Veränderung der Bewertungen 2007 sicherstellen, dass nun die Schädigung durch Fehlrückmeldungen, der Beschleunigungszwang und die imperativen Beeinflussungsversuche aus den Empfehlungen verschwanden.

Die ursprünglich negativen Bewertungen wurden als verbaler Tadel („Negative Entwicklung!“), ausgesprochen, der durch eine bedeutsame, vertrauenswürdige Instanz „Trust Center“ (Apparatzentrum) wirksam werden und eine schnellere Annäherung an die Werte der Normalpopulation bewirken sollte; ohne jegliche Begründung, wie diese Beeinflussung wirken soll.

Dieses Vorgehen wird nun bezüglich seiner Zulässigkeit weiter diskutiert.

Die Unterschiede in den Bewertungen beruhen auf der jeweils unterschiedlichen Summe aus den drei Fragebögen, sie werden unterschiedslos addiert, auch wenn die drei Bögen unterschiedliche Bedeutung haben können und auch in den beiden Tabellen von Rudolf (2005) erkennbar die Testverfahren deutlich andere Effektstärken aufweisen.

Die Gewichtung der drei Fragebögen als gleich bedeutsam (Symptome, Symptomschwere und interpersonale Schwierigkeiten) wird angenommen. Aus psychoanalytischer Sicht basiert diese Gleichsetzung auf der methodisch unverzichtbaren Standardisierungsabsicht der Untersucher.

Ob allerdings die einfache Addition dieser doch sehr unterschiedliche Ebenen der Selbstbeschreibung erfassenden Patientenfragebögen bei der Berechnung der Qualität der Behandlung zulässig ist, bleibt Spekulation oder weiterer Voruntersuchung vorbehalten. Selbst wenn eine Gleichsetzung der drei Fragebögen zulässig sein sollte, bleibt die Kritik daran aufrechtzuerhalten, dass die Gleichsetzung von Wirksamkeitsnachweisen in Gruppenvergleichsstudien nicht automatisch zur Qualitätsbeschreibung eines individuellen dualen Beziehungsgeschehens zulässig ist.

Die Bewertung der Qualität besteht aus dem rechnerischen Vergleich der Annäherung der Einzelfalldaten an die Daten einer Normalpopulation, die Basis dafür bildet die gerade kritisierte Annahme, dass die Einzelfallverläufe nur bei monoton linearen Verläufen eine gute Bewertung erhalten können. Der Umstand, dass gerade dieser monoton lineare Verlauf ein ernstzunehmender Hinweis für eine schlechte Behandlungsqualität sein kann, wird später belegt. Die an der Universität in Bern entwickelten Normen und Rechenoperationen basieren auf folgenden Gewichtungen.

Berechnet wird die Annäherung der Patientenangaben aus den drei Fragebögen an die Daten der Normalpopulation; Stabilität der bisherigen Entwicklung und Schweregrad der Erkrankung gemäß der Testergebnisse werden (wie bereits kritisiert) ebenfalls berücksichtigt.

Eine bedeutsame Veränderung in einem Fragebogen führt zu einem (+).

Keine bedeutsame Veränderung und keine reliable Verschlechterung führen zu einem (0).

Eine reliable Verschlechterung in einem Fragebogen führt zu einem (-).

Diese Kennzeichnung wird für jeden der drei Fragebögen durchgeführt.

Zweimal (+) führt zu der Gesamtbewertung: Guter Verlauf! Bitte Therapieende in Betracht ziehen.

Kein (+) oder nur ein (+) führt zu der Gesamtbewertung: Bisher keine bedeutsame Veränderung.

Ein (-) führt zu der Gesamtbewertung: Therapeutische Strategie (noch) nicht wirksam.

Bedeutsame negative Veränderungen führen zur Gesamtbewertung: Negative Entwicklung!

Vermutlich sind diese Rechenoperationen noch nie bei den beiden psychoanalytischen Therapieformen angewendet worden. Da sie von den beiden Autoren Lutz und Tholen (2003) ent-

wickelt wurden, ist davon auszugehen, dass diese Autoren sie aus den Forschungen, die sie mit der unmittelbar direktiven und leitenden Beeinflussung von Behandlungsverläufen abgeleitet haben, die in Kurzzeitbehandlungen eingesetzt wurden, die unabhängig vom Verfahren, gänzlich andere Behandlungsziele und Behandlungskonzepte anstreben bzw. umsetzen, als sie in den analytisch begründeten Verfahren in der Psychotherapie-Richtlinie zwischen den Kassen und der KBV verbindlich vereinbart wurden.

Deshalb muss nun zunächst die gut untersuchte Verlaufsforschung der psychoanalytisch begründeten Verfahren dargestellt werden.

Es wird aufgezeigt, dass in den empirischen Arbeiten von Rudolf (2001), Rudolf, Grande et al (2003), Brockmann et al (2004), in der TRANS OP Studie von Kordy et al (2004), sowie in der ebenfalls randomisierten, prospektiven Gruppenvergleichsstudie von Klahr und Schleussner (Schleussner 2005), in den Arbeiten zur Heidelberger Umstrukturierungsskala sowie in der Münchener Psychotherapiestudie von Huber und Klug (2006) für die tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Behandlungen (in der überwiegenden Mehrzahl der Einzelergebnisse) die Annahme eines monoton-linearen Verlaufes unzutreffend ist.

Einen typischen Verlauf der symptombezogenen Selbsteinschätzungen eines Einzelfalles legt Rudolf bereits 2001 vor:

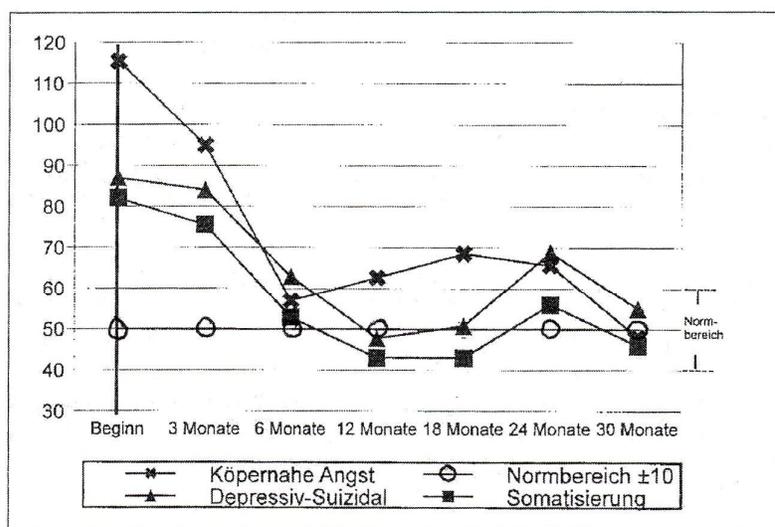


Abb. 2: PSKB-Skalen im Behandlungsverlauf

Abb. 16 Verlaufsform aus Rudolf 2001

Bedeutsam hier ist die Verschlechterung der Patientenangaben über einen längeren Zeitraum: Auf allen drei Dimensionen, hier zwischen dem 6. und 24. Monat, zeigt sich eine Verschlechterung, auf die dann erneut eine Verbesserung auf allen hier untersuchten drei Dimensionen erfolgt. Bedeutsam erscheint hier vor allem, dass ein erstes Erreichen des Normbereiches zwischen dem 6. und 12. Monat auf zwei Dimensionen erreicht wurde und anschließend der Normbereich in zwei Dimensionen wieder in Form von Verschlechterung wieder verlassen wird, um ihn dann wieder zu erreichen. Rudolf beschreibt diese Skizze folgendermaßen: „Wie bei dem größten Teil der Patienten zeigt sich an diesem Fallbeispiel im ersten halben bis einem Jahr ein deutlicher Rückgang der Symptomatik. Die Beschwerden gehen von sehr starker

Ausprägung zurück bis in den Bereich der Bevölkerungsdurchschnittswerte und zeigen im Falle unseres Beispiels einen vorübergehenden Wiederanstieg, der dann zum Behandlungsende abklingt“ (Rudolf 2001, S. 469).

Diese Ergebnisse zeigen sich auch bei Brockmann et al 2004. Diese Studie hatte, um den Behandlungsverlauf der konkreten Therapien nicht übermäßig zu belasten, die Untersuchungsintervalle auf wenige Erhebungszeitpunkte und längere Therapiezeiten beschränkt.

Dennoch zeigt sich auch hier ein klares Bild bezüglich der Verbesserung in der erlebten symptomatischen Belastung im ersten Jahr der Behandlungen: Diese Darstellung ist die reale Basis für die bereits aufgezeigte Mittelwertdarstellung von Brockmann et al (2004).

Aus dem Vergleich der beiden Darstellungen wird erneut der Unterschied zwischen den gruppenstatistisch ermittelten Mittelwertdarstellungen und den jeweiligen Einzelfällen klar erkennbar. In den meisten der von Brockmann erfassten Behandlungsverläufe zeigt sich nach anfänglich schneller Besserung in der Symptomschwere eine zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftretende Verschlechterung in der Symptomschwere.

Auch hier zeigen sich Annäherungen an den Normbereich der Normalpopulation, frühes Erreichen dieses Bereiches und anschließendes Verlassen des Normbereiches, um dann wieder in den Normbereich einzutreten.

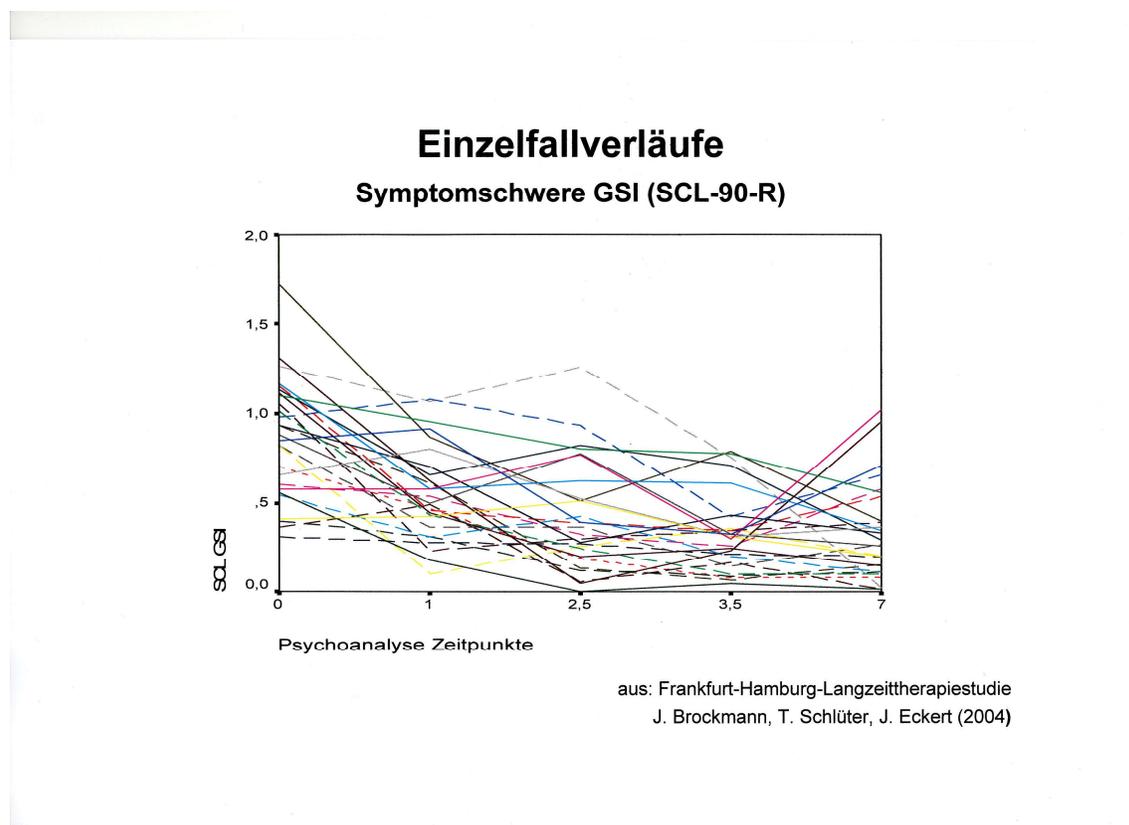


Abb. 17 Einzelfallverläufe der analytischen Psychotherapien nach Brockmann 2004

Durch diese beiden Arbeiten lässt sich sowohl ableiten, dass die Normbildung eines monoton linearen Verlaufes für die psychoanalytisch begründeten Verfahren falsch ist.

Es lässt sich an diesen beiden Arbeiten im Gegensatz zu den Ergebnissen der im Folgenden aufgezeigten (wiederholten) Darstellung der Ergebnisse der Trans OP Studie nachweisen, dass nach anfänglichem Erreichen des Normbereiches ein späteres Verlassen dieses Bereiches häufig auftritt.

Im Falle des Erreichens des Normbereiches ist im TK Modell nur eine der beiden folgenden empfehlenden Bewertungen möglich: Wenn die Annäherung der Patientendaten monoton linear schnell erfolgt, führt dieser Einzelfallverlauf zu der Bewertung: „**Erfolgreicher Verlauf! Therapieende erscheint angemessen.**“ Wenn die Annäherung der Patientendaten monoton linear langsamer verläuft, wird die Bewertung abgegeben: **Guter Verlauf! Bitte Therapieende in Betracht ziehen.** In beiden Studien, Brockmann und Rudolf, würden diese Bewertungen falsch sein, es ist am Verlauf erkennbar, dass die verfahrensspezifischen zeitweiligen Verschlechterungen zu diesen Zeitpunkten noch nicht stattgefunden hatten, die Therapien also zu Unrecht zu früh mit der Empfehlung der Beendigung bewertet würde. Wenn die Annäherung der Patientenwerte an die Werte der Normalpopulation stagniert, die Linie also kein Gefälle aufzeigt, dann wird die Bewertung abgegeben: „**Bisher keine bedeutsamen Veränderungen.**“ Wenn die Annäherung der Patientendaten an die Daten der Normalpopulation nicht monoton – linear verlaufen, wenn also die Symptomatik im Einzelfall nicht kontinuierlich abnimmt, sondern zunimmt, dann erfolgt die Bewertung: „**Negative Entwicklung!**“ Diese Bewertungen wären dann unter Nutzung der beiden Studien erkennbar falsch, weil diese vorübergehende Krisen nachgewiesenermaßen, zu anschließend wieder stabilen oder zum Teil sogar zu verbesserten Werten führten.

Auch die empirischen Daten der TRANS OP Studie zeigen zweifelsfrei den nicht monoton – linearen Verlauf der einzelnen Behandlungen.

Zwar zeigt sich hier (es handelt sich um eine Untersuchung von Versicherten einer privaten Krankenkasse) kein Verlassen des Normbereiches bei den Verschlechterungen, aber der prinzipielle Wechsel zwischen früher Besserung, folgender zeitlich begrenzter Verschlechterung und anschließende Verbesserung zeigt sich auch hier. Bei einzelnen Patienten zeigt sich hier, dass erst nach der zeitweiligen Verschlechterung eine Verbesserung auf ein nochmals verbessertes Niveau möglich wurde.

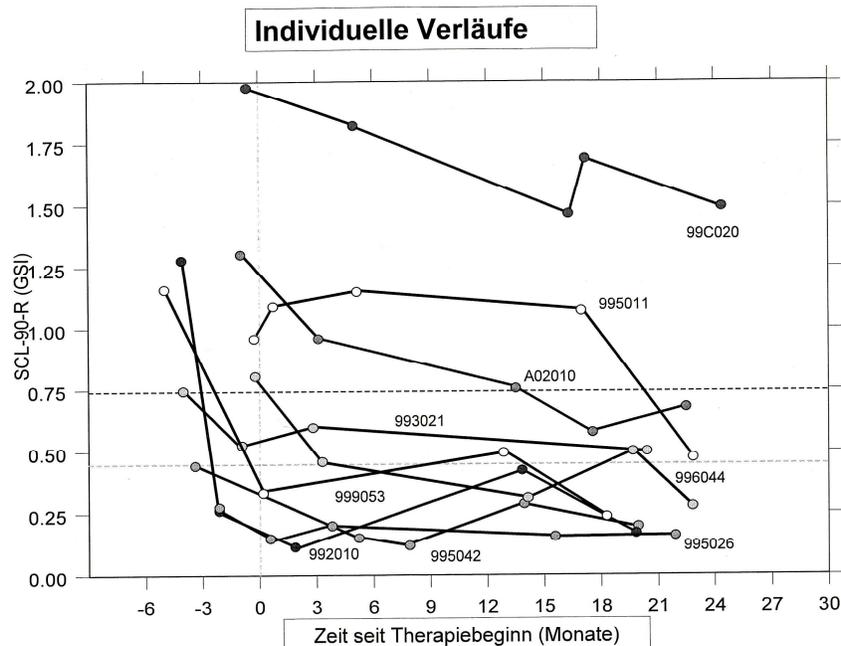


Abb. 18 Individuelle Verläufe des SCL – 90 – R (GSI) der TRANS OP Studie 2004

Klar und Schleussner (2003) konnten in einer prospektiven Gruppenvergleichsstudie ebenfalls empirisch belegen, dass es bei mehreren Krankheitsbildern keine kontinuierlichen Verläufe in psychoanalytischen Behandlungen gibt.

Sie differenzieren: „Eine über alle Messzeitpunkte kontinuierliche Entwicklung in allen Dimensionen lässt sich nicht nachweisen, vielmehr haben die einen ihren Endpunkt schon vor dem Ende des Beobachtungszeitraumes (nach zweijähriger Behandlung die GBB Symptomcluster, Erschöpfungsneigung, Gliederschmerzen, Magenbeschwerden, Beschwerdedruck, MMPI (K)-Hysterie und Hypochondriasis sowie VEV), andere können sich bis zum Ende des dritten Jahres verbessern, nachdem sie im zweiten Behandlungsjahr stagnierten (MMPI(K)-Psychasthenie und –Depression, GBB-Herzbeschwerden“ (Schleussner 2005 S. 73).

„Die Entwicklung in der Hypochondrie-Skala des MMPI (K) macht aber auch deutlich, dass es Störungen gibt, bei denen sich erst nach längerer Zeit eine Veränderung nachweisen lässt. Im Unterschied dazu gehen die Hysterie-Werte kontinuierlich zurück“ (Schleussner 2005 S. 72).

Orlinsky et al haben bereits 1968 aufgezeigt, dass mit zunehmender Stundenzahl die Stunden erhöht werden müssen, wenn weitere Wirkung erzielt werden soll.

In der PAL Studie von Rudolf, Grande et al 2004 wurde belegt, dass gerade während der, gemäß der psychoanalytischen Theorie, wünschenswerten Annäherungen an die unbewusst verdrängten/abgespaltenen passiven Notlagen und an die selbst- und fremdschädigenden Ab-

wehrkonstellationen oder strukturellen Defizite eine erhebliche Zunahme an symptomatischer Belastung empirisch nachgewiesen wird.

Dabei kann und soll das subjektive Beziehungserleben des Patienten dieser Verschlechterung entsprechend auch schlechter werden können, weil gerade im erfahrenen Bewusstsein des Zusammenhanges zwischen Verschlechterung der Symptomatik und der phasenweise Verschlechterung des Beziehungserlebens die biographischen Hintergründe bearbeitet werden können: „Wenn es mir schlecht geht, verliere ich das Vertrauen in die Beziehung, wenn ich das Vertrauen wieder aufbaue, geht es mir auch wieder besser“ (Rudolf 2004); diese Möglichkeit der Verarbeitung benötigt geradezu Phasen von Verschlechterung.

Aber eine Verschlechterung im symptombezogenen Selbsterleben kann auch zu einer Mobilisierung von Anklammerung und Idealisierung der therapeutischen Beziehung führen, dann wird der Patient bewusst die Beziehung als besonders stabil beschreiben. Ob die Beziehung dann aber wirklich so stabil ist, oder ob sie dann ubw idealisiert wird, diese wichtige Unterscheidung kann im Monitoringvorgang wegen der fehlenden Außenposition überhaupt nicht erfasst werden. Dieser Unterschied ist aber für die Bewertung des Behandlungsverlaufes von nicht zu unterschätzender Bedeutung, weil davon das weitere Vorgehen des Behandlers maßgeblich abhängig sein muss.

In der folgenden Übersicht werden weitere Differenzierungen aus einer in Kooperation mit der PAL Studie entwickelten Arbeit vorgestellt, in der ebenfalls der nicht monoton lineare Verlauf erkennbar wird.

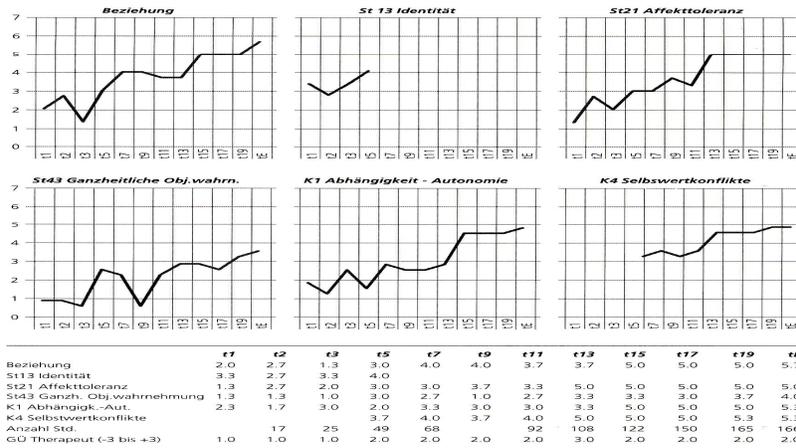
In dieser Skizze werden die kritischen Verläufe im Hinblick auf weitere, spezifische Differenzierungen untersucht. (Schweizer Version der PAL Studie)

Interessant erscheint hier, dass in einigen Bereichen zum gleichen Zeitpunkt Verschlechterungen und in anderen Bereichen zeitgleich Verbesserungen auftauchen. So steigt in der vorherigen Graphik z.B. beim Zeitpunkt t3 die ganzheitliche Objektwahrnehmung und die Werte zur Identität, während sich die Werte für die Beziehung, die Affekttoleranz und die Objektwahrnehmung kurzzeitig verschlechtern. Diese empirischen Daten passen mit der theoretischen Konzeption von unterschiedlichen Subsystemen der Selbstregulation überein, die sich wechselseitig (reentrant) beeinflussen, deren Isolation nicht sinnvoll erscheint.

Diese empirischen Ergebnisse belegen die klinischen Erfahrungen und bestätigen die Thesen der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Dieses Instrument wird im TK Modell auch eingesetzt, findet aber in der Computerberechnung keine Berücksichtigung.

Die Quelle der folgenden Tabelle ist beim Institut für Humanwissenschaftliche Medizin (IHM) in Zürich unter der Internetadresse admin@ihm-institut.ch zu finden.

Abb. 9.4 Grafiken und Tabelle zu Verlaufstyp 3



45

Abb. 19 Differentielle Verlaufsformunteruchung der Schweizer PAL - Studie

Die Norm der psychoanalytisch begründeten Verfahren, nicht monoton linear und sogar sprunghaft mit wechselnden progressiven und regressiven Bewegungen, ist vielfach sowohl empirisch gesichert wie auch in der ebenfalls empirisch erprobten Heidelberger Umstrukturierungsskala fachlich begründet. Sie ist theoretisch verankert und durch klinische Fallstudien vielfach belegt worden.

So wie in vielen medizinischen Behandlungen zur Ausheilung ein schmerzhaftes oder subjektiv belastendes Symptomerleben zum Behandlungsprozess gehört, so gehört auch in den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren nach anfänglich deutlicher Symptombesserung eine Phase der Destabilisierung und eine Zunahme der Symptomatik in den meisten Fällen zum guten Behandlungsprozess.

Dieser Verlauf ist, sowohl in der empirisch belegten Heidelberger Umstrukturierungsskala von Rudolf, Oberbracht und Grande (2000), wie auch in der aktuellen Münchener Psychotherapie Studie nachgewiesen worden, Huber stellte erste entsprechende Ergebnisse auf der Forschungskonferenz der DGPT in Frankfurt vor (Huber 2006).

Das Monitoringsystem der TK kann in diesem Falle nur die Bewertung: „Negative Entwicklung!“ in den laufenden Prozess einbringen.

Unter dem Gesichtspunkt der Humanität sind hier bereits zwei Aspekte besonders hervorzuheben.

1. Mit der imperativen Fehlbewertung: „Negative Entwicklung!“ in einer Phase der erwünschten symptomatischen und beziehungsgebundenen Destabilisierung des Patienten, in der Phase

einer empirisch belegten und theoretisch begründeten, vorübergehend als notwendig erachteten Verschlechterung des Patientenselbsterlebens bedeutet diese Fehlbewertung eine völlig unzulässige Schädigung und Irritation des Patienten in einer der sensibelsten Therapiephasen. Dies ist eine nicht hinnehmbare Vernachlässigung der Forderung nach Nichtschädigung des Patienten durch die Bewertungen des Hogrefe Apparatenzentrums.

2. Der zweite Kritikpunkt weist auf die systematische Nicht-Untersuchung von möglichen Nebenwirkungen und Fehlerquellen in Modellvorhaben.

Im TK Modell wird durch die vorgelegten Katamnesebogen erkennbar, dass nach Schädigungen und unerwünschten Nebenwirkungen nicht geforscht wird, also auch nichts gefunden werden kann. Im Gegenteil, wenn von der nicht sicher gestellten Objektivität der Behandler auszugehen ist, dann steht zu erwarten, dass auch in den Nachbefragungen zur Wirksamkeit des Monitoringvorgangs Antworten abgegeben werden, deren Objektivität wegen der ungeprüften Interessenlagen der Behandler an der Abschaffung oder weitgehenden Veränderung des regulären Gutachterverfahrens durch Kürzung der Berichte an den verfahrensspezifisch bedeutsamen Stellen nicht anzunehmen ist.

Gravierend erscheint dabei insbesondere, dass durch das sogenannte Trust Center eine fehlerhafte Bewertung auch nach Reklamation nicht als Fehler erkannt werden kann.

Es erscheint in hohem Maße fragwürdig, wenn einer Macht beanspruchenden und Macht ausübenden Institution Fehler zwar nachgewiesen werden, diese Institution aber konzeptionell keine Fehlerkorrektur leisten kann.

Die Verunsicherung des Psychotherapiepatienten besteht darin, dass ein zunächst die externen Bewertungen akzeptierender Behandler im Falle von Fehlbewertungen nun diese reale, nicht neurotische Konfliktlage mit dem Patienten allein klären muss.

Viele Verhaltenstherapeuten sehen für die Verhaltenstherapien darin kein ernsthaftes Problem. Sie gehen davon aus, dass der Patient vom Behandler über den Fehler, der vom Trust Center nicht als Fehler revidiert werden kann, aufgeklärt wird und damit der Konflikt aufgelöst sei. In den tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien gilt diese Sicht als grundlegend unzulässig, weil hier real die konkrete Behandlungsdyade gefährdet wird. Dieser Punkt wird später vertiefend dargestellt.

Durch den Nachweis, dass die Norm im TK Modell den tatsächlichen Verläufen nicht entspricht, ist nachgewiesen, dass die Bewertungen in beide Richtungen falsch sein werden: Sowohl schlechte Behandlungen werden in unkontrollierbarem Umfang als „Guter Verlauf!“ bewertet werden, ebenso werden in unkontrollierbarem Umfang gute Behandlungen, in denen in den psychoanalytisch begründeten Verfahren phasenweise symptomatischen Verschlechterungen im Patientenerleben durch aus als hilfreich und notwendig gesehen werden, unzulässigerweise als „Negative Entwicklung!“ entwertet.

Die Pflicht zur Sicherstellung von richtigen, dem Behandlungsverlauf tatsächlich entsprechenden Bewertungen wird von der TK nicht erfüllt.

Das ist ein schwer wiegender Verstoß gegen die Pflicht zur Nichtschädigung der Patienten.

Es ist aber zudem noch ein Verstoß gegen die Aufklärungspflicht:

In der Pharmaindustrie werden bei der Bewertung von Nebenwirkungen folgende Häufigkeitsangaben zu Grunde gelegt:

Sehr häufig, wenn bei mehr als 1 von 10 Behandelten,

Häufig, wenn bei weniger als 1 von 10, aber mehr als 1 von 100 Behandelten,

gelegentlich, wenn bei weniger als 1 von 100, aber mehr als 1 von 1000 Behandelten,

selten, wenn bei weniger als 1 von 1000, aber mehr als 1 von 10000 Behandelten,

sehr selten, wenn bei weniger als 1 von 10000 der Behandelten, einschließlich der Einzelfälle, Nebenwirkungen angegeben werden.

Im TK Modell handelt es sich nach allen empirisch belegten symptombezogenen Untersuchungen bezüglich der nachgewiesenen (phasenbedingten) Verschlechterungen und den theoretisch fundierten Begründungen um die Kategorie „sehr häufig“, wenn die Häufigkeit der unerwünschten Nebenwirkungen angegeben würde.

In der aufgeführten Brockmann Studie zeigt die Mehrheit der Verläufe eine Verschlechterung im Verlauf an, in der TRANS-OP Studie zeigen von acht Patienten sieben Verschlechterungen im Verlauf an, so dass begründet von einem sehr häufigen Fehler auszugehen ist.

1.1. Der Umgang der Projektleiter mit dem Nachweis der Unzulässigkeit der Norm und der fehlerhaften Bewertungen

Die vorübergehenden destabilisierenden Phasen sind nicht direkt planbar, sondern von den Behandlungsprozessen, den Beziehungsaspekten und den individuellen Strukturen, Konfliktmustern und der Abwehr des Patienten abhängig. Sie können deshalb im TK Modell auch nicht systematisch erfasst oder gar in ihrer Bedeutung (es gibt auch maligne Destabilisierungen) bewertet werden.

Insofern ist in der Behandlungsrealität davon auszugehen, dass es in der Mehrheit der Behandlungen vorhersehbar zu vorübergehenden Verschlechterungen in der Selbstbeschreibung der Patienten kommen wird, diese Verschlechterungen werden wegen der unterschiedlich langen untersuchungsfreien Therapiephasen entweder überhaupt nicht erfasst oder müssen zu falschen Bewertungen führen.

Das wissentliche externe Einbringen von vorhersehbar falschen Bewertungen in einen laufenden Behandlungsprozess ist in jedem Falle als Behandlungsfehler und Verstoß gegen die Forderung nach Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit (§ 70 SGB V) abzulehnen.

Nun könnte man annehmen, dass die diskontinuierlichen Verläufe nur ein spezifischer Vorgang in den psychoanalytisch begründeten Verfahren sein sollte und in der Verhaltenstherapie die Verläufe der Norm des TK Modells entsprechen, aber dieser Unterschied trifft nicht zu.

Gerade einer der Verfasser des TK Modells hat diese Problematik erkannt. **Lutz**, der am TK Modell beteiligte Verhaltenstherapeut, hat 2005 an seinem Lehrstuhl folgende Forschungsarbeiten ausgeschrieben: „Diskontinuität in der Psychotherapie“, „Sprünge in der Psychothera-

pie“, „Therapeutenunterschiede“, „Differentielle Verlaufsforschung von Psychotherapie mit Wachstumsanalysen“. Dazu erscheint folgender Begleittext:

„Der Psychotherapieforschung liegt oft die implizite Annahme zugrunde, dass Veränderungen in der Befindlichkeit der PatientInnen linear und konstant auftreten. In der Praxis allerdings zeigt sich, dass Veränderungssprünge und nicht lineare Veränderungsmuster häufig vorkommen.“ (WebSeite des Institutes für Psychologie SNF Professur für Klinische Psychologie/Psychotherapie Prof.Dr. W. Lutz vom 04.09.05).

Auf entsprechende Kritik bezieht die TK folgendermaßen Stellung, in der die Normbildung schlicht verleugnet wird: „Die Handlungsempfehlungen orientieren sich nicht an einem linearen Verlauf, sondern evaluieren die Veränderung, welche durchaus auch einmal klinisch sinnvoll eine Verschlechterung aufzeigen kann. Die Konstruktion der Handlungsempfehlungen berücksichtigt mehrere Kriterien (drei psychometrische Tests, Ausgangsbelastung und Grad der Veränderung), die in eine komplexe Logik einfließen. Es handelt sich damit nicht um eine simplifizierende Linearitätsvorstellung, wie von Kritikern des Projektes gerne behauptet, sondern um eine intelligente und innovative Entscheidungshilfe. ... Als teilnehmender Therapeut am TK-Modell lernt man mit den Rückmeldungen, das heißt den Reports und den Handlungsempfehlungen, umzugehen.“ (Antwort auf häufige Experten-Fragen 14.10.2005)

Vielleicht lernen die teilnehmenden Behandler tatsächlich sehr schnell mit den Handlungsempfehlungen umzugehen, wenn auch nicht angegeben wird wie, aber auch hier stellt die TK nicht die Frage, wie die **Patienten** mit den falschen Bewertungen umgehen können und welche Bedeutung die Fehler für die therapeutische Beziehungsgestaltung haben.

Es bleibt der gewichtige Vorbehalt, dass die TK zwar selbst von einem häufig diskontinuierlichen Verlauf ausgeht, der „durchaus auch einmal klinisch sinnvoll eine Verschlechterung aufzeigen kann“, aber trotz dieser Anerkennung ohne jede Begründung an der Kontinuitätsnorm festhält.

Das Festhalten an der Norm wird auch in den Antworten nie begründet, die Fehlerhaftigkeit zunächst einfach negiert.

Es besteht allerdings der Verdacht, warum die TK mit dem Festhalten an ihrer Kontinuitätsphantasie bei der Normkonstruktion das Risiko eingeht, sowohl Patienten, Behandler und Gutachter durch falsche Bewertungen (nach Lutz: „häufig“) zu gefährden.

Nur unter Beibehaltung der Kontinuitätsnorm kann die Begründung für die schnellen Beendigungen aufrechterhalten werden, nur unter der Beibehaltung der Kontinuitätsnorm kann begründet Wirkung auf Behandler und Patienten mit der Bewertung: Negative Entwicklung angestrebt werden.

Der Umgang der TK mit Kritik ist aufschlussreich:

Auf die Kritik des Autors (Sasse 2004), antwortet aus dem Versorgungsmanagement der TK Vertreter folgendermaßen: „Die, wie Sie schreiben, „nicht hinzunehmende Unzulänglichkeiten“ sind von den beteiligten Wissenschaftlern geprüft und zurückgewiesen worden. Ob der Ansatz – entgegen allen Erfahrungen und Plausibilitäten – zu schädigenden Nebenwirkungen

führt, kann erst post hoc beantwortet werden. Die angesprochenen Therapeuten und Behandler wurden umfassend über das Projekt und die Teilnahmebedingungen aufgeklärt (informed consent)“ (Müller 2004).

Auch unter Anerkennung der Änderungen in den Bewertungen seit 2007 ist rückwirkend jedoch zunächst zu fragen: Warum wurden die beteiligten Patienten denn nicht über diese Schwierigkeiten zumindest informiert, wenn Transparenz als ein Hauptziel des TK-Modells beansprucht wird?

Zur Abwehr der Kritik lässt sich vermuten: Die beteiligten Wissenschaftler, also Verhaltenstherapeuten, verfügen wahrscheinlich nicht über ausreichende Prozessenerfahrung in den analytisch begründeten Verfahren und über die verfahrensspezifischen Kenntnisse, um über die kritischen Stellungnahmen aus Sicht und Verständnis der psychoanalytischen Fachkunde zu entscheiden. Das müssen sie ja auch nicht, sie dürften nur dann nicht derartig aggressiv in andere Verfahren einwirken.

Die zu befürchtenden Nebenwirkungen durch falsche Bewertungen sind nicht „entgegen aller Erfahrungen und Plausibilitäten“ zu erwarten. Es entspricht den Erfahrungen vieler Behandler und Patienten, aus denen plausibel und erfahrungsgewichtet bekannt ist, welche negative Auswirkungen von außen stammende Einwirkungen (zum Beispiel durch Angehörige, Berufskollegen oder Familienmitglieder) haben, wenn die Behandlungen extern negativ verurteilt werden. Gerade die negativen Stellungnahmen von außen, insbesondere wenn sie falsch sind, führen zwangsläufig zu einer Retraumatisierung eines Patienten, weil gerade dessen intrapsychische Selbstregulation erkrankt ist, oft besonders vulnerabel und damit nicht zur Abwehr und konflikthafter Selbstbehauptung gegen ungerechtfertigte Entwertungen eines Aggressors geeignet ist. Dieses Konfliktfeld wird dann in die therapeutische Dyade verlagert.

Die konkrete Ausgestaltung der Informationsblätter für Patienten und Behandler sowie die Katamnesebögen belegen, dass sie eher als Werbe- und Propagandapapiere gestaltet sind. Die hier aufgezeigten Nebenwirkungen und Gefährdungen werden an keiner Stelle angegeben.

Von der TK wird nachweisbar nur ein Konsens angeboten, der auf Des- und Fehl- oder Mangelinformation beruht. Dies wird im Kapitel zur Prüfung der Transparenz genauer belegt.

1.2. Ergebnisse der Prüfung dieses Abschnittes und die Folgen der ursprünglichen Bewertungen:

An Hand von sieben empirischen Studien (davon fünf mit kontrolliertem, prospektivem und randomisiertem Kontrollgruppendesign) ist gesichert belegt worden, dass die Normbindung an einen einzigen Wert: monoton lineare Kontinuität als Norm für die typischen Verläufe der psychoanalytisch begründeten Behandlungen falsch ist.

Dieser Nachweis wurde damit auf der höchsten Evidenzstufe (Stufe 1) der evidenz-basierten Medizin erbracht.

Trotz der auch von den Untersuchern anerkannten Tatsache der real nicht monoton linearen Verläufe wird ohne jede Begründung weiter an der Norm von monoton linearer Kontinuität im Bewertungsvorgang festgehalten.

Als Ergebnis dieser Prüfung ist festzustellen: **Auf der höchsten Evidenzstufe ist nachgewiesen, dass die Norm, die den ursprünglichen Bewertungen (bis Mitte 2007) zu Grunde liegt, falsch ist und dass die Bewertungen sehr häufig und unkontrollierbar nicht dem tatsächlichen Behandlungsstand entsprechen.** Die TK Projektleiter und das Apparatzentrum konnten bis zu diesem Zeitpunkt die Pflicht zur Sicherstellung tatsächlich wahrer Bewertungen nicht erfüllen. Der Umstand, dass diese Fehlbewertungen vorher nicht gefunden werden konnten, ist allein damit zu erklären, dass sie konzeptionell nicht bedacht wurden und entsprechende Fachleute bei der Planung nicht hinzugezogen, sondern erst mit dem fertigen und dann nur in Randbereichen veränderten Design konfrontiert wurden.

Eine Verschlechterung im subjektiven Erleben der Belastung, in dem störungsspezifischen Fragebogen und der Einschätzung der interpersonellen Schwierigkeiten des Patienten führt ohne jede andere Möglichkeit zu der imperativen Bewertung: „Negative Entwicklung!“

Es handelt sich in den psychoanalytisch begründeten Behandlungen empirisch nachgewiesen und konzeptionell verankert nicht um „durchaus auch einmal“ (TK Text) klinisch sinnvolle Verschlechterungen, sondern um normale und regelhaft zu erwartende Phänomene.

Mit den Bewertungen werden sowohl Falschinformationen in Richtung einer negativen Entwicklung bei eigentlich guter Entwicklung als auch Falschinformationen abgegeben, wenn tatsächlich eine negative Anpassungsreaktion stattfindet, die Bewertungen wegen der Symptomabnahme jedoch eine gute Entwicklung angeben.

Grande und Rudolf kritisieren: „1. Das im TK-Modell beschriebene Monitoringverfahren wurde von Wissenschaftlern entwickelt, die entweder als Psychotherapieforscher bisher wenig in Erscheinung getreten sind oder aber einen ausschließlich mathematisch-methodischen Forschungshintergrund haben. Die praxisferne Methodenorientierung des Vorhabens mag in dieser für praktisch klinische Erfordernisse wenig geeignete Konstellation ihre Ursache haben. 2. Das zu Grunde liegende Modell Aquasi wurde bisher zur Qualitätssicherung in Psychosomatischen Kliniken eingesetzt, ist aber für die hier vorliegenden Erfordernisse nicht ausreichend evaluiert. Der DKV-Studie, die eine weitere Basis für das Vorhaben bildet, lassen sich keinerlei Erkenntnisse dazu entnehmen, welche Folgen eine Implementierung des geplanten Monitorings für psychotherapeutische Behandlungen und die betroffenen Patienten tatsächlich haben könnte und wie schädlich sie möglicherweise sind. 3. Die Autoren des Modells versprechen in einer kurzen Erläuterung die fehlenden wissenschaftlichen Nachweise im Zuge einer Erprobungsphase erbringen zu können. Auch dies erscheint bei kritischer Betrachtung ganz überzogen und unrealistisch. In der bisherigen Psychotherapieforschung konnte ein solcher Entscheidungsalgorithmus nicht entwickelt werden und es ist unwahrscheinlich, dass eine solch einfache Lösung möglich sein sollte. ... Es besteht daher das weitere Risiko, dass schädliche Wirkungen des Verfahrens gar nicht erfasst werden und auf eine spätere Bewertung keinen Einfluss nehmen können“ (Grande und Rudolf 2003).

Tschuschke wird noch deutlicher: „Die Anregung, die Testergebnisse quasi im Feedback – Verfahren wieder in die laufende Therapie einzuspeisen, ist etwas „blauäugig“ und scheint der Naivität rein empirisch identifizierter Forscher geschuldet zu sein (Tschuschke 2003).

Abschließend bleibt festzustellen, dass die Normen und Bewertungen des Monitoringvorgangs häufig und unkontrollierbar in beide Richtungen falsch sein werden. Erschwerend ist festzustellen, dass die möglichen negativen Auswirkungen derartiger Fehlinformationen nicht bedacht wurden.

Gerade in einem Modellvorhaben mit dem Charakter eines Experimentes müssten eigentlich die empirischen Daten, die theoretischen Grundlagen und die klinischen Erfahrungen derjenigen Verfahren, deren Untersuchung vorgenommen wird im Falle von Kritik oder wie hier, im Nachweis der zweifelsfrei erbrachten Fehlerhaftigkeit der Bewertungen zu umgehender Konsultation und Änderung des Modellvorhabens führen.

In diesem Falle bleibt abschließend nur zu fragen, mit welcher Begründung derartige Fehler und Fehlentwicklungen als Wirkfaktoren in die laufenden Behandlungen eingebracht werden sollen und wer für die schwerwiegenden Behandlungsrisiken die Verantwortung übernehmen wird. Auf jeden Fall sollte durch diese Faktenlage Übereinstimmung bezüglich der unverzichtbaren Information für Patienten und Behandler über mögliche Schädigungen des Monitoring - Vorgangs zu erwarten und zu fordern sein.

Ende 2006 setzte sich nach einem Wechsel in der Projektleitung dankenswerter Weise eine andere Position durch: Die Bewertungen wurden grundlegend verändert. Der Autor dieser kritischen Studie formulierte nun eine komplexe Rückmeldung des Prozesses ohne die bewertenden Implikationen, der Beschleunigungszwang wurde durch die Hinweise auf möglicherweise notwendige Verlängerungen herausgenommen; dadurch wurden mögliche weitere Schädigungen der Patienten abgewehrt.

2. Prüfung der Auswirkungen der mehrfachen Änderungen während der Untersuchung und deren Bedeutung für die Aussagekraft des Modellvorhabens

Veränderungen während einer laufenden Untersuchung haben unter Umständen gravierende Auswirkungen auf die Ergebnisse. Deshalb wird in den meisten wissenschaftlichen Studien der Planung eine erhebliche Aufmerksamkeit zugewendet, mögliche Fehler müssen am besten vorher bedacht werden, um die Ergebnisqualität sicher zu stellen.

Im TK Modell wurden mehrere Veränderungen zum Teil im Dienste und in Sorge um die Patienten während des Verlaufes vorgenommen. Diese Veränderungen sollen nun genauer dargestellt werden, um die Frage zu prüfen, ob diese Veränderungen Auswirkungen auf die Ergebnisse des Experimentes haben oder ob sie zu vernachlässigen sind.

Die Einführung einer veränderten Informationspflicht (Rückmeldungspflicht) während der laufenden Untersuchung wurde geändert.

Zunächst gab es bei Untersuchungsbeginn die klare Vorgabe, dass jeder Patient zeitnah vom Behandler über das Ergebnis der bewertenden Rückmeldung informiert werden sollte. Diese Vorgabe war mit der vom Sachverständigenrat empfohlenen Aussage begründet worden, dass bei Rückmeldungsuntersuchungen der Patient z.B. bei körperlichen Erkrankungen die in Zusammenhang mit seinem Lebensstil stehen, über Ergebnisse selbstverständlich möglichst zeitnah informiert werden sollte, um die gewünschte Zielsetzung zu erzielen.

Diese unmittelbare Informationspflicht wurde im Verlauf der TK-Untersuchung aufgegeben. Sie wurde umgeändert in eine im Ermessen des Behandlers liegende Informationsmöglichkeit.

Diese Veränderung des Einsatzes des wesentlichen Wirkfaktors in der Untersuchungsgruppe ist bedeutsam, weil nur dann Aussagen über die Wirksamkeit und die Güte des Wirkfaktors gemacht werden können, wenn alle Patienten zum gleichen Zeitpunkt mit dem gleichen Informationsvorgang beeinflusst wurden. Diese Veränderung betrifft daher die mögliche Aussagekraft über die Wirksamkeit des „Qualitätsmonitoring“ in erheblichem Maße und kann daher nicht vernachlässigt werden.

Die zweite Veränderung, dass entgegen der anfänglichen Vereinbarungen nun doch der Therapeut Einfluss darauf nehmen kann, ob er einem TK-Versicherten die Information über das TK-Modell anbietet oder nicht, hat weit reichende Auswirkungen auf die Auswahl der potentiellen Teilnehmer, die nun allein ins Belieben des jeweiligen Behandlers gestellt wurde. Da die Objektivität der Behandler nicht sichergestellt werden konnte, ist hier nun ein breiter Raum für unklare Bedingungen, unter denen ein TK-Versicherter informiert wird und damit auch Teilnehmer werden kann oder nicht.

Die dritte Veränderung ist vermutlich die gravierendste Änderung während der Untersuchung, sie betrifft die Änderung der bis dahin unkontrollierbar sehr häufigen Fehlmeldungen des sogenannten Trust Centers.

2.1. Die Veränderung der Informationspflicht (Rückmeldungspflicht) des Patienten durch den Behandler während der laufenden Untersuchung

Während des bereits laufenden Modellvorhabens wurde zunächst eine erste gravierende Änderung eingeführt: Während **jeder** Patient in der KV Westfalen Lippe aufgeklärt wurde, dass er von seinem Behandler über die Bewertung und das Ergebnis informiert wird, sind die Patienten in Hessen darüber aufgeklärt worden, dass sie „gegebenenfalls“ von ihrem Behandler über das Ergebnis informiert würden.

In der offiziellen Information für die TK-Versicherten wird dem Patienten unter Absatz III (Qualitätsmonitoring im Verlauf der Therapie) definitiv zugesichert:

„Ihr Therapeut ruft die Ergebnisse auf und bespricht sie mit Ihnen.“

Mit dieser klaren Aussage ist jeder Therapeut verpflichtet, den Patienten zu informieren, auch wenn die TK-Forschergruppe später die Informationspflicht wieder aufgibt und ins Belieben des Therapeuten stellt.

In der Vereinbarung (18.08.2004), mit der die KV-WL und die TK die Durchführung des TK-Modells rechtlich absicherten, wird unter § 3 (2) vereinbart: „Die Durchführung der Eingangsdagnostik und des Qualitätsmonitorings ist obligater Bestandteil des Modellvorhabens. Die Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich im Zuge ihrer Vorbereitung auf die Therapiesitzungen mit der Datenrückmeldung durch das Trust-Center auseinander zu setzen und die Ergebnisse nach therapeutischem Ermessen mit dem Patienten zu erörtern.“

Der Begriff des therapeutischen Ermessens wird nicht weiter ausgeführt.

2005 wird in den offiziellen TK-Werbungsinformationen für Psychotherapeuten darüber informiert, dass die graphischen Rückmeldungen zeitnah mit den Patienten erörtert werden können

Damit wird in die Untersuchungsgruppe ein zusätzlicher Unterschied eingeführt: In einem Teil der Untersuchungsgruppe werden Patienten informiert, in einem anderen wird möglicherweise, in einem weiteren nicht informiert.

Damit wird ein neuer nicht mehr aufzuklärender Unterschied innerhalb der Untersuchungsgruppen eingeführt: Führt die schnelle externe Bewertung durch Kenntnisnahme von Patient und Behandler oder die Kenntnis nur durch den Behandler zu unterschiedlichen Ergebnissen?

Hat die Nicht Weitergabe der Bewertungen an den Patienten, der ja weiß, dass die Bewertungen existieren, eine Auswirkung für die Beziehungsgestaltung und auf die Behandlung?

Womit ist dann ein Unterschied zwischen UG und KG mit dem Wissen um die Bewertungen oder dem Wissen um bewertungsfreie Behandlung zu begründen?

Der schwerwiegende Aspekt hierbei ist, dass die TK keinerlei fachlich definierte Kriterien benennt, nach denen ein Behandler entscheiden kann, ob und wann er den Patienten informiert. Damit wird der an anderen Stellen als bedeutsamer Wirkfaktor bezeichnete „Qualitätsmonitoringvorgang“ nicht mehr erfassbar eingesetzt: die von der TK als wesentlicher Wirkfaktor benannte externe Beeinflussung durch Lob oder Tadel wird unkontrollierbar und ohne jegliche Begründung eingesetzt oder auch nicht. Die TK liefert keine Begründung für die differenzierte Verwendung dieses Wirkfaktors.

Es soll zwar erhoben werden, ob der Patient informiert wurde oder nicht, aber es gibt keine inhaltliche Erhebung, warum er informiert wurde, warum er nicht informiert wurde, ob die Information vielleicht bei einer guten Bewertung erfolgt, bei einer schlechten vielleicht nicht, vielleicht macht der Behandler seine Information von der Therapiephase oder dem aktuellen Befinden des Patienten abhängig, vielleicht versucht er den Patienten dadurch zu motivieren? Es wird nicht erfasst, welche Bedingungen für einen möglichen Unterschied zwischen UG und KG verantwortlich sind, die Fragen können wegen der Konfusion gar nicht untersucht werden.

Aus einem empirischen Wissenschaftsverständnis ist dieser Vorgang als unzulässig abzulehnen.

Hier lassen sich derzeit nur Vermutungen bezüglich möglicher Konflikte zwischen Patient und Behandler wegen des Inhaltes der Rückmeldungen oder Sorge der Behandler für unzutreffende Bewertungen vermuten. Möglicherweise ist auch der Umstand, dass die Frage der Verantwortung damit eindeutiger geklärt wird von Wichtigkeit: wenn das Design die unmittelbare Informationspflicht vorschreibt, wird eher das Forschungsteam verantwortlich zu machen sein. Mit der Veränderung liegt nun die Verantwortung für die Folgen der Information über die Bewertung allein beim Behandler. Es wird mit Interesse zu verfolgen sein, welche Angaben hierzu im Bericht gemacht werden, insbesondere über die Gründe für die Information oder die Nicht-Information und den entsprechenden Entscheidungsvorgang. Es wird auch

zu untersuchen sein, ob die unterschiedlichen Rückmeldungsprozesse protokolliert und geprüft werden, oder ob hier willkürlich und ungeprüft rückgemeldet wurde.

Diese Begründung kann auch für eine weitere Veränderung im laufenden Untersuchungsprozess herangezogen werden.

2.2. Die Einführung einer veränderten Auswahl der teilnehmenden Patienten während der laufenden Untersuchung

Während zunächst, wohl im Sinne der Randomisierung der Patienten bei Untersuchungsbeginn festgelegt war, dass jeder Behandler jedem in die Praxis kommenden TK-Versicherten die Teilnahme am TK-Modell anbieten konnte, wurde im Verlauf die Einbeziehung von TK-Versicherten geändert: Es lag seit dem nur noch an der Einschätzung der Behandler, ob er dem jeweiligen TK-Versicherten die Teilnahme empfahl oder nicht.

Auch diese Änderung erscheint von erheblicher Bedeutung, weil hier sowohl innerhalb jeder der untersuchten Gruppen systematische, interessengeleitete Auswahl der Patienten zu befürchten ist: Die schweren Fälle raus aus dem Modell, die prognostisch leichtesten Patienten rein in die Gruppe (wenn der Behandler in die Experimentalgruppe gelost wurde und Interesse an der Veränderung des Gutachterverfahrens hat) oder entsprechend umgekehrt bei der Kontrollgruppe.

Es gibt bereits während des Verlaufes eine interessante Entwicklung, die bereits erwähnt wurde: Während in der Experimentalgruppe, also in der Gruppe, in der die Behandler keinen Bericht an den Gutachter zu schreiben brauchten, wenn die Patientenselbsteinschätzung entsprechend der statistischen Erwartung gravierend war, die notwendige Studienzahl relativ schnell erreicht wurde (s. dazu den Bericht aus der KV-WL, in der ein Behandler angab, 15 Patienten in seiner Experimentalgruppe zu haben) und damit die Versicherten anderer Kassen benachteiligt wurden, zeigte sich, dass bei den Kontrollgruppen die Aufnahme neuer TK-Versicherter so langsam stattfand, dass an eine Verbesserung der Anreize für die Behandler gedacht wurde.

Auf jeden Fall zeigt diese Entwicklung, dass die Interessenlage der Behandler hier zu einem systematischen Unterschied führte, die nicht auf die Patientenmotivation zur Teilnahme zurückgeführt werden könnten. Es bleibt abzuwarten, wie über diese Ergebnisse berichtet werden wird.

Im weiteren Verlauf wurde nach folgender ursprünglicher Regelung eine weitere Änderung eingeführt:

In den offiziellen Informationen der TK für Psychotherapeuten steht unter dem Absatz „Welche Patienten können an dem Modellprojekt teilnehmen“ folgende Verpflichtung:

„Die Teilnahme ist freiwillig. Der behandelnde Psychotherapeut ist verpflichtet, TK-versicherte Patienten über Ziele und Inhalte des Modellprojektes zu informieren und Kurzbeschreibung und Teilnahmeerklärung auszuhändigen“. Damit ist die Frage, welche Patienten teilnehmen können, allein von der Entscheidung des Patienten abhängig. Füllt er die Verpflichtung aus, ist er eingeschriebener Teilnehmer.

Auch in der vom teilnehmenden Behandler verbindlichen Teilnahmeerklärung, der z.B. bei der KV-WL unterzeichnet werden musste, ist die Einbindung der TK-Versicherten klar geregelt.

„Weiter verpflichte ich mich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe und den von mir behandelten TK-Versicherten aufgrund des Modellvorhabens, dass ich

- vor der ersten Aushändigung der Patiententests und der Weitergabe der anonymisierten Patientendaten an das Trust Center vorab die freiwillige schriftliche Einwilligung des TK-Patienten einhole,
- den Patienten ausreichend über die Datenerhebung und –verarbeitung informiere und den Verwendungszweck erläutere (hierzu werden entsprechende Beratungsblätter, ein Patienteninformations-Flyer sowie eine Patienteneinverständniserklärung zur Verfügung gestellt).“

Unter Punkt 6 muss der Behandler unterschreiben:

„Mir ist bekannt, dass ...

6. ich mich verpflichte, jeden neuen TK-Patienten über das Modellvorhaben zu informieren“.

Das sind klare Bedingungen und vereinbarte Verpflichtungen, aus denen die zwingende Information jedes TK-Versicherten hervorgeht und damit auch die Möglichkeit der Teilnahme jedes Patienten nicht mehr durch den Behandler verhindert werden konnte.

Während zunächst also davon ausgegangen wurde, dass jeder Behandler sich verpflichtete, jedem TK Versicherten die Teilnahme am Modellvorhaben anzubieten, wurde nun in den Antworten auf Fragen im Internet festgestellt:

„Die Therapeuten sind nicht verpflichtet, ausnahmslos alle neuen Patienten der Techniker Krankenkasse in das Projekt aufzunehmen. Sowohl die Therapeuten als auch die Patienten haben das Recht auf die fachliche oder persönliche Entscheidung, nicht am Modell teilzunehmen“ (Häufige Experten - Fragen).

Hier erscheint wichtig, dass die TK offensichtlich die Möglichkeit anerkennt, dass es „fachliche“ Gründe geben kann, die gegen eine Teilnahme sprechen. In jeder wissenschaftlichen Untersuchung wird dann anzugeben sein, welche Kriterien für oder gegen eine Einbeziehung sprechen, um später die Ergebnisse entsprechend interpretieren zu können. Im TK Modell gibt es keine Kriterien dafür, es wird den Behandlern überlassen, wer aufgenommen wird oder nicht. Diese Unklarheit führt erneut zu der Unmöglichkeit, irgendwelche gesicherten Aussagen abgeben zu können. Faktisch gibt es dadurch keine Randomisierung mehr, dadurch wird die Aussagekraft erheblich eingeschränkt.

Auch die Frage, was denn unter persönlichen Entscheidungen des Behandlers zur Nicht-Teilnahme zu verstehen sein kann, bleibt beliebig offen.

Hier sei aus analytischer Sicht angemerkt, dass bei den imperativen Bewertungen mindestens alle depressiv erkrankten, sowie die Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und narzissti-

schen Anteilen ausgeschlossen werden sollten, genauso wie alle diejenigen Patienten, die einer langfristigen dualen Vertrauensbeziehung bedürfen.

2.3. Die Veränderungen der Bewertungen ab Mitte 2007

Die weit reichende Veränderung der zunächst bewertenden Rückmeldungen des Hogrefe-Verlages an den Behandler und an die vom Behandler ausgewählten Patienten erfolgte nach einem intensiven Gespräch mit dem neuen Projektleiter der TK, Herrn Dr. Ruprecht.

In der Folge wurden die Rückmeldungen an die Behandler inhaltlich folgendermaßen verändert.

1. Die fehlerhaften Rückmeldungen wurden gestrichen.
2. Es wird in den Rückmeldungen nicht mehr lobend oder tadelnd bewertet, stattdessen werden folgende Formulierungen eingeführt: Veränderungen der Patientenangaben bzw. in der subjektiven Selbsteinschätzung des Patienten.
3. Es wird darauf hingewiesen, dass Veränderungen im Selbsterleben des Patienten unterschiedliche Ursachen haben und nicht unmittelbar mit der Prozessqualität gleichgesetzt werden können.
4. Mit der neuen Einführung der Begriffe: Verdrängung unbewusster Hintergründe und dem Hinweis auf mögliche Probleme in der therapeutischen Beziehung sind qualitative, psychoanalytisch - begründete Konzepte eingeführt worden.
5. Mit der neu eingeführten und geforderten Reflektion der selbst- und fremdschädigenden Anteile des Patienten werden erstmals neue qualitative Qualitätsmerkmale eingeführt.
6. Vor jeder Empfehlung zur Beendigung wird neu die Forderung nach Prüfung einer evtl. notwendigen Verlängerung oder Intensivierung der Behandlung erhoben. Damit ist das Ziel der einseitigen Verkürzung der Behandlungen aufgegeben worden.
7. Insgesamt werden keine direktiven Bewertungen des Prozesses mehr abgegeben, an deren Stelle wird die Komplexität des Prozesses vielschichtiger berücksichtigt, der unmittelbare Druck auf die Patienten durch die Bewertungen fällt damit weg.

Den in der ersten Studie (Sasse 2006) bezüglich der ursprünglichen Bewertungen erhobenen Bedenken bezüglich der dehumanisierenden Auswirkungen der falschen Bewertungen und auch der immanenten Beschleunigung der Behandlungen ist damit ausreichend Rechnung getragen worden. Der neue Projektleiter der TK, Dr. med. T. Ruprecht, hat seine Zusage bezüglich der Verhinderung möglicher Schädigungen der Patienten eingehalten.

Die weiter bestehenden Kritikpunkte zur wissenschaftlichen Qualität zeigen jedoch auf, dass beim TK Modellvorhaben die Kriterien einer kontrollierten und randomisierten Studie nicht erfüllt werden, ferner benachteiligt das Vorgehen die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren in ihrer Wirksamkeit. Die Forderungen nach Objektivität, Validität und Reliabilität werden auch nach Änderung der Rückmeldungen nicht erfüllt. Damit ist weiter von einer fehlenden Wirtschaftlichkeit auszugehen, die Forderungen nach Transparenz dieser Hintergründe sowie der Interessenlagen der Beteiligten am Modellvorhaben werden weiter öffentlich zu diskutieren sein.

Folgende Änderungen wurden ab der 1. Messung bzw. Verlängerung durchgeführt:

Alte Gesamteinschätzung der Patientenangaben: Verstärkung der Problematik

Alte Bewertung: „Negative Entwicklung!“

Neue Rückmeldung:

„Die verschiedenen Messinstrumente zeigen *im Vergleich zu den Werten bei Therapiebeginn* bisher (noch) keine Abnahme der Problematik in der Selbsteinschätzung des Patienten, sondern deuten eher auf eine Verstärkung hin.

Dies kann unterschiedliche Ursachen haben. Bitte überdenken Sie daher den bisherigen Therapieverlauf unter dem Aspekt der Angemessenheit oder eventuellen Anpassung ihrer bisherigen therapeutischen Strategien an die Belange dieser Patientin/ dieses Patienten.

Berücksichtigen Sie dabei vor allem mögliche Erklärungen für die im Moment vorliegende stärker ausgeprägte Problematik. Sie kann auch ein erwünschter Teil des therapeutischen Prozesses sein (z.B. im Sinne einer notwendigen Destabilisierung).“

Gesamteinschätzung der Patientenangaben: Bisher keine klinisch bedeutsamen Veränderungen

Alte Bewertung: „Therapeutische Strategie (noch) nicht wirksam.“

Neue Rückmeldung:

„Die Erhebung in den verschiedenen Messinstrumenten zeigt keine eindeutige Entwicklung des Patienten im Sinne einer klinisch bedeutsamen Abnahme oder Verstärkung der Problematik in der subjektiven Selbsteinschätzung *im Vergleich zu den Werten bei Therapiebeginn*.

Dies kann unterschiedliche Ursachen haben. Bitte überdenken Sie den bisherigen Therapieverlauf auch mit Blick auf eine Vermeidung problematischer Verhaltensweisen, eine eventuelle Verdrängung unbewusster Hintergründe der psychischen Störung oder Probleme in der therapeutischen Beziehung.“

Alte Gesamteinschätzung der Patientenangaben: Abnahme der Problematik.

Alte Bewertung: „Bisher keine bedeutsame Veränderung.“

Neue Rückmeldung:

„Die Erhebung in den verschiedenen **Messinstrumenten** zeigt eine klinisch bedeutsame Abnahme der Problematik in der Selbsteinschätzung dieser Patientin/ dieses Patienten *im Vergleich zu den Werten bei Therapiebeginn*.

Dies kann unterschiedliche Ursachen haben. Bitte überdenken Sie daher den bisherigen Therapieverlauf v.a. unter dem Aspekt der Angemessenheit oder eventuellen Anpassung ihrer bisherigen therapeutischen Strategien an die Belange dieser Patientin/ dieses Patienten. Berücksichtigen Sie dabei vor allem mögliche Erklärungen für die im Moment vorliegende posi-

tive Entwicklung. Es kann sich um eine produktive Entwicklung handeln, es kann aber auch sein, dass es sich um eine Vermeidung bzw. Verdrängung der Hintergründe der psychischen Störung handelt, durch die der verbesserte Zustand des Patienten nur vorübergehend/temporär wäre.“

Gesamteinschätzung der Patientenangaben: Nachhaltige Abnahme der Problematik.

Alte Bewertung: „Guter Verlauf! Bitte Therapieende in Betracht ziehen.“

Neue Rückmeldung:

„Die Erhebungen in den verschiedenen Messinstrumenten zeigen zum wiederholten Male eine klinisch bedeutsame und eventuell nachhaltige Abnahme der Problematik in der Selbsteinschätzung dieser Patientin/ dieses Patienten *im Vergleich zu den Werten bei Therapiebeginn*.

Bitte überdenken Sie erneut den bisherigen Therapieverlauf v.a. unter dem Aspekt der Angemessenheit oder eventuellen Anpassung ihrer therapeutischen Strategien an die Belange dieser Patientin/ dieses Patienten. Berücksichtigen Sie dabei vor allem mögliche Erklärungen für die im Moment vorliegende nachhaltige Abnahme der Problematik. Auch diese könnte noch vorübergehend/temporär sein und würde dementsprechend eine weitere Auseinandersetzung mit der Problematik bzw. weitere therapeutische Interventionen erfordern. Reflektieren Sie nochmals eventuell weiter bestehende selbst- und fremdschädigende Anteile/Verhaltensweisen des Patienten sowie mögliche Abwehr- oder Vermeidungsstrategien, welche gegebenenfalls einer dauerhaften Verbesserung im Wege stehen.

Prüfen Sie weitere therapeutische Schritte im Sinne einer Fortsetzung/Verlängerung und/oder Intensivierung der Therapie als auch - sofern ein Therapieende in Frage kommt - die Initiierung des beginnenden Ablösungsprozesses zum Patienten und/oder die Planung einer Rückfallprophylaxe.“

Die Veränderung der Rückmeldungen wurde erst nach Gespräch mit dem neu eingesetzten Projektleiter möglich. Auch im Wissen um die möglichen methodologischen Schwierigkeiten bezüglich der Auswertungen hat die TK an dieser Stelle engagiert für die Sicherung der Patientensicherheit und die Aufhebung der falschen Rückmeldungen und die Beendigung der Beschleunigungsbemühungen Sorge getragen. Diese Veränderung geschah dann so schnell wie möglich und wurde engagiert von dem Projektleiter umgesetzt.

Spätestens seit diesem Zeitpunkt ist die weitere Kritik am Modellvorhaben vorrangig an die Forschergruppe zu wenden. Die TK hat ihre Sorgfaltspflicht an dieser Stelle erfüllt, für die weiterhin bestehenden verfahrensspezifischen Konflikte und die wissenschaftliche Fehlentwicklung sollte die Forschergruppe kritisiert werden.

Es wird abzuwarten sein, wie die Forschergruppe die Änderung der Bewertungen des sogenannten Trust Centers bewertet, insbesondere unter dem Aspekt, dass die zu Grunde liegende Norm und der Berechnungsvorgang trotz der geänderten schriftlichen Rückmeldungen vermutlich nicht geändert wurde bzw. nicht geändert werden konnte.

Allerdings zeigt sich hier darüber hinausgehend nun ein weiteres Problem sowohl für den Anspruch, die Wirksamkeit und die Qualität der Behandlungen erfassen zu können, ebenso für den Anspruch, Aussagen über die einzelnen Verfahren, über Verfahrensvergleiche wie auch für den Anspruch, die Auswirkungen des Monitoringvorgangs wissenschaftlich überprüfen zu können.

2.4. Die Bedeutung der drei Änderungen für die Aussagekraft des TK-Modellvorhabens bezüglich der Ergebnisse allgemein und speziell zum Monitoringvorgang

Während bei der bisherigen Kritik neben den fehlenden Verfahrensnachweisen die fehlende Repräsentativität der Behandler für die angegebenen Verfahren und 13 Unterschiede zwischen Experimentalgruppe und Kontrollgruppe aufgezeigt werden mussten, führt die Veränderung an den drei Punkten während der laufenden Untersuchung zu gravierenden neuen Problemen:

Durch die drei Veränderungen, die im Verlauf der Untersuchung vollzogen werden mussten, wird die Experimentalgruppe mit drei gravierend unterschiedlichen Bedingungen konfrontiert: Erstens wird die Vorgabe, jedem TK-Versicherten wird mit Eintritt in eine der mitarbeitenden Praxis verbindlich die Möglichkeit der Teilnahme am Modell angeboten geändert. Im Verlauf wird die Änderung eingeführt, dass jeder Behandler nun unter undefinierten und unkontrollierten Bedingungen TK-Versicherten, die neu in die Praxis kommen, die Teilnahme am Modellvorhaben anbieten kann oder auch nicht. Damit gibt es keine, vorher schon ebenso fragliche Randomisierung der Patienten, sondern eine gezielte Auswahlmöglichkeit im Interesse der teilnehmenden Behandler.

Zweitens wird im Verlauf die Pflicht zur umgehenden Konfrontation des Patienten mit den ursprünglichen Bewertungen ebenfalls ohne klare Bedingungen dem Behandler freigestellt. Auch hier entsteht nun ein willkürliches Entscheidungsfeld, in dem es von der Willkür des Behandlers abhängt, ob er meint, den Patienten informieren zu wollen oder auch nicht. Ob nun die Patienten informiert werden oder nicht, oder ob sie nur teilweise oder phasenweise informiert werden, bleibt ohne verbindliche Regelungen offen. Damit wird die ursprüngliche Absicht der Beeinflussung der Patienten ohne weitere Begründung aufgegeben.

Drittens werden die Bewertungen grundlegend geändert: sowohl der direktive Bewertungsvorgang entfällt, der Beschleunigungszwang wird durch die explizite Aufforderung zur Prüfung, ob eine Verlängerung notwendig sein könnte, entfernt, wie auch durch die Verantwortungsrückgabe an den Behandler die Patienten nun nicht mehr in die Verantwortung für die Genehmigungsabläufe gezogen werden sollen. Es werden zudem verfahrensspezifische Elemente der Prozessgestaltung reflektiert.

Diese Diskussion kann nur zu dem Ergebnis führen, dass durch die drei Änderungen innerhalb der Experimentalgruppe die aktiv zu beeinflussenden Patienten nun zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit unterschiedlichsten und völlig unklaren Änderungen konfrontiert werden, von denen man nur sicher aussagen kann, dass diese Änderungen sehr bedeutsam für die mögliche Ergebnisbeeinträchtigung sind.

Wer einen Wirkfaktor (hier die Empfehlungen des Monitoringvorgangs) vor Beginn der Untersuchung als besonders bedeutsam zu prüfen beabsichtigt, der kann nur schwer später be-

haupten, dieser Wirkfaktor sei nun doch nicht so bedeutsam, so dass er ohne Auswirkung auf die Ergebnisse grundlegend geändert werden kann.

Wenn man ein ganz spezielles Medikament (von dessen Wirksamkeit die Forschergruppe zu Beginn der Untersuchung sehr überzeugt zu sein schien) durch Vergleiche zwischen Experimental- und Kontrollgruppe allein auf seine Wirksamkeit hin prüfen will, dann darf die Forschergruppe nach dem Austausch des Medikamentes gegen ein anderes Medikament mit ganz anderem Inhalt nicht mehr behaupten, die Untersuchung könne einfach weitergeführt werden, da ja weiter ein Medikament gegeben wird. Die Inhalte der Bewertungen sind bezüglich der intendierten Wirkungen derart anders, dass die Experimentalgruppe vor der Änderung nicht mehr mit der Experimentalgruppe nach der Änderung zusammengerechnet werden darf: Es handelt sich nun um jeweils zwei unterschiedliche Experimentalgruppen von denen die eine am Anfang, die andere am Ende der Behandlungen zu untersuchen sind.

Wenn zunächst die Verpflichtung vertraglich vereinbart wird, alle TK-Versicherten einzubeziehen und die bewertenden Empfehlungen an alle Patienten weiterzugeben, dann kann aufgrund der bestehenden Zweifel an der Objektivität und an der Repräsentativität der teilnehmenden Behandler nicht mehr davon ausgegangen werden, dass diese Interessen sicher ausgeschlossen wurden; damit sind die Ergebnisaussagen insbesondere zu den Fragen der Wirksamkeit, der Qualität der Behandlungen, ein Vergleich zwischen den Verfahren sowie prinzipiell über die tatsächliche Anwendung der behaupteten Richtlinienverfahren auf wissenschaftlicher Basis nicht möglich.

Insbesondere ist der Versuch gescheitert, das Qualitätsmonitoring nach den notwendigen Änderungen bezüglich seiner Wirksamkeit untersuchen zu können.

Sowohl zu den Auswirkungen des Monitoringvorgangs wie auch zu den zu untersuchen beanspruchten Qualitätsmerkmalen, zur Effektivität und Effizienz des fehlerhaften Rückmeldevorgangs können keine Ergebnisaussagen gemacht werden.

Da auch innerhalb der Experimentalgruppen drei nicht miteinander vergleichbare Unterschiede zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt wurden, haben diese Veränderungen eine weitere gravierende methodische Schwächung bewirkt und zu einer weitestgehenden Einschränkung der Aussagekraft bezüglich der elementaren Untersuchungsziele geführt.

Damit ist die Konfusion bezüglich der Aussagekraft für Wirksamkeit oder Qualität der individuellen Behandlungen, für Vergleiche der Verfahren und für Aussagen zur Wirksamkeit des Monitoringvorgangs vergrößert worden und damit sind in diesen Bereichen definitiv keine wissenschaftlich fundierten Ergebnisaussagen vertretbar.

5. Abschnitt

Prüfung der Frage, ob wissenschaftlich begründete Aussagen über das reguläre und das modifizierte Gutachterverfahren auf Grund des TK-Modells abgegeben werden können. Im Folgenden sollen zwei Fragenbereiche erörtert werden. Zunächst soll die Frage, ob es sich überhaupt um ein Qualitätssicherungsverfahren handelt oder nicht, näher untersucht werden.

Dann muss wegen erkennbar gewordener Defizite bezüglich der Kenntnisse und Funktionen, die das reguläre Gutachterverfahren betreffen, die grundlegenden Aufgaben und deren Berücksichtigung im TK-Modell diskutiert werden.

1. Ist mit dem TK Modell die Einführung einer verfahrensübergreifenden Qualitätssicherung in der Psychotherapie gelungen?

Wenn der Anspruch erhoben wird, ein Modell zur verfahrensübergreifenden Qualitätssicherung entwickelt zu haben, müssen gerade dann die Qualitätsmerkmale und die Werte der spezifischen Verfahren berücksichtigt sein, wenn die Behandlungsqualität nach ihrer angeblich verfahrensübergreifenden Erfassung anschließend doch wieder verfahrensspezifisch differenziert bewertet wird.

Der Versuch der TK, ein verfahrensübergreifendes Modell der Qualitätssicherung zu entwickeln, basiert allein auf der Vorstellung, durch vielfache Reduktionen zu einer angenommenen Gleichheit der Verfahren zu kommen:

Um die Vergleichbarkeit herzustellen werden die bereits genannten Reduktionen vorgenommen bzw. die benannten Unterschiede negiert:

1. Von den vier Fundamenten der psychoanalytisch begründeten Behandlungen: Wissenschaft, Fachkunde, Werte und personengebundene Beziehungskompetenz wird nur das wissenschaftliche Fundament in unangemessen fragmentierter Weise genutzt.
2. Aus der Zusammenhangsbetrachtung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsmerkmale wird nur ein Aspekt der Ergebnisqualität, hier die subjektive Patientenselbsteinschätzung, unter weiterer Reduktion auf die Symptome ausgewählt.
3. Die Wirksamkeit wird mit der Ergebnisqualität gleichgesetzt.
4. Folgende Unterschiede zwischen den Patienten werden im bewertenden Monitoringvorgang nicht beachtet:

Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Art der Krankheit, Dauer der Krankheit, Schwere und Chronifizierung der Krankheit, Medikamentengebrauch. Nach den bislang vorliegenden Vergleichsstudien unter Richtlinienbedingungen zwischen den beiden Verfahren wird deutlich, dass sich neben den Ergebnissen auch die Patientengruppen der Richtlinienverfahren signifikant voneinander unterscheiden (Medikamentengebrauch, Bildungsstand und Intensität der geschilderten symptomatischen Belastung), so dass ein direkter Vergleich und damit auch eine Einheitsqualitätssicherung auf empirisch belegter Basis als fach- wissenschaftlich nicht angemessen zu bewerten sind.

5. Im TK Modell werden die in der Behandlungsrealität mehrheitlich erstellten Diagnosen von Erkrankungen der Persönlichkeit und Komorbiditäten weder erfasst noch differenziert.

6. Folgende Unterschiede in den Verfahren werden nicht beachtet:

Wirkfaktoren der Verfahren, Behandlungsprozesse, Behandlungsphasen, Behandlungsziele, therapeutische Beziehungsgestaltung (Übertragung, Gegenübertragung, Abwehr, Widerstand), die Bedeutung der bewussten und unbewussten Entwicklungen im Prozess.

7. Die grundsätzlich unvereinbare unterschiedliche Haltung und Methodik zwischen den Verfahren wird als gleich behandelt:

Direktives Vorgehen, aktiv gestaltend und suggestiv einwirkend versus empathisches Spiegeln, entwicklungsfördernde, z.T. regressionsfördernde Haltung, Konzentration auf das und Veränderung des beobachtbaren Verhaltens und der bewusst benennbaren Kognitionen versus Einfühlung in die bzw Motivations-, Affekt- und Gewissensstrukturen, in die Übertragungs- und Gegenübertragungsentwicklung aus bzw Erinnerungsstrukturen des Patienten,

Analyse der Macht- und Ohnmachtserfahrungen im therapeutischen Prozess versus Nutzung des Machtgefälles zur aktiven Beeinflussung des Patienten.

8. Die Zielsetzungen und Zielvorstellungen der Verfahren sind unterschiedlich:

Aktive Veränderung des Verhaltens und der Kognitionen versus Stabilisierung der intrapsychischen Selbstregulation zwischen Affekt-, Motivations-, Gewissens-, Gedächtnis- und mentalen Strukturen.

Die TK Konzeption geht davon aus, dass diese erheblichen und gravierenden Unterschiede alle vernachlässigbar seien, wenn man als grundlegendes Phänomen die Selbsteinschätzung des Patienten als zentrales Merkmal gewichtet.

Die Vorstellung der TK beruht auf einem mechanistisch - systemischen Ansatz: Aus einem Element eines mechanischen Systems lassen sich zu Recht Rückschlüsse auf die Qualität des Gesamtsystems machen: Wenn die Uhrzeiger nach einer Reparatur wieder die richtige Zeit anzeigen kann die Qualität der Uhr insgesamt als gut bezeichnet werden.

Damit werden, systemisch denkend durchaus folgerichtig, alle Reduktionen und Standardisierungen begründet.

Dem systemischen Verständnis entsprechend übertragen die Projektleiter auf die Psychotherapie die entsprechende Wirkweise: Wenn die Symptome verschwinden, wird das automatisch mit der Qualität der Behandlung gleichgesetzt.

Menschen sind aber in den psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht als Systeme, sondern als lebendige Strukturen zu behandeln. Der Unterschied zwischen dem systemischen und strukturellen Verständnis wird von Rombach (2003) in beeindruckender Weise philosophisch begründet und in den letzten 40 Jahren von Vertretern der Individualpsychologie, der Selbstpsychologie und den intersubjektiven Behandlungsansätzen erforscht, publiziert und gelehrt.

1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Prüfung: Die Entwicklung einer standardisierten Qualitätssicherung für alle Verfahren, alle Patienten und alle Behandler ist gescheitert

Es ist festzustellen, dass der Versuch, aus vielfacher Reduktion der Vielschichtigkeiten und der Komplexität der Behandlungen und aus vielfachem Versuch, Ungleiches als Gleich zu behandeln, ein verfahrenübergreifendes Modell der Qualitätssicherung zu entwickeln, gescheitert ist.

Die TK kann nach diesem Nachweis nicht mehr behaupten, ein verfahrenübergreifendes Modell zur Qualitätssicherung entwickelt zu haben, mit dem die Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Verfahren erfasst werden können.

Die Befürchtung, dass die Konstruktion eines standardisierten Modellvorhabens eher an den Erfordernissen einer finanziellen Absicherung orientiert sei, sollte widerlegt werden.

2. Der Kern des ursprünglichen TK Modells ist kein „Qualitätsmonitoringvorgang“, sondern besteht in der Einführung eines bewertenden, verhaltenstherapeutisch begründeten Wirkfaktors auch für die analytisch begründeten Verfahren.

Die TK bezeichnet den Kern des Modellvorhabens als „Qualitätsmonitoring“ und beschreibt selbst: „Mit dem Begriff „monitoring“ (engl. begleiten, bildlich darstellen) ist das Verfolgen des Therapieverlaufes gemeint. Zu den bestimmten Sitzungszeitpunkten füllt der Patient psychometrische Tests aus. Die Ergebnisse werden dem Therapeuten – auch in der Form einer Verlaufskurve – grafisch rückgemeldet. Die systematisch aufgearbeiteten grafischen Rückmeldungen (Feedback) haben die Ergebnisqualität im Fokus und erlauben vertiefende Reflektionen zum Therapieverlauf und zur weiteren Therapieplanung“ (TK Informationen für Psychotherapeuten in der KV W-L).

Diese Darstellung entspricht nicht dem, was durch die externe Beeinflussung jedes einzelnen Behandlungsverlaufes tatsächlich beabsichtigt und bewirkt wird:

1. Es wird nicht der Therapieverlauf, der sich zwischen Behandler und Patient vollzieht verfolgt, sondern es werden allein die primär symptombezogenen Selbstbeschreibungen des Patienten erfasst.
2. Es werden nicht nur die Ergebnisse der Fragebögen mitgeteilt, stattdessen werden neben diesen Daten so genannte „Entscheidungsregeln zur Genehmigung von Psychotherapie“ und „Entscheidungsregeln zum Verlauf von Psychotherapie“ mit darin enthaltenen „Empfehlungen“ absichtsvoll in den laufenden Behandlungsprozess eingebracht.
3. Diese als „Empfehlung“ mitgeteilten Bewertungen sollen als Wirkfaktoren sowohl auf den Behandler wie auf den Patienten einwirkend in jede Behandlung eingebracht werden, sie sind zudem wesentliches Kriterium für die Gutachter im Falle von Verlängerungsanträgen.

Die Bewertung, der Einsatz von Lob und Tadel zur Verstärkung oder Löschung gewünschten oder unerwünschten Verhaltens, ist ein in der Verhaltenstherapie vielfach belegter Wirkfaktor und Interventionsansatz. Die entstehende Problematik betrifft also nicht die verhaltenstherapeutischen Behandlungen, sondern betrifft und schädigt nur die tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Therapien deshalb, weil sie in diesen Verfahren völlig andere Auswirkungen für die Beziehungsgestaltung bewirken als in der Verhaltenstherapie.

Die Entscheidung, ob diese verhaltenstherapeutische Methodik für die psychoanalytisch begründeten Behandlungen schädlich und damit unzulässig ist, konnte von den Projektleitern nicht erkannt und damit auch nicht beantwortet werden.

Das Grundproblem hier besteht in der fachlich ungeeigneten Übernahme eines in der experimentellen Tierforschung als erfolgreich belegten Wirkfaktors, dem der Belohnung und Bestrafung. In der verhaltenstherapeutischen Erforschung der Wirksamkeit der Lernfaktoren bei Tieren haben sich Belohnung und Bestrafung als hoch effektive Wirkfaktoren für das Erlernen neuer Verhaltensweisen erwiesen.

Auch in der modernen Verhaltenstherapie gehört diese einfache Umsetzung von Belohnung/Bestrafung durch Nutzung der menschlichen Machtanwendung durch Lob/Tadel als zentraler Wirkfaktor längst nicht mehr zu dem gängigen oder zentralen Methodenrepertoire. Die kognitive Wende in der VT, die Berücksichtigung anderer Ziele als der ausschließlichen Verhaltensänderung hat weit reichende Veränderungen bewirkt.

Ungeachtet dieser Entwicklung lassen drei grundlegende Argumente die Nutzung von Lob und Tadel als gezieltem, standardisiertem und verallgemeinertem Wirkfaktor in den psychoanalytisch begründeten Therapien nicht zu:

1. Lob und Tadel funktionieren nur auf der Basis von unreflektierten und unbewussten Machtverhältnissen, in denen eine Person die Bewertungsmacht beansprucht und die andere Person ihr Verhalten aus Anpassung oder Angst daran orientiert. Diese Methodik widerspricht der intersubjekthaften, der an Neutralität und Abstinenz verpflichteten Behandlungsmethodik der Psychoanalyse vollständig.
2. Gerade die bewusste Bearbeitung der Machtverhältnisse zwischen Menschen ist ein Ziel vieler psychoanalytischer Konzepte. Die unbewusste Bewegung zwischen den abgewehrten Notlagen und den überkompensatorisch angestrebten Zielen der Überlegenheit betrifft gerade die Machtansprüche und die Machtdurchsetzung, die immer wesentliche Teile der Selbst- und Fremdschädigung in den seelischen Erkrankungen betreffen. Für diese Bearbeitung gehört die Untersuchung der Fragen der Macht, der Verantwortlichkeit und der Wahrhaftigkeitsbemühungen und der Authentizität, der Identität zwischen beiden beteiligten Personen zum Kern der Übertragungs-, Gegenübertragungsanalyse und der realen Beziehungsanteile.

Die Bedeutung dieser Art der Bearbeitung wird durch das TK Bewertungssystem nicht erkannt oder verstanden.

3. Die Vorstellung, dass eine äußere Bewertung ohne Untersuchung der Art und Weise der Aufnahme der Bewertung einfach hin- oder übernommen werden soll, widerspricht jeglicher psychoanalytischer Behandlungsqualität deshalb, weil die Fragen der Unterwerfung, der Angstbindung oder der tatsächlich freien Entscheidung mit entsprechender Verantwortungsübernahme überhaupt nicht berücksichtigt werden. Die Bearbeitung der subjekt-emanzipatorischen Kompetenz des Patienten wird durch nicht hinterfragte Übernahme von externe Bewertungen verhindert, unabhängig von der Frage, ob eine derartige Übernahme nicht immer auf einer neurotischen Anpassung beruhen muss. Die Erfahrung der nicht aufzuhebenden, unbewussten tendenziösen Apperzeption jeder therapeutischer Intervention durch den Patienten gehört zum unverzichtbaren Hintergrundwissen, das die Haltung jedes psychoanalytischen Behandlers prägt. Anders ausgedrückt: Die gut gemeinte direkte Beeinflussung des Patienten durch suggestive, gute Wirkung auslösende Bewertungen gehört in der Verhaltenstherapie zum gängigen Interventionsrepertoire, in den psychoanalytisch begründeten Be-

handlungen werden derartige Interventionen aus den genannten Gründen mit großer Vorsicht betrachtet.

2.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Prüfung: Es handelt sich nicht um einen Monitoringvorgang, sondern um die Einführung eines verhaltenstherapeutischen Wirkfaktors in die psychoanalytisch begründeten Behandlungen, in denen dieser Vorgang zu einer unkontrollierbaren Gefährdung der spezifischen Wirkfaktoren führt

Mit den vorgelegten Überlegungen ist belegt, dass es sich bei dem so genannten „Qualitätsmonitoring“ nicht um einen begleitenden Rückmeldevorgang – so wie die in der Psychologie übliche - Rückmeldung der Testergebnisse handelt, sondern um eine Bewertung, in der nur eine Richtung als guter Wert konzipiert wurde.

Das „Qualitätsmonitoring“ ist also kein begleitender Rückmeldevorgang (Monitoring) von objektiven, validen und reliablen Ergebnissen der bisherigen Behandlung, sondern ein mit dem Ziel der direkten Beeinflussung jeder Behandlung eingebrachter bewertender externer Wirkfaktor, mit dem die Effektivität durch Stundenreduzierung erzielt werden soll.

Es ist also bis 2007 keine objektive Information, sondern ein absichtsvoll die Richtung vorgebender direkter Beeinflussungsvorgang. Aus den angeführten Überlegungen zur unbewussten Beziehungsgestaltung und der Notwendigkeit des sorgfältigen Umgangs mit direktiv, suggestiven Wirkvorgängen ist die standardisierte, gezielte und allgemeine Einführung des verhaltenstherapeutischen Wirkfaktors (Lohn/Strafe bzw. Lob/ Tadel) nur als Behandlungsfehler in den psychoanalytisch begründeten Behandlungen zu bezeichnen.

3. Prüfung der Frage, ob ein standardisiertes Qualitätsvorhaben als „modifiziertes Gutachterverfahren“ erprobt wird, oder ob ein anderes Verfahren eingeführt wird, dem die Bezeichnung „Gutachterverfahren“ nicht mehr entspricht.

Eine zentrale Kritik bezüglich des Vergleiches des regulären Gutachterverfahrens mit dem modifizierten Gutachterverfahren betrifft die Einseitigkeit, mit der das reguläre Gutachterverfahren ausschließlich als überkommen und kritikwürdig beschrieben wird, ohne die Kritik inhaltlich zu benennen. Einzig der Vorwurf, dass im regulären Gutachterverfahren betrügerische Behandler eigentlich beschreiben könnten was sie wollten, Fortschritt bei real schlechten Verläufen angeben könnten, wird mehrfach benannt, der Hinweis darauf, dass derartige Betrüger auch im modifizierten Gutachterverfahren betrügen könnten, unterbleibt leider.

Die im gutachterlichen Alltag oft auch schriftlich zu belegende Erfahrung, dass gutachterliche Stellungnahmen, wenn sie denn verfahrensspezifische oder inhaltliche Anregungen geben, zu dankbaren und als hilfreich erlebten Rückmeldungen von Behandlern an Gutachter führen, wird überhaupt nicht bedacht oder in irgendeiner Weise in den Vergleich einbezogen.

Auch der Hinweis auf die nachgewiesene Effektivität von etwa 14% Änderungen wird schlicht negiert oder allein auf die geringere Quote der kompletten Ablehnungen in Höhe von etwa 4 % als ineffektiv hingestellt. Dieses Vorgehen zeigt erneut die tendenziöse Untersuchungsmethode: die positiven Seiten des regulären Gutachterverfahrens werden einfach nicht benannt und schon gar nicht untersucht.

Schon gar nicht wird die Frage erörtert, ob durch die Einführung der genehmigungsfreien Kurzzeittherapien (KZT) die Qualität der Behandlungen gefährdet wird. Da die KZT'en, die auch wegen der ungerechten und schlechten Bezahlung der probatorischen Stunden und der Behandlerberichte an den Gutachter sehr viel häufiger direkt beantragt werden, als direkt Langzeittherapie beantragt werden, stellt sich die Frage, ob die Differentialindikation zwischen den Verfahren (TP versus AP) nach begonnener KZT überhaupt noch angemessen gestellt werden kann. Gerade dieser Umstand erschwert die Bearbeitung der Anträge deshalb, weil bei Umwandlungsanträgen immer zu bedenken ist, dass hier ein zum Teil ein Jahr dauernder Behandlungsprozess bereits in Gang gekommen ist, der so einfach nicht unterbrochen oder abgebrochen werden kann, wenn der Patient nicht demotiviert werden soll, auch wenn vielleicht eine andere Konzeption hilfreicher sein könnte. Diese Begutachtungen enthalten oft inhaltliche Anregungen des Gutachters, die nicht erfragt oder untersucht werden.

Auf Grund dieser Ungleichbehandlung der beiden Gutachterverfahren muss das reguläre Gutachterverfahren in seinen Aufgaben und Funktionen hier zunächst genauer dargestellt werden, um zumindest in der Kritik das Vorgehen der TK-Forscher angemessen in seiner Unzulänglichkeit erkennbar werden zu lassen.

3.1. Die Aufgaben des regulären Gutachterverfahrens

Die gutachterliche Tätigkeit ist in der **realen** Versorgungspraxis:

- **für die Krankenkassen** zur Erfüllung ihrer gesetzlich und verbindlich vertraglich vorgegebenen und damit zur Erfüllung ihrer Pflichten (hier insbesondere die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie) unverzichtbar, die gesetzlich in § 2 und § 12 SGB V, sowie § 92 Abs. 6a SGB V vorgeschrieben, und im Weiteren vertraglich gemäß § 25 und § 26 PT-RiLi sowie gemäß § 12 PT-V Abs. 1 und Abs. (9) und im BMV-Ä vereinbart sind. Sie ist auch für das konkrete Genehmigungs- und Bewilligungsverhalten für die Krankenkassen unverzichtbar. Keine Krankenkasse darf bei der gegebenen rechtlichen und vertraglichen Situation eine Bewilligung für eine genehmigungspflichtige Behandlung erteilen, wenn sie nicht die Stellungnahme eines dazu bestellten Gutachters eingeholt hat. Faktisch darf weder eine genehmigungspflichtige Behandlung von den Kassen bewilligt noch vom Behandler durchgeführt werden, wenn keine gutachterliche Stellungnahme eingeholt wurde und vorliegt.

Inhaltlich ist diese Pflicht insbesondere damit zu begründen, dass gerade bei psychisch Kranken eine Besonderheit bei der Krankenbehandlung vorliegt, die bei den üblichen somatischen Krankheiten nicht vorliegt: Gemäß der anerkannten psychoanalytisch begründeten Verfahren wirkt das Unbewusste des Patienten in jedem Behandlungsfall so auf das therapeutische Geschehen und auch auf den jeweiligen Behandler derart ein, dass die unbewussten dynamischen Hintergründe abgewehrt oder zu überwinden gesucht werden, ohne dass eine tatsächliche Heilung der pathogenen Hintergründe erfolgt. Der unbewusste Wiederholungsaspekt der neurotischen Verwicklungen macht es erforderlich, dass jeder Behandler sowohl beim Erstantrag, wie auch bei Umwandlungs-, Verlängerungs- oder Ergänzungsanträgen die seelischen Hintergründe und die ätiologisch begründete Dynamik (auch unter Beachtung dieser Prozesse für das therapeutische Arbeitsbündnis) des Unbewussten des Patienten im Erstbericht und im

weiteren Verlauf der Behandlung mehrfach einem dazu qualifizierten Gutachter gegenüber darstellen muss. Dieses spezifische Behandlungsverständnis hat daher im § 92 (1) SGB V zu folgender gesetzlicher Vorgabe geführt: „... dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen.“ **Zu den besonderen Erfordernissen wird daher zudem in § 92 (6a) gesetzlich festgelegt, dass „...insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln ... (ist. Anm. des Verfassers). Die Richtlinien haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht abgebenden Vertragsarztes.“**

- **für die KBV und die KVen** zur Erfüllung ihrer gesetzlich wie vertraglich vereinbarten Pflichten ebenso **unverzichtbar** ist, da die gutachterliche Tätigkeit zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 (1) und § 73 (2) SGB V notwendig ist. **KBV und KVen können nur unter Tätigkeit der Gutachter die ihnen gesetzlich zugewiesene Gewähr zu ihrer Erfüllung der Vorgaben gemäß § 75 (1) SGB V leisten.** Zudem sind KBV und alle KVen auch vertraglich gemäß PT-RiLi und PT-V sowie BMV-Ä verbindlich zur Anwendung der gutachterlichen Tätigkeit verpflichtet.

3.2. Die rechtliche Basis für die Notwendigkeit der Einbeziehung des Gutachterverfahrens in die vertragsärztliche Versorgungstätigkeiten basiert auf § 2 und § 12 des SGB V.

Die rechtliche Grundlage für das Gutachterverfahren wird nach Auffassung der Autoren Rüber, Dahm und Kallinke (2009) im Kommentar Psychotherapie-Richtlinien folgendermaßen beschrieben: „Die Begutachtung erfolgt im Rahmen des § 2 Abs. 4 SGB V; d.h. im § 2 Abs. 4 SGB V ist der Rahmen für die vertragsärztliche Versorgung gesetzt. In diesem Rahmen wird die Durchführung von Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien und – Vereinbarungen näher bestimmt; er bildet die Grundlage für die Begutachtung. Die psychotherapeutischen Leistungen müssen nach §12 SGB V zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können nach § 12 SGB V Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (S. 81).

Diese grundlegenden Vorgaben im SGB V bestimmen, dass die Krankenkassen einerseits gemäß § 2 (1) SGB V nur Leistungen unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot erbringen dürfen. Gemäß § 2 (4) haben Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Satz (3) § 12 SGB V bedroht den Vorstand der Krankenkassen sogar mit Regressverfahren, wenn eine Kasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage erbracht hat.

Da gemäß § 25 (1) PT – RiLi die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach § 13 PT-RiLi allein durch die Krankenkasse erfolgen kann, wurde das Antrags- und Gutachterverfahren im Sozialgesetz § 92 (6a) während der Psychotherapeutengesetzgebung

auf Grund der Vorerfahrungen im vorhergehenden Delegationsverfahren erneut derart konkret verankert.

Die Krankenkassen können die Ihnen gesetzlich zugewiesene Prüfung der Leistungspflicht, der Qualität, der Indikationsstellung und weiterer Aufgaben nur unter Nutzung des Gutachterverfahrens durchführen.

Deshalb sind sowohl der Anspruch der Versicherten, die Leistungserbringung wie auch die Bewilligung von Leistungen in der Psychotherapie durch das in § 92 (6a) SGB V spezifische Antrags-, Konsiliar- und Gutachterverfahren gesetzlich geregelt.

Anders als aus Sicht der TK ist das Gutachterverfahren eben nicht nur als Qualitätssicherungsinstrument im Sozialrecht, in der PT-RiLi, in der PT-V wie im BMV-Ä festgelegt, sondern es dient der Krankenkasse als unverzichtbares, gesetzlich vorgeschriebenes Prüfverfahren der Wirtschaftlichkeit, der Zweckmäßigkeit, der Humanität und der Notwendigkeit vor Beginn, aber auch im Falle von Umwandlungs- oder Verlängerungsanträgen mehrfach während jeder laufenden Behandlung gemäß § 2, §12, §28 (3), § 70 und § 92 (6a) SGB V.

Konkret dient das Gutachterverfahren, anders als die konkrete Ausübung von Psychotherapie, als **unverzichtbarer Teil der Gesamtbehandlung des Falles** zur Erfüllung der folgenden gesetzlich und vertraglich vorgegebener Pflichten:

- die Krankenkassen benötigen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflichten aus § 2 und §12 SGB V bei Pflicht zur Feststellung der Leistungspflicht (und des Leistungsumfanges) und bei Pflicht zur Einleitung des Gutachterverfahrens und Beauftragung des Gutachters zur Entscheidung über die Leistungs- und Kostenzusage oder ihrer Ablehnung **zwingend** die gutachterliche Stellungnahme; sie ist bei jeder Umwandlung, Verlängerung und Ergänzung für die Kasse erforderlich

- die Krankenkassen benötigen zur Feststellung des Leistungsumfanges die Empfehlung des Gutachters. Etwa 14% aller Anträge (**d.h. etwa jede 7. Behandlung**) werden entweder abgelehnt oder entsprechend des Behandlerantrages im Umfang oder in der Frequenz der Behandlung verändert. Damit zeigt sich die **unmittelbare Wirksamkeit des Gutachterverfahrens in der konkreten Versorgungsrealität**, eine entsprechend wirksame Beeinflussung gibt es bei keiner der vergleichbaren Behandlergruppen im Sozialrecht; sowohl der Leistungsumfang wie auch die Behandlungsdauer und die Behandlungsfrequenz müssen bei Langzeitbehandlungen mehrfach vom Gutachter im Behandlungsfall geprüft und empfohlen werden. Ein weiterer (leider nie beachteter oder gar untersuchter) Wirksamkeitsnachweis der gutachterlichen Stellungnahmen für die Behandlung, für die Behandler und die Patienten könnte erfasst werden, wenn nur die Gutachter bezüglich der positiven Rückmeldungen von Behandlern auf ihre gutachterliche Tätigkeiten befragt würden. Aus diesen vorliegenden Rückmeldungen von Behandlern an den Gutachter könnte man entnehmen, wie weit gehend die gutachterlichen Stellungnahmen auch positive Wirksamkeit für die Behandlungskonzeption des Behandlers entfalten können.

- der Gutachter muss die Diagnose, die individuelle Ätiologie des Falles, den Behandlungsplan und die Prognose des Behandlers überprüfen und insbesondere eine eigene Prognose aus dieser Zusammenschau, in den genannten Verlängerungsanträgen auch mehrfach, erwägen

- in den PT RiLi und der PT-V werden u. a. folgende Aufgaben durch das Gutachterverfahren im Verlauf der Behandlung u. U. mehrfach und kontinuierlich nach Durcharbeitung des Behandlerberichtes erfüllt:

Die Prüfung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit, Humanität und Qualität der Behandlung sowie die Prüfung der Frage, ob die Behandlung ausreichend ist, erfolgt am konkreten Behandler- und Konsiliarbericht sowie an den beigelegten Kassenunterlagen und den Berichten der Vorbehandler:

- Prüfung und Entscheidung, ob eine seelische Erkrankung vorliegt
- Prüfung und Entscheidung der Indikation gemäß der Anwendungsformen
- Prüfung und Entscheidung, ob ein geeignetes Verfahren zur Anwendung kommt
- Prüfung und Entscheidung, ob die Behandlungsform geeignet ist
- Prüfung und Entscheidung, ob die geplante Behandlungsfrequenz geeignet ist
- Prüfung und Entscheidung, ob das beantragte Kontingent ausreichend und notwendig ist
- Prüfung und Entscheidung, ob die geschilderte **Einzelfalldynamik** ausreichend klar dargestellt ist
- Prüfung und Entscheidung, ob der Behandlungsplan, Diagnose, Dynamik, Zielsetzung passen
- Prüfung und Entscheidung, ob die Zielsetzung in dem beantragten Kontingent erreichbar ist
- Prüfung und Entscheidung, ob die Zielsetzung mit dem Verfahren/Methoden/Interventionen erreichbar ist
- Prüfung des Konsiliarbericht
- Prüfung der beigelegten Unterlagen des Behandlers aus ambulanten oder stationären Vor- oder Begleitbehandlungen
- Prüfung der Unterlagen, die von den Kassen beigelegt werden
- im Umwandlungs- oder Verlängerungsfall:
 - Prüfung des bisherigen Verlaufes
 - Prüfung der geschilderten Dynamik und Veränderung
 - Prüfung der Wirksamkeit des Vorgehens
 - Prüfung der weiteren Notwendigkeit
 - Prüfung der Zweckmäßigkeit des Ansatzes
 - Prüfung, ob die Behandlung ausreichend ist
 - Prüfung der Wirtschaftlichkeit des Vorgehens
 - Prüfung alternativer Behandlungsansätze
- Hinweise zur weiteren Diagnostik, Planung, Vorgehen, Dynamik, Zielsetzung, Beendigung gemäß dem jeweiligen konkreten Einzelfall
- Formulierung der Empfehlung / Ablehnung der Kostenübernahme mit geeigneten Begründungen

Für all diese bei Langzeitbehandlungen kontinuierlichen Prüfvorgänge des individuellen Fallgeschehens ist das Gutachterverfahren unverzichtbar. Vor allem sind die Entscheidungen der

Krankenkassen bezüglich der **Feststellung der Leistungspflicht und des Leistungsumfanges** gesetzlich an die Durchführung des Gutachterverfahrens und an die entsprechende gutachterliche Tätigkeit eines dazu bestellten und damit beauftragten Gutachters gebunden.

Die Bedeutung des Gutachterverfahrens als unabdingbarer Teil der vertragsärztlichen Versorgungstätigkeiten wird auch dadurch festgestellt, dass in § 13 PT-V Satz (5) verbindlich vereinbart wird: „Bestätigt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht aufgrund eines Antragsverfahrens, wird eine zusätzliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die bewilligte Psychotherapie nicht durchgeführt.“

Damit muss jede genehmigungspflichtige Psychotherapie (mit Ausnahme der KZT Befreiungen) gutachterlich geprüft werden, ohne die Stellungnahme des Gutachters an die Kasse darf keine einzige psychotherapeutische Behandlung genehmigt, bewilligt und abgerechnet werden.

Jeder einzelne und konkrete Patient hat auch damit (neben dem bereits angeführten § 16 BMV-Ä) das Recht auf die Prüfung der Anträge seines jeweiligen Behandlers durch einen damit beauftragten Gutachter.

Jeder Behandler muss daher (Ausnahme KZT Befreiung) die Aufnahme seiner Behandlung von der gutachterlichen Stellungnahme und der Kostenzusage der Kasse abhängig machen, sofern es sich um einen Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung handelt.

Dazu gibt es eine interessante Studie von Lieberz et al (2009) in denen die Fragen zu den Motiven und Hintergründen zwischen den Erst- und Verlängerungsanträgen in den analytisch begründeten Verfahren genauer untersucht wurden.

Hier bleibt festzustellen: Das Gutachterverfahren ist nicht nur ein Qualitätssicherungsinstrument sondern es ist für die gesetzlich vorgeschriebene Prüfung der Leistungspflicht der Kasse und zur Prüfung des Leistungsumfanges sowie zur Erfüllung der Pflichten der KBV und der KVen unverzichtbarer Teil der Versorgung. Zudem ist die Prüfung der Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, Humanität und Wirtschaftlichkeit des Einzelfalles allein durch denselben Gutachter bei mehreren Verlängerungsanträgen vorgeschrieben, dazu wird er primär beauftragt; die Qualitätssicherung ist unter diesen rechtlichen Aspekten auch ein wichtiger Aspekt, aber im Sinne der Pflichterfüllung der Kassen und KBV ein fachlicher und inhaltlich nachgeordnet.

3.3. Prüfung, ob das modifizierte Gutachterverfahren des TK-Modells geeignet sein kann, um die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zu gewährleisten.

Zunächst muss auf einen weiteren vernachlässigten Punkt beim beabsichtigten Vergleich der beiden Gutachterverfahren hingewiesen werden.

In der Experimentalgruppe wird es mit großer Wahrscheinlichkeit eine deutlich geringere Anzahl von Änderungsvorgaben durch die Gutachter geben. Dies ist der geänderten, vereinfachten und bereits kritisierten Änderung des Genehmigungsvorganges bei Erstbewilligungen wie bei Fortführungsanträgen zuzuschreiben.

In der Kontrollgruppe wird aber erstmalig in der Geschichte der Richtlinienpsychotherapie die konkrete Erfassung und auch Sammlung der Resultate eines Behandlers bezüglich der Bewilligung oder Ablehnung seiner Berichte möglich sein.

Da der Behandler ja nicht anonymisiert wird, laufen die Ergebnisse seiner Berichterstellungen bei dem Rechenzentrum zusammen. Allein das Wissen um diese Kontrolle wird vermutlich zu erheblich größeren Anstrengungen bei den Behandlern führen als in dem regulären Gutachterverfahren, in dem die Daten der Ergebnisse eines konkreten Behandlers gar nicht gesammelt werden können, weil nur die jeweilige Kasse informiert wird. Auch wenn immer wieder betont wird, dass dieser Aspekt nicht untersucht wird und ein bench-marking der Behandler nicht stattfinden soll, muss diese Realität berücksichtigt werden. An diesen Unterschied sollte auch dann gedacht werden, wenn man untersuchen sollte, warum in der Experimentalgruppe einzelne Behandler ihr nahezu gesamtes Behandlungskontingent mit Patienten aus dem TK-Modell gefüllt haben, während in der Kontrollgruppe weitere Anstrengungen nötig wurden (sogar finanzielle Anreize erwogen wurden), diese Gruppe überhaupt mit vergleichbaren Patientenzahlen zu füllen.

Auf jeden Fall macht auch dieser Aspekt erneut deutlich, dass die externe Validität bei dem Vergleich zwischen den beiden Gutachterverfahren so gering einzuschätzen ist, dass jede Aussage über das reale Gutachterverfahren als in hohem Maße spekulativ einzugrenzen sein dürfte.

Nach dieser Vorbemerkung soll nun das reguläre Gutachterverfahren genauer dargestellt werden.

§28 (3) im SGB V lautet: „Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte **entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. Spätestens nach den probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Abs. 6a** (Hervorhebung vom Autor) hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Arzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.“

§ 92 (1) SGB V lautet: „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; **dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, ...**“

Die Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkassen bei den psychisch Kranken kann nur durch die Krankenkassen erfolgen, diese Feststellung ist gesetzlich daran geknüpft, dass die Beurteilung der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit, der Wirtschaftlichkeit jeder konkreten Behandlung und der Frage, ob die Behandlung ausreichend ist, unter Beachtung von Satz (6a) §92 SGB V erfolgen muss:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr.1 ist insbesondere **das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln.** Die Richtlinien haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§28 Abs.3) abgebenden Vertragsarztes.“

Damit ist das Gutachterverfahren im Sozialgesetz verankert und zweifelsfrei als Teil der Versorgungspflichten den Krankenkassen, den Vertragsbehandlern, der KBV und den regionalen KVn innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung gesetzlich zugewiesen.

Die TK beansprucht, mit dem Modellvorhaben ein modifiziertes Gutachterverfahren prüfen zu wollen. Das reguläre Gutachterverfahren geht von folgenden Grundsätzen aus:

- jede Langzeitbehandlung wird gutachterlich geprüft,
- geprüft wird allein der Bericht des Behandlers vor dem jeweilig zu bewilligenden Behandlungskontingent an Hand eines komplexen und differenzierten, genau festgelegten Anforderungskataloges für den Bericht des Behandlers
- etwaige Veränderungen oder Forderungen des Gutachters beziehen sich auf den vor dem Patienten liegenden Behandlungsabschnitt,
- die Beurteilung der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit der geplanten Behandlung geschieht auf Grund der Berichterstellung des Behandlers. Bewilligung, etwaige Kritik oder Ablehnung der Behandlung beruht vorrangig auf den Einschätzungen, Planungen und Begründungen des Behandlers,
- der Patient wird nicht unmittelbar persönlich in das Begutachtungsverfahren einbezogen,
- eine Bewertung des Behandlungsverlaufes nach den Kriterien der TK findet nicht statt,
- eine direkte Triangulierung und damit Beeinträchtigung der Möglichkeit der Konfliktbearbeitung der neurotischen Konflikte durch das Entstehen von Realkonflikten zwischen Patient und Behandler soll vermieden werden.

Im TK Modellvorhaben wird stattdessen:

- jede Langzeittherapie ohne gutachterliche Prüfung bewilligt, wenn die Diagnose des Behandlers mit der Anfangsdiagnostik des Modellvorhabens übereinstimmt („Gleichzeitig entfällt damit für die allermeisten Therapien ein Gutachterverfahren bei der Aufnahme einer Langzeittherapie“ TK Projektbeschreibung S. 19)
- das modifizierte Gutachterverfahren dann ausgelöst, wenn eine Therapie beantragt wird, ohne dass die Eingangsdiagnostik eine entsprechende Indikationsstellung erlaubt und grund-

sätzlich bei den gutachterlichen Verlängerungsschritten zur Verlängerung in besonderen Fällen.

- die Bewertung des Verlaufes einzig auf Grund der Patientenangaben vorgenommen,
- mit der Bewertung versucht, direkt in den Behandlungsprozess einzugreifen

Mit der Einführung dieses „modifizierten“ Gutachterverfahrens nach den Vorstellungen der verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Wissenschaftler auch für die psychoanalytisch begründeten Behandlungen werden zentrale Wirkfaktoren bedroht oder gefährdet.

Die direkte Einbeziehung der Patienten und die Bedeutung dieser Einbeziehung müsste intensiver dahingehend diskutiert werden, ob durch eine darauf basierende negative Konsequenz seitens der Gutachter der Patient in seiner neurotischen Konfliktverarbeitung unzulässig stabilisiert werden könnte („ich bin auch an der Ablehnung selbst schuld“).

Grande und Rudolf haben diese Fragestellung ausführlich untersucht und kommen zu einem entsprechenden Urteil: „1. Das beschriebene Monitoring erscheint wissenschaftlich und klinisch nicht ausreichend begründet und daher für die gutachterliche Einschätzung von Behandlungsindikation und Behandlungsumfang ungeeignet.“ ... „4. Der Anspruch auf ein „Neues Gutachterverfahren“, lässt sich in einem solchen Projekt nicht verwirklichen, zumal die Klage über die Ineffektivität des alten Gutachterverfahrens als Polemik imponiert, die sachlich nicht begründet werden kann. Erst kürzlich wurde das bestehende Gutachterverfahren evaluiert und seine Effizienz für die Qualitätssicherung in der Psychotherapie belegt. (Rudolf et al 2002a, 2002b, 2003).“ (Grande und Rudolf 2003).

Ein Gutachterverfahren, das nicht nur die Qualität nicht erfassen kann, sondern deren Bewertungen auch häufig in unkontrollierbarem Umfang falsch sind, ist jedoch neben den oben angeführten Unterschieden sicher kein modifiziertes Gutachterverfahren mehr, sondern ein, wie in der TK Projektbeschreibung auch zu Recht an anderer Stelle angegeben, ein „neues“ Verfahren.

Die Verantwortung, die psychoanalytische Gutachter in bisherigem Umfang für ihre Tätigkeit in der Prüfung der Qualität der Behandlerberichte zu übernehmen hatten, kann im neuen Verfahren unter den genannten Bedingungen nicht übernommen werden.

Wenn im gegenwärtigen Gutachterverfahren etwa 4% der psychoanalytisch begründeten Behandlungen abgelehnt und etwa 10 % von den Gutachtern verändert werden, handelt es sich um etwa 19880 Behandlungen, die jährlich nach Auffassung der Gutachter verändert werden müssen.

Die TK hat an keiner Stelle Argumente dafür vorgelegt, wie sie mit dieser hohen Zahl umzugehen trachtet, wie sie (mit der neu auf den Patienten verlagerten Verantwortung für die Bewilligung der Behandlungsfortsetzung) sicherstellen will, dass diese erhebliche Anzahl an notwendig erachteten Veränderungen überhaupt erfasst werden soll.

Auch hier zeigt sich ein weiteres unbedacht gebliebenes Qualitätsrisiko des TK Modells.

Völlig ungeklärt erscheint die Bedeutung der probatorischen Sitzungen. Sie werden durch die Abrechnungsrealität der KVen ebenso wie der Bericht an den Gutachter sehr schlecht bezahlt. Das hat zu der schlimmen Entwicklung geführt, dass die Durchführung der probatorischen Sitzungen sehr selten in dem zur Indikationsstellung und Differentialindikationsstellung zwischen TP und AP notwendigen Umfang erfolgt.

Es ist zu befürchten, dass mit der Umsetzung des TK-Modells die probatorischen Sitzungen weiter gekürzt werden, weil den Patientenselbsteinschätzungen, wie vorher vielfach aufgezeigt, eine völlig unzulässige Bedeutung für den Bewilligungsvorgang zugewiesen wird. Hier treffen mögliche Interessen der KV auf die Interessen der TK, die allerdings nicht berücksichtigen, ob im TK-Modell die Frage, ob die beantragten TP-Patienten möglicherweise eine analytische Behandlung benötigen, oder umgekehrt, überhaupt nicht geprüft oder entschieden werden kann, weil das dazu notwendige Datenmaterial im Kurzbericht des Behandlers nicht abgefragt werden kann.

Es scheint zum Beschleunigungszwang zu gehören, dass die Fragen der ausreichenden Behandlung durch das modifizierte Gutachterverfahren weder vom Behandler dargestellt werden muss noch vom Gutachter in irgendeiner plausiblen Weise geprüft werden kann, es sei denn, er fordert entsprechende Angaben vom Behandler an.

In § 12 der PT-V vereinbaren die Vertragspartner: „Das Gutachterverfahren dient dazu, festzustellen, ob die in den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und in dieser Vereinbarung niedergelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Psychotherapie-Verfahren nach den Richtlinien anerkannt und im **konkreten Behandlungsfall** indiziert ist und ob **die Prognose** einen **ausreichenden Behandlungserfolg** (Hervorhebung Autor) erwarten lässt.“

Auch eine fachlich vertretbare Prüfung der Prognose erscheint in dem nahezu kastrierten Bericht des Behandlers an den Gutachter im modifizierten Gutachterverfahren unmöglich durchführbar.

Zusammenfassend lässt sich also aufzeigen, dass die Forderung nach Sicherstellung der Zweckmäßigkeit, der Notwendigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Frage, ob die Behandlung ausreichend ist und ob die Prognose eine Behandlungsgenehmigung ermöglicht, im modifizierten TK-Modell Gutachterverfahren weder bei der Prüfung der Erstanträge noch bei denen der Verlängerungsanträge erfüllt wird. Damit öffnen sich unübersehbare gesetzliche Fragen zur Transparenz und zur Informationspflicht der Patienten.

3.4 Ausblick für Änderungen oder Modifikationen des regulären Gutachterverfahrens

Im TK-Modell selbst wird von einem modifizierten Gutachterverfahren gesprochen, an anderen Stellen (Therapeuteninformation) von einer Alternative zum bestehenden Gutachterverfahren. Diese kleinen Unterschiede lassen schon die Spielräume erahnen, um die es bei unterschiedlichen Interessenlagen der verschiedenen Gruppen gehen dürfte. In der wünschenswerten Klarheit benennt es nach intensiven Gesprächen mit der TK eine derjenigen Psychothera-

peutinnen, die letztlich das Projekt befürwortet und die Teilnahme empfohlen hat. Sie schreibt in der Ausgabe 4/2005 des bvvp Magazins auf Seite 15: „Das TK-Modell war in seiner ursprünglichen Konzeption nur an einer „Verbesserung der Wirtschaftlichkeit“ in der Psychotherapie interessiert. Ziel war die Abschaffung des Gutachterverfahrens, das angeblich zu kostenintensiv und manipulierbar sei. Stattdessen sollte über ein weitaus manipulationsanfälligeres „Qualitätsmonitoring“ der Einstieg in die direkte Kontingentbewilligung durch die Krankenkassen und die Aufhebung der festen Therapiekontingente eingeleitet werden, die für Therapieplanung und Rahmen für die Therapeut-Patienten-Beziehung unverzichtbar sind. Psychotherapie wäre zum rein symptomorientierten, computergesteuerten Schnelldurchlauf verkommen. Der wirtschaftliche Gesamtschaden, der durch unzureichende Behandlung mit allen Folgekosten eintreten würde, wäre ungleich größer, ganz abgesehen von dem psychischen Elend der Patienten“ (Simon 2005).

Das Gutachterverfahren bezieht aus fachlichen und humanen Gründen (§ 70 SGB V Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit) explizit den konkreten Patientenkontakt des Gutachters zum Schutz des Patienten nicht mit in das Prüfverfahren ein und darf dies aus fachlich - humanen Aspekten auch nicht tun:

Zentral ist die Sorge, dass jede direkte Patientenmitbeteiligung immer eine Triangulierung (Patient, Behandler, Gutachter) in der Kommunikation bedeuten würde. Gerade seelisch erkrankte Menschen bedürfen oft einer dualen Kommunikationsstruktur (Patient, Behandler); dies insbesondere dann, wenn ein Antrag komplett abgelehnt oder aber gekürzt wird (etwa 14 % aller Anträge werden entweder abgelehnt oder gekürzt), muss der Patient unbedingt davor geschützt werden, dass die Ursache für die Ablehnung ihm in irgendeiner (wenn auch phantasierter) Form zugewiesen werden kann.

Deshalb darf es keinen unmittelbaren Kontakt zwischen dem Gutachter und dem Patienten geben, hier ist erneut der Bezug auf die Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse für die Behandlung seelisch Kranker in § 92 (1) SGB V herzustellen. Es muss sichergestellt sein, dass kein Behandler im Ablehnungsfall direkt oder indirekt die Möglichkeit erhält, die Ablehnung seines Antrages ursächlich dem Patienten zuzuweisen.

Sollten direkte Patientendaten in das Gutachterverfahren integriert werden, dann wäre zwingend dafür Sorge zu tragen, dass dieser Aspekt ausgeschlossen sein muss, um den seelisch erkrankten Patienten vor unzutreffenden Kausalitäten, die sein Krankheitsbild verschlechtern können, sicher zu schützen.

Insbesondere die nicht anonymisierte Rückmeldung der Patientenangaben, die dieser möglicherweise einem Gutachter gegenüber abgeben könnte, dürfte nicht an den Behandler zurückgeleitet werden, da sonst eine reale Verwicklung einer triangulierenden Situation real entsteht, in der die Durcharbeitung der für psychoanalytische Verfahren bedeutsamen Triangulierungserfahrungen unmöglich machen dürfte, weil hier zwischen Phantasie und Neurose, zwischen Realität und realer Auswirkung und Beeinflussung nicht mehr unterschieden werden kann. Auf dieser Basis kann dann keine Deutung sinnvoll wirksam werden.

Genau diese Perspektive des Patientenschutzes greifen die Autoren des Kommentars Psychotherapie-Richtlinien auf:

„Lehnt die Kasse den Antrag des Patienten ab, teilt sie dies dem Versicherten und dem Therapeuten mit. Häufig klagen Psychotherapeuten darüber, dass eine ablehnende Mitteilung an den Patienten von diesem als traumatisch belastend erlebt wird, mit der entsprechenden Auswirkung auf die therapeutische Situation. Wenn diese Belastung aus kassenrechtlichen Gründen auch unvermeidbar ist, so müsste der Therapeut doch erwägen, wie weit er den Patienten einbeziehen muss, solange die Entscheidung noch offen ist und eine Korrespondenz mit dem Gutachter geführt wird. **Dies ist umso notwendiger, als manche Ablehnung nicht die Indikation an sich betrifft, also den seelischen Zustand des Patienten selbst, sondern vielmehr Probleme des Behandlungsplanes des Therapeuten und seiner ätiologischen Erörterung des Falls** (Hervorhebung Autor). Es ist in diesen Fällen ein Gebot der humanitären Rücksichtnahme, den Patienten zu schonen und ihn nicht wegen einer fraglichen Behandlungswürdigkeit seiner Erkrankung zu verunsichern, sondern zu seiner Entlastung die Erörterung des fachlichen Problems - soweit möglich - in Klausur mit dem Gutachter zu führen“ (Rüger, Dahm, Kallinke 2009 S. 89).

Nach all diesen Ergebnissen ist die mögliche Entwicklung des Gutachterverfahrens ein durchaus kompliziertes und in der notwendigen fachlichen Besonnenheit und unabhängig von den Interessen der beteiligten Krankenkassen oder Verlagen durchzuführendes Anliegen.

6. Abschnitt

Zur Prüfung der Erhebungs- und Evaluationsbögen und den Forderungen nach einer Ergänzung der bereits vorgelegten Prüfvorgänge des TK-Modells

Die bereits vorgelegten weiteren Prüfunterlagen und die Evaluationsbögen nach Beendigung der Behandlungen an Patienten und Behandler lassen befürchten, dass die geschilderten Konfliktfelder darin wieder nicht erfasst werden können und damit auch nicht untersucht werden. Deshalb sind mehrere Ergänzungen aus Sicht einer psychoanalytischen Fachgesellschaft notwendig.

Um auszuschließen, dass die geschilderten Probleme mit der Objektivität die Ergebnisse erneut beeinträchtigen könnten, ist eine gesicherte Anonymisierung zwingend erforderlich:

Das heißt, dass durch geeignete Versendungs- und Verarbeitungsvorgänge sicher zu stellen ist, dass weder Behandler noch Patienten nach der Beantwortung der folgenden Fragen identifiziert werden können, um die Sicherheit zu gewährleisten, dass ihnen daraus keine Nachteile entstehen können. Auch muss den Patienten zugesichert werden, dass der Behandler keine Rückmeldung über die Patientenangaben erhält. Nur so sind wahrhaftige und damit brauchbare Antworten zu erwarten.

Zunächst muss die Frage nach Klärung der Repräsentativität der Behandler ergänzt werden. Durch eine weitere Erhebung im TK-Modell durch Vergleich mit einer anderen zufällig gezogenen Stichprobe von Behandlern, die nicht am TK-Modell teilnahmen, soll die externe Validität geprüft werden. Zur Klärung der Prüfung der externen Validität (hier: die Repräsentativität der Behandler für die benannten Verfahren) sind nur dann aussagekräftige Antworten aus dem Therapeutenbogen möglich, wenn Änderungen an folgender Stelle vorgenommen werden wird:

Im normalen Therapeutenbogen wird unter Punkt 2 nach der Aus- und Weiterbildung der am TK-Modell teilnehmenden Behandler gefragt. Hier werden sechs verschiedenen Verfahren durch einfaches Ankreuzen abgefragt, in denen die Behandler ausgebildet sind.

Unabhängig von der Frage, wieso und wozu in dem Modellvorhaben andere als die Richtlinienverfahren explizit benannt und untersucht werden sollen, muss folgendes Konfliktfeld bedacht werden:

Diese Form der Klärung der Aus- und Weiterbildung ist deshalb sehr umstritten, weil nicht danach gefragt wird, ob eine Ausbildung begonnen, abgebrochen oder abgeschlossen wurde und wo sie wann abgeschlossen wurde. Dieser Unterschied ist deshalb so bedeutsam, weil der Begriff der Ausbildung völlig undefiniert ist. Diese Klärung ist im TK-Modell wegen der erfolgten Approbation der Behandler prinzipiell zur Genehmigung der Behandlung nicht wichtig. Sie ist nur dann wichtig, wenn die Frage untersucht werden soll, ob diese Behandler für die genannten Verfahren als repräsentativ gelten können.

Dieser Umstand wurde durch die Genehmigungspraxis aller staatlichen Beihilfestellen für die Anerkennung von psychotherapeutischen Leistungen zu Lasten der Beihilfe bereits folgendermaßen geklärt:

Die Angabe eines Kreuzes bei einer „Ausbildung“ in einem Verfahren reicht hier nicht aus, stattdessen müssen folgende drei Fragen beantwortet werden:

An welchem Ausbildungsinstitut haben Sie eine Ausbildung in dem genannten Verfahren abgeschlossen?

Ist dieses Ausbildungsinstitut nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes als staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut zugelassen, oder war es vor der Verabschiedung durch die KBV als sozialrechtlich anerkanntes Ausbildungsinstitut zugelassen?

Wann haben Sie ihre Ausbildung an diesem Institut abgeschlossen?

Nur wenn diese drei Fragen beantwortet werden, kann über die Repräsentativität der Behandler für die Verfahren entschieden werden. Es ist nicht akzeptabel, wenn ein teilnehmender Behandler im Rahmen der Nachqualifikation die Approbation erhielt, aber nicht über eine komplette Ausbildung verfügt, in der insbesondere die notwendige Selbsterfahrung durchgeführt wurde, als Repräsentant für die Verfahren anerkannt wird. Der Grund dafür ist, dass die gesicherte Erfüllung der geschilderten Qualitätsmerkmale der Verfahren und die Anwendung der Kompetenzfaktoren der Behandler, die im ersten Kapitel ausführlich dargestellt wurden, nur nach Abschluss einer vollständigen Ausbildung an einem dazu anerkannten Institut als gesichert gelten kann. Diese Ergänzung ist auch dann notwendig, wenn alle (auch die psychoanalytischen) Verbände im Rahmen der Übergangsregelungen die eingeschränkten Erfahrungen aus der Nachqualifikation als ausreichend für die Übergangsqualifikation ausdrücklich akzeptiert haben.

Nach der Prüfung dieser Angaben kann sehr einfach festgestellt werden, wie viel Prozent der Teilnehmer über eine abgeschlossene Ausbildung an einem dazu anerkannten Institut verfü-

gen und damit die für die Anerkennung der Repräsentativität zu fordernde Strukturqualität nachweisen.

Bei den Evaluationsbögen, die von den Patienten anonymisiert ausgefüllt werden sollen, müssen folgende Fragen ergänzt werden:

1. Hätten Sie an dem Modellvorhaben teilgenommen, wenn Sie vorher darüber informiert worden wären, dass die Bewertungen der Qualität ihrer Behandlung, die an den Behandler und an Sie abgegeben wurden, sehr häufig und in unkontrolliertem Umfang falsch sind?
2. Hatten Sie während der Behandlung den Eindruck, dass die Bewertungen (z.B. „Erfolgreicher Verlauf! Therapieende erscheint angemessen“ oder „Guter Verlauf! Bitte Therapieende in Betracht ziehen) die Behandlungen dahingehend beeinflussten, dass die Behandlung schneller verlaufen oder beschleunigt werden sollte?
3. Konnten Sie bei diesen Bewertungen einen direkten oder fühlbaren Zusammenhang mit Ihrem Anteil an der Behandlung herstellen?
4. Hätten Sie die Behandlung gerne länger durchgeführt?
5. Gibt es heute noch Sie belastende Themen, die noch nicht ausreichend besprochen werden konnten?
6. Hatten Sie den Eindruck, dass ihr Behandler durch diese Bewertungen beeinflusst wurde und haben Sie sich mit ihm darüber auseinandergesetzt oder haben Sie nicht darüber gesprochen?
7. Hätten Sie an dem Modellprojekt teilgenommen, wenn Sie darüber informiert worden wären, dass in der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie wesentliche Wirkfaktoren dieser Verfahren dadurch negativ beeinträchtigt werden?
8. Hätten Sie an dem Modellprojekt teilgenommen, wenn Sie gewusst hätten, dass durch das modifizierte Gutachterverfahren nicht mehr die Behandlungsplanung und das Verständnis ihres Behandlers bezüglich ihrer persönlichen Erkrankung geprüft wurde, sondern vorrangig ihre Angaben aus den Selbsteinschätzungsfragebögen für die Bewilligung ihrer Behandlung ausreichten?
9. Hatten Sie den Eindruck, dass die Besprechung der Bewertungen mehr den Interessen ihres Behandlers galt als ihrem Erleben?
10. Konnten Sie mit der Bewertung: „Bisher keine bedeutsamen Veränderungen“ einen direkten oder fühlbaren Zusammenhang mit Ihrem Anteil an der Behandlung herstellen?
11. Konnten Sie mit der Bewertung: „Negative Entwicklung!“ einen Zusammenhang mit Ihrem direkten oder fühlbaren Anteil an der Behandlung herstellen?
12. Wurden Sie zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Behandlung über die Kritik aller psychoanalytischen Fachgesellschaften an diesem Modellvorhaben informiert?

13. Im regulären Gutachterverfahren stehen Ihnen 5-8 probatorische Sitzungen zu. In diesen Sitzungen soll u.a. vor der Antragsstellung geprüft werden, ob Therapeut und Patient zueinander passen; dazu soll ein kurzer Prozess von einigen Wochen erprobt werden. Halten Sie diese Probephase für sinnvoll, um ihre Wahl des Behandlers mit zu bestimmen, oder wollen Sie, dass der Behandler diese Entscheidung allein fällt?

14. Wie viele probatorische Sitzungen vor Behandlungsbeginn hatten Sie?

Nur wenn diese Fragen mit in die Evaluation aufgenommen würden, könnten tatsächlich brauchbare Schlüsse aus der Evaluation gezogen werden. Ohne diese kritischen Fragen werden die Ergebnisse der Auswertung der vorliegenden Fragen vorhersehbar den Intentionen der Forschergruppe entsprechen.

Eine entsprechende, ebenfalls anonymisierte Befragung der Behandler wird aus nachvollziehbaren Gründen nicht gefordert, könnte aber sehr wohl einer offeneren Diskussion dienen.

Kapitel 3

Prüfung der Frage: Erfüllt das TK Modell die im SGB V vorgeschriebene Forderung nach humaner Krankenbehandlung?

1. Ist eine unkontrollierbar sehr häufige Falschinformation der Patienten und Behandler während der laufenden Behandlung über den tatsächlichen Behandlungsverlauf hinnehmbar?

Aus psychoanalytischer Sicht ist es unzulässig, wenn Aussagen über die Qualität einer konkreten Behandlung abgegeben werden, obwohl die Qualität nachweislich gar nicht erfasst wird. Gänzlich unakzeptabel ist die unkontrollierbar, sehr häufige falsche Rückmeldung über den Behandlungsverlauf, der, wie belegt, in beide Richtungen falsch sein wird.

Gerade weil diese Rückmeldung als absichtsvoll eingebrachter Wirkfaktor Wirkung erzielen soll muss bedacht werden, dass ein falscher Wirkfaktor auch falsche Wirkung bewirken kann. In jeder Forschung entstehen Fehler, die aber bei einem guten Forschungsdesign zumindest im Ansatz auch gesucht werden. Die nachgewiesene Fehlerhaftigkeit der Norm für die Bewertungen in den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren lässt ein Erkennen oder gar eine Korrektur der Fehler nicht zu.

Das TK Modell ist mit einem vermutlich ungewollten Immunisierungsschutz gegen Falsifikationsnachweise ausgestattet worden. Gerade Patienten einer Psychotherapie leiden, im Gegensatz zu den meisten somatisch Erkrankten an der Schwierigkeit, sich selbst nicht verstehen zu können, sich nicht realistisch mit der Umwelt, sich oft weder aggressiv und abgrenzend auseinandersetzen zu können, noch sich vertrauensvoll abhängig machen zu können.

Eine externe Fehlinformation über den Behandlungsverlauf dieser in ihrer Informationsverarbeitung und Realitätseinschätzung erkrankten Patienten ist deshalb nicht hinnehmbar, weil die Fehlerhaftigkeit von Patienten nicht erkannt werden kann.

Deshalb besteht hier eine besondere Verantwortung für Fachkundige, offensiv Stellung zu beziehen.

Eine Fehlbewertung in einer psychoanalytisch begründeten Behandlung ist, anders als in der Verhaltenstherapie, nicht nur eine Fehlinformation, die eben kognitiv schnell wieder korri-

giert werden kann. Eine Fehlbewertung wird, unabhängig von der Unmöglichkeit, dass das Apparatzentrum im nach hinein seinen Fehler überhaupt erkennen kann, immer auch die Abwehrseite des Patienten stärken und damit die Heilung behindern. Die Vertrauensneubildung wird erneut behindert.

Besonders gravierend ist der Umstand, dass die Fehlbewertungen den Patienten vorhersehbar mit der Entwertung: „Negative Entwicklung!“ treffen werden, wenn er sich, psychoanalytisch betrachtet, in einem hilfreichen Destabilisierungszustand befindet. Eine derartige Fehlbewertung ist als schwerwiegender Behandlungsfehler vermutlich auch juristisch zu hinterfragen. Jeder Behandler akzeptiert mit der Teilnahme am TK Modell implizit, dass eine externe Beurteilungsstelle den Behandlungsverlauf offensichtlich besser bewerten kann als er selbst. Vor allem dadurch, dass er die externe Bewertung als Wirkfaktor in den laufenden Therapieprozess wünscht (unabhängig davon, ob der Patient auch informiert wird oder nicht), wird die Bedeutsamkeit der dualen Beziehungsgestaltung durch diese Triangulierung für viele Patienten gefährdet oder zerstört.

Zur Entwicklung einer Triangulierungskompetenz bedürfen viele Patienten zunächst eines längeren Zeitraumes in der dualen Beziehung. Die Zwangstriangulierung im TK Modell besteht im regulären Gutachterverfahren nicht; weil der Patient im TK Modell aber durch die Gewichtung seiner Angaben für die Genehmigung der Erst- und Verlängerungsanträge massiv mit in die Verantwortung für etwas gezogen wird, für das er nicht verantwortlich sein kann (die Behandlungsqualität), ist dieses Vorgehen unzulässig.

2. Der Bewertungsvorgang gefährdet oder zerstört unkontrollierbar wesentliche psychoanalytisch begründete Wirkfaktoren

Es wird im Folgenden untersucht, ob die vielfache externe Bewertung, auch unabhängig von der bereits nachgewiesenen Fehlerhaftigkeit, die Wirksamkeit wesentlicher, für psychoanalytisch begründete Behandlungen unverzichtbarer Wirkfaktoren gefährdet, belastet oder gar zerstört:

Durch externe Bewertungen werden folgende Qualitätsmerkmale und Merkmalswerte beeinträchtigt:

1. Die mehrfachen externen Bewertungen gerade zu Beginn der Behandlung gefährden, behindern oder zerstören den Aufbau eines stabilen, vertrauensvollen und bedeutsamen therapeutischen Arbeitsbündnisses. Dies insbesondere, wenn die Bewertungen, wie belegt, häufig falsch sein werden.
2. Der Aufbau einer dualen Beziehungsstruktur wird durch diese Art der externen und eingreifenden Triangulierung gefährdet. Viele Patienten sind nicht in der Lage, eine derartig konflikthafte Triangulierung mit (falscher) externer Beeinflussung angemessen zu verarbeiten. Das reguläre Gutachterverfahren greift vorrangig in die Behandlungsplanung des Behandlers ohne Patientenmitverantwortung vor dem jeweiligen Behandlungsabschnitt ein.
3. Die Entwicklung der Übertragung und Gegenübertragung wird sicher aber völlig unkontrollierbar verändert und entzieht sich einer fachgerechten Bearbeitung.
4. Der sichere Rahmen ist zur Unterscheidung zwischen Realkonflikt und neurotischem Konflikt unverzichtbar. Das Auftauchen oder die Förderung von realen Konflikten zwischen Behandler und Patienten wird vor allem durch die falschen Bewertungen von außen induziert, eine Bearbeitung der Unterschiede zwischen Realkonflikten und den neurotischen Konflikten

teilen wird dadurch erheblich erschwert oder gar verhindert, weil der Patient nicht mehr damit zu konfrontieren sein wird, dass Konflikte im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen aus seiner unbewussten Struktur entstanden sind. Realkonflikte gefährden die Bearbeitung der unbewussten neurotischen Konflikte vor allem dadurch, dass sie die Abwehr, den Widerstand und die ubw. Überkompensation z.B. durch die Besonderungswünsche des Patienten stabilisieren können.

5. Durch das Zulassen von externen Bewertungen (unabhängig von ihrer Richtigkeit oder Fehlerhaftigkeit) akzeptiert der Behandler die Aufhebung des Prinzips der Neutralität im Behandlungsprozess und gefährdet, minimiert oder zerstört damit einen unverzichtbaren Wirkfaktor.

6. Die Übernahme der Verpflichtungen in den Verträgen führt ebenso zur Belastung des Neutralitäts- und Abstinenzgebotes, weil hier die zu befürchtenden Wünsche der teilnehmenden Behandler nach Änderung des Gutachterverfahrens überhaupt nicht ausgeschlossen wurden.

7. Der einzige Wert des einzigen Qualitätsmerkmals des TK Modells vor der Änderung der Bewertungen impliziert, dass nur eine schnelle symptomatische Verbesserung in der Selbstbeschreibung des Patienten als gut bewertet werden kann. Damit wird der Wirkfaktor Zeit, der in den psychoanalytisch begründeten Therapien wegen seiner Bedeutung für die Entwicklung und Reifung des Patienten, aber auch für den notwendigen Aufbau einer therapeutisch bedeutsamen Beziehung in seiner Wirksamkeit unkontrollierbar intensiv gefährdet oder geschädigt. Ebenso werden die Höhe der Frequenz und die damit verbundene Intensivierung des Behandlungsprozesses als Wirkfaktor unkontrollierbar beeinträchtigt oder gefährdet.

In der Auswertung des TK Modells ist bereits jetzt festgelegt, dass alle diejenigen Behandlungen als ineffektiv oder weniger effektiv bewertet werden müssen, die mit verfahrensspezifischer Begründung länger oder mit höherer Frequenz durchgeführt werden, weil eben nur die Veränderung der Patientenselbstbeschreibungen und nicht die verfahrensspezifischen Qualitätsmerkmale und ihre Werte erfasst werden.

Da aber die vorliegende empirische Forschung längst belegt hat, dass sich das Untersuchungsmerkmal „Patientenselbstbeschreibung“ als schnellstes Merkmal in beinahe jeder Form von Psychotherapie verändert, werden diejenigen Verfahren, die andere, weitaus schwieriger zu erreichende Behandlungsziele anstreben, im TK Ergebnis mit Sicherheit schlechter bewertet werden, da eben das „Eigentliche“ der verfahrensspezifischen Qualität überhaupt nicht untersucht wird.

Diese Angst vor schlechter Bewertung mit möglichen Folgen für die von Kassen finanzierten Behandlungen wird vermutlich (jedoch nicht kontrollierbar) zu bewussten und unbewussten Anpassungen von Behandlern und Patienten führen.

2.1. Vier ethische Prinzipien in der Psychoanalyse und ihre Gefährdung

In der bereits vorgestellten Zusammenstellung der ethischen Prinzipien in der Psychoanalyse (Ehl, Helbing-Tietze, Lücking, Pollmann, Ruff, Wrage und Zinke 2005) beziehen sich die Autoren (Mitglieder des Vertrauensanalytiker-Gremiums der DPG) auf das Vier-Prinzipien-Modell von Beauchamp und Childress (1989). Diese vier ethischen Prinzipien sind in Wertentscheidungen begründet, sie werden als vier Grundsätze definiert:

1. des Respekts (Achtung) vor der Autonomie
2. des Sorgens und der Hilfestellung

3. der Schadensvermeidung

4. der guten Passung.

Das Einbringen von externen (häufig falschen) Bewertungen als Wirkfaktor verstößt gegen jedes der vier Prinzipien.

2.1.1. Die Gefährdung des Respekts (Achtung) vor der Autonomie

Im TK Modell wird dem Umstand, dass der Patient in dem therapeutischen Arbeitsbündnis letztlich selbst zu entscheiden hat, welche Ziele er anstrebt, welche Methoden er bevorzugt und welche Themen, Schwerpunkte er setzt, nicht gerecht. Der Patient wird durch die einseitige Beeinflussung in Richtung der beschriebenen Kürzung und der Konzentration auf die Änderung seiner Selbstaussagen gefährdet.

Die intensiv in eine Richtung drängende Bewertung engt bei denjenigen Patienten, die eine Psychotherapie brauchen, um überhaupt eine realitätsangemessene Autonomie entwickeln zu können, den Raum zur Entwicklung künstlich ein.

Die externen, letztlich anonymen Bewertungen selber gefährden die Entwicklung und den Aufbau von autonomen Bewertungsfähigkeiten des Patienten. In den üblicherweise an Emanzipation, gerade und auch vom Behandler orientierten psychoanalytisch begründeten Behandlungen wirkt die Außenorientierung an einem sogenannten Trust Center als möglicherweise behandlungsbedürftiger Rückfall in infantile Abhängigkeitswünsche für Behandler wie für Patienten, die letztlich die Bewertung der Qualität ihrer Kooperation von einer Außenstelle abhängig machen sollen.

Wenn nur die beiden an der Therapie beteiligten Personen letztlich alleinverantwortlich die Selbstdefinition und Selbstbestimmung ihrer Ziele vornehmen können, dann muss nach der psychoanalytischen Behandlungslehre der Patient und die zu schützende Konzentration auf die Innenwelt des Patient, die sich nur im dualen Beziehungsgefüge entfalten kann, die absolute Priorität erhalten.

Die aggressive - fordernde ursprüngliche Bewertung des Trust Centers führt zu einer unvermeidbaren Beschäftigung mit den Urteilen. Deshalb wird die zunächst verpflichtend eingeführte und später ohne Begründung aufgehobene Information des Patienten als externer und den inneren Prozess des Patienten störender Einfluss abgelehnt. Diese erzwungene, von keinem Patienten bisher gewünschte, mit keinem Patientenverband abgesprochene Modellkonzeption führt zu einer erzwungenen Außenorientierung, weil die Bewertungen mit direkten Folgen für die Bewilligung verknüpft sind.

Wenn die je spezifische therapeutische Beziehung auch in ihrer Autonomie schutzbedürftig ist, diese These sei hier aufgestellt, dann gefährdet das TK Modell die Autonomie der Beziehung sowohl inhaltlich als auch in der Bewertungsmacht.

Der Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat diese Gefahr erkannt, er hat dazu zwei bedeutsame Empfehlungen erarbeitet.

-„Das Leitbild des mündigen, informierten und in seiner Würde und Autonomie respektierten Patienten muss gewahrt werden“ (Sachverständigenrat 2000/2002, S. 58).

Wenn, wie im TK Modell, jeder Behandler und Patient mit den gleichen externen Bewertungen, die nur auf einem Qualitätsmerkmal und einem Wert (schnelle Veränderung in der Patientenselbstbeschreibung) beruhen, konfrontiert wird, dann wird die Autonomie und die Würde nicht respektiert. Nicht nur weil, wie bereits belegt wurde, diese Bewertungen an sich un-

zulässig sind, oder weil sie, wie belegt wurde, vorhersehbar in unkontrollierter Weise unzutreffend falsch sind, sondern weil sie eben nicht erfassen können, wann ein Patient unter welchen Bedingungen mehr Zeit für seine Behandlung benötigt.

-„Aus der Sicht des Rates sind ein Großteil der Kritik und der Vorwürfe gegenüber der evidenzbasierten Medizin auf grundlegende Missverständnisse gegenüber den Zielen und Methoden dieses Ansatzes zurückzuführen. Dies gilt u.a. für die Reduktion der evidenzbasierten Medizin auf das Trivialpostulat einer wissenschaftlich fundierten Medizin oder eine „Lehre der Evidenzklassen“ sowie für den Vorwurf des Szientismus im Sinne eines absoluten Gültigkeitsanspruches von externer wissenschaftlicher Evidenz. Diese Auffassungen werden der zentralen Zielsetzung der evidenzbasierten Medizin, die beste verfügbare Evidenz mit der klinischen Erfahrung des Arztes und den Präferenzen des Patienten zu verbinden, nicht gerecht. Gerade die Anwendung der evidenzbasierten Medizin hat verdeutlicht, dass eine ausschließlich auf externe wissenschaftliche Evidenz gründende ärztliche Entscheidungsfindung den komplexen Anforderungen einer auf das Individuum eingehenden Patientenversorgung nicht gerecht wird“ (Sachverständigenrat 2000/2002, S.65).

Das hier geforderte Gerechwerden der Behandlung bezüglich der Komplexität der Erkrankung und der Individualität des Patienten wird im TK Modell nicht erfüllt. Es gibt im ursprünglichen Bewertungsvorgang konzeptuell keine Möglichkeit, mit der eine andere Bewertung als „schneller“ oder wenn nicht „negativ“ vorgesehen ist.

Das Prinzip der Beachtung und Förderung der Würde und Autonomie -sowohl des Patienten als auch des Behandlers- ist im TK Modell nachweisbar missachtet und gefährdet.

2.1.2. Die Gefährdung des Prinzips des Sorgens und der Hilfeleistung

Dieses Prinzip wird im TK Modell dadurch gefährdet, dass die bereits genauer dargestellten Wirkfaktoren der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Therapie in den Untersuchungsgruppen nicht nur gefährdet, sondern zum Teil zerstört werden.

Diese gefährdeten Wirkfaktoren sind:

Der sichere Rahmen der Behandlung, die individuelle und ungestörte Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene, die Beeinträchtigung der Möglichkeit der Bearbeitung der unbewussten neurotischen Konflikt- und Strukturanteile wegen der gewollten externen Beeinflussung und den daraus entstehenden Realkonflikten, die eine Trennung von der Bearbeitung der neurotischen Konflikte unmöglich macht. Die Aufhebung der Neutralität des Behandlers ist unzulässig.

Das Prinzip des Sorgens und der Hilfeleistung ist im TK Modell nachgewiesen gefährdet.

2.1.3. Die Gefährdung des Prinzips der Schadensvermeidung

Das Prinzip der Schadensvermeidung wird im TK vielfach gefährdet:

Der durch die Bewertungen entstehende Schaden wird entweder negiert oder bagatellisiert. Einerseits sollen die Bewertungen einen zentralen Wirkfaktor ausmachen, andererseits wird in Diskussionen der Eindruck erweckt, dass mögliche falsche Bewertungen doch keinen gravierenden Einfluss hätten. Schließlich könnten Behandler und Patienten diesen Fehler leicht verarbeiten. Diese Sicht dient dem Versuch der Verschleierung des Gefährdungspotentials, der die Bewertungen untrennbar begleitet.

Dazu ist zu kritisieren:

1. Die Untersucher der TK sollten sich entscheiden, ob der Wirkfaktor: Bewertende direkte Beeinflussung konzeptionell als bedeutsam anerkannt wird oder nicht. Wenn er als bedeutsam konzipiert wird, wie es getan wird, dann muss auch sein Gefährdungspotential als bedeutsam zu reflektieren sein.

2. Wenn als Basis der Psychoanalyse die Anerkennung der Existenz des Unbewussten und seiner Verarbeitungsformen vollzogen wird, dann kann nicht ernsthaft behauptet werden, man könne in einer sozial derart bedeutsamen Situation wie einer Psychotherapie ausschließen, dass durch die Bewertungen Schaden ausgelöst wird. Die bewusste, vorbewusste und unbewusste Verarbeitung des Patienten wird immer entsprechend seiner bisherigen Erfahrungen und auch unbewussten Motiven entsprechend erfolgen. Bewertungen eines selbst mitgestalteten Behandlungsprozesses werden immer eine entsprechende Bedeutung für Behandler und Patient haben. Je unreifer die Person ist, umso bedeutsamer wird die externe Bewertung sein, je reifer die Person ist, vermutlich umso weniger bedeutsam. Daher gilt es anzuerkennen, dass die Bewertungen in der intrapsychischen Bedeutungsgebung des Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gerade bei denjenigen Patienten die Selbstbewertungstendenzen stabilisieren, die am behandlungsbedürftigsten sind. Die Bewertungen werden bei denjenigen Patienten, die aus welchen Gründen auch immer, ihre Aggression gegen sich wenden müssen, dazu führen, dass sie das erhebliche Aggressionspotential, das in den Bewertungen zum Ausdruck kommt, ebenfalls gegen sich wenden müssen. Insofern schädigen die Bewertungen, unabhängig ob sie falsch sind oder nicht, diese Patientengruppe mit großer Gewissheit. Das subjekthafte Leiden wird dadurch stabilisiert und einer tiefenpsychologisch/analytischen Behandlung entzogen. Das bedeutet im Konfliktfall eine Retraumatisierung des Patienten. Dieses Risiko ist für alle Patienten mit einer erheblichen Neigung zur Selbstbewertung oder Selbstverachtung (rigide Über-Ich Struktur) nicht akzeptabel.

Die von Befürwortern des TK Modells bereits vorgetragene Sicht, dass die in den Bewertungen enthaltene Aggression manchem Patienten möglicherweise zur Wendung ihrer Aggression nach außen, also gegen die Bewertung verhilft, erscheint deshalb zynisch, weil diese an sich wünschenswerte Entwicklung nur auf Grund einer stabilen therapeutischen Beziehung entstehen kann, die hier aber gerade beeinträchtigt wird.

3. In der Medizin würde niemand akzeptieren, dass falsche Rückmeldungen über den tatsächlichen Krankheitszustand als Wirkfaktor in den laufenden Prozess z.B. einer Krebserkrankung eingebracht werden dürfen. Im TK Modell geschieht zwar genau dieser Vorgang, aber weil der vorherige Nachweis der Schädigung durch Studien nicht vorgelegt werden kann, soll dieser fehlende Schädlichkeitsnachweis das Modell legitimieren. Dies ist die offizielle Begründung der TK Untersucher auf die entsprechende Kritik.

In der Kritik von Sasse (2003) wurden die Projektleiter auf die zu erwartenden Schädigungen, sowohl durch den externe Bewertungsvorgang wegen des Verstoßes gegen die Neutralität und Abstinenz des Behandlers sowie wegen des Verstoßes gegen die genannten Werte und den Behandlungsrahmen hingewiesen. Ebenso wurden die schädlichen Folgen der falschen Bewertungen dargestellt.

Darauf antwortete der TK Vertreter nach Prüfung der beteiligten Wissenschaftler folgendermaßen: „dass... der TK und den mitwirkenden Wissenschaftlern sowie Experten keine Studien bekannt sind, die Ihre Annahmen untermauern, dass durch das Ausfüllen von Fragebögen, der Rückmeldung der Ergebnisse und eine evtl. anschließende Ergebnisdiskussion Pati-

entenschäden hervorrufen würden. Im Gegenteil hat der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen die explizite Berücksichtigung von Patientenselbstbeurteilungsinstrumenten (Patientenfragebögen) und schnelle objektivierte Rückmeldung gefordert und eine Fokussierung der Behandlung auf die Ergebnisqualität gefordert. Die adäquate Berücksichtigung des Patientenurteils schadet nicht, sondern stärkt die Position der Versicherten“ (Müller 2004).

Es wird abzuwarten sein, ob die Forschergruppe diese Meinung nach Änderung der als falsch anerkannten ursprünglichen Bewertungen aufrechtzuerhalten wagt oder welche Begründungen dann für die Fehlinformationen und deren vermeintlich unschädliche Wirkung vorgelegt werden.

Der Umstand, dass falsche Bewertungen einer Psychotherapie ohne jeden Zweifel schädigend sind, bedarf keiner weiteren Begründung.

Hier wird erkennbar, dass die Verletzung der Sorgfaltspflicht durch die fehlende Berücksichtigung der nicht zu entkräftenden Kritik bis zur Änderung der Bewertungen vorliegt.

Zudem muss die simplifizierende Stellungnahme kritisiert werden: Es muss deutlich gemacht werden,

- dass eben keine objektiven Ergebnisse zurückgemeldet werden, sondern die Qualität der Behandlung extern bewertet wird,
- dass diese Bewertungen als Wirkfaktor bis zu acht Mal in die laufende Behandlung eingebracht werden,
- dass die Behandlungsqualität überhaupt nicht erfasst ist und
- dass weder eine „objektivierte Rückmeldung“, sondern eine antreibende Intervention gemacht wird, noch eine „adäquate Berücksichtigung des Patientenurteils“ erfolgt, wenn dessen Aussagen ursprünglich durch fehlerhafte Normbildung und „häufige“ falsche Bewertungen direkt verzerrt oder sogar ins Gegenteil gewendet werden.

Wichtiger als die Wiederholung der ungehörten Argumente (die vermutlich in den Ohren der Kritisierten wohl „unerhört“ sind), erscheint hier die Verletzung der Sorgfaltspflicht, die durch den Umgang mit der Kritik deutlich wird.

Gerade die Verletzung der Sorgfaltspflicht erhöht die Bedeutung der Forderung nach objektiver, umfassender Information aller Patienten und Behandler über die möglichen unerwünschten Nebenwirkungen und möglichen Schädigungen, die durch das Monitoring Experiment hervorgerufen werden, aber auch über die realen finanziellen Hintergründe der Projektgruppen, die im späteren Kapitel diskutiert werden wird.

Über diesen Stand der Diskussion müssten alle teilnehmende Patienten und Behandler informiert werden.

2.1.4. Die Gefährdung des Prinzips der guten Passung

Beauchamp und Childress (1989) nennen diesen Punkt das Prinzip der Gerechtigkeit. Die Autoren der DPG legen den Schwerpunkt auf die Beachtung der guten Passung zwischen Patient und Therapeut. Gerechtigkeit und Fairness gerade bei Anerkennung von unterschiedlichen Machtverhältnissen und unterschiedlicher Abhängigkeit voneinander sollen mit diesem Prinzip reflektiert und hinterfragt werden können.

Den bereits beschriebenen Folgen für die Beziehungsgestaltung, die Gefährdung der Bedeutung der therapeutischen Beziehung und die Gefährdung beim Aufbau der Bedeutsamkeit der

Beziehung als wesentlichem Wirkfaktor widerspricht die Abgabe der Macht zur Wertbestimmung und Bewertung an das so genannte „Trust Center“. Einem „Zentrum des Vertrauens“ dass diesen Namen wegen der Nichterfüllung grundlegender wissenschaftlicher Kriterien, wegen vorhersehbarer Fehlbewertungen und unterlassener Prüfung des Gefährdungspotential nicht verdient, dass aber selbst mittels aggressiver Be- und Entwertungen triangulierend in die laufende Behandlung eingreift, sollte die Berechtigung zur Bewertung von Behandlungen nicht überlassen bleiben.

2.2. Schädigt das Fehlen der Verlängerungsperspektive im ursprünglichen Monitoringvorgang?

Ein weiterer bereits aufgezeigter Fehler in der Konstruktion des ursprünglichen Monitoringvorgangs wird darin erkennbar, dass konzeptionell zunächst keine Verlängerung der Behandlungen als qualitätssicherndes Merkmal vorgesehen ist. Durch das Fehlen einer Verlängerungsempfehlung in den ursprünglichen Entscheidungsregeln, dies ist eine logische Folge der Konstruktion der geschilderten monoton – linearen Verlaufsnorm, werden alle die Patienten unmittelbar durch das Fehlen dieser Möglichkeit geschädigt, die eine Verlängerung benötigen, deren Notwendigkeit aber konzeptionell nicht vorgesehen ist. Für alle diese Fälle ist im TK Modell die „Auslösung“ des modifizierten Gutachterverfahrens vorgesehen, dieses Gutachterverfahren soll dann die entsprechende, vermutlich negative Empfehlung des „Trust Centers“ revidieren können. Die Pflicht der Projektleitung läge aber darin, dass sie entsprechende Verlängerungsempfehlungen deshalb zu berücksichtigen haben, wenn jedes Jahr etwa 142000 dieser gutachterpflichtigen Verlängerungs- bzw. Umwandlungsanträge gestellt werden, allein in den beiden analytisch begründeten Verfahren .

Dieses Problem wurde inhaltlich durch die Veränderungen in den Bewertungen erst Mitte 2007 gelockert.

2.3. Die Bedeutung des einzigen Wertes im TK Modell und seine Folgen: Gut ist nur das, was sich kontinuierlich verbessert und die Frage nach dem ausreichenden Behandlungsangebot

Im TK Modell gab es zunächst nur zwei Möglichkeiten von guten Bewertungen, die zugleich mit einer Beendigung der Behandlungsempfehlung verbunden werden.

Allein die Bindung der Norm an kontinuierliche Veränderungsvorstellungen ermöglicht der darauf begründeten bewertenden Forderung nach „Therapieende erscheint angemessen oder Therapieende in Betracht ziehen“. Je näher der Patient sich kontinuierlich an die Daten der Normalpopulation annähert, umso sicherer scheint dadurch die Aufforderung zur Beendigung der Behandlung vertretbar zu sein.

Die Steigerung der Effektivität und Effizienz wird allein dadurch angestrebt, dass eine Begründung konstruiert wird, aus der die Forderung nach dem Therapieende abgeleitet wird. Jede humane Psychotherapie muss die Frage der Zeiträume berücksichtigen, die ein Mensch benötigt, wenn seine unbewusste Struktur und seine unbewussten Konfliktbewältigungsmuster in einem therapeutischen Vorgehen verändert werden sollen.

Der Aufbau einer bedeutsamen Beziehung, die vertiefte Auseinandersetzung mit seinen individuellen Wahrnehmungsmöglichkeiten, die Affekt-, Motivations-, Gewissensdifferenzierung und Intensivierung, das Bewusstwerden und die Erfahrung der Abwehr und ihrer Folgen z.B. für die mentalen Verarbeitungsprozesse, die notwendigen Zeiträume für das Durcharbeiten und die möglichen Veränderungsnotwendigkeiten lassen eine fachlich und wissenschaftlich widerlegte Annahme von kontinuierlichen Veränderungen, die durch fehlerhafte Normbildung

extern zu dem häufig falsch bewertet werden genau so wenig zu, wie die Vorstellung, diese komplexen Beziehungsvorgänge durch Lob und Tadel verkürzen oder beschleunigen zu können.

Die bereits dargestellte Heidelberger Umstrukturierungsskala von Rudolf. Grande und Oberbracht (2000) gibt auf die Frage der Zeit klare empirisch belegte Antworten.

Bezüglich der Geschwindigkeit von wünschenswerten Veränderungen in einer Psychotherapie zeigen sich in der PAL Studie interessante Ergebnisse, die auf eine differenziertere Betrachtung verweisen als die im TK Modell genutzten undifferenzierten Vorgehensweisen.

Die durchschnittlichen Behandlungszeiten betragen bei den psychoanalytischen Therapien 296 Stunden oder 43 Monate, bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien 71 Stunden oder 23 Monate.

Sowohl in der Consumer Report Studie wie auch in der deutschen Wiederholung dieser Studie zeigten sich ähnliche Ergebnisse über die Zeiträume der Behandlungsdauer: Etwa drei Jahre Behandlungszeit scheinen bei Langzeitbehandlungen für eine ausreichende Stabilisierung und Heilung hilfreich zu sein

Insofern zeigen sich die Effektivitäts- und Effizienzvorstellungen des TK Modells nicht nur als fachlich und wissenschaftlich als ungeeignet, sie lassen auch ihr dehumanisierendes Potential deutlich erkennbar werden.

3. Zusammenfassung der Ergebnisse zur Prüfung der Forderung nach humaner Krankenbehandlung

Die Prüfung auf Erfüllung der Forderung nach Humanität gemäß § 70 des SGB V zeigt deutlich, dass unvermeidbare Schädigungen der therapeutischen Arbeitsbündnisse in beiden psychoanalytisch begründeten Therapien zu erwarten sind, die jedoch immunisierend wegen der fehlenden Untersuchung auch nie erfasst werden können.

Hier zeigt sich die Verletzung der Sorgfaltspflicht erneut: Zwar betont die TK selbst, dass entsprechende Schäden erst nach dem Vorgang zu beurteilen seien, vermeidet aber darauf hinzuweisen, dass nach diesen Schädigungen gar nicht gesucht wird und sie so auch nie gefunden werden können.

Vorrangig sind jedoch die unvorhersehbaren Folgen der nachgewiesenen Fehlbewertungen sowie die nachgewiesene Schädigung wesentlicher psychoanalytisch bedeutsamer Wirkfaktoren zu kritisieren. Die Effektivitätsvorstellungen basieren allein auf Verkürzungsvorstellungen, die auf einer einseitigen und absichtsvollen Norm basieren, deren Fehlerhaftigkeit und Unzulässigkeit in dieser Studie belegt wurde.

Die Nichtbeachtung der genannten ethischen Prinzipien verweist zudem darauf, dass die in den tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Untersuchungsgruppen durchgeführten Behandlungen nicht dem Kenntnisstand der beiden psychoanalytisch begründeten Anwendungsformen entsprechen.

Bei den in den Untersuchungsgruppen durchgeführten Behandlungen handelt es sich wegen der unkontrollierbar schweren Beeinträchtigungen der Wirksamkeit psychoanalytischer Wirkfaktoren (bei Erfüllung der im TK-Modell vorgegebenen Vorgaben) mit erheblicher Wahrscheinlichkeit sicher nicht um Richtlinienbehandlungen. Die in den Untersuchungsgruppen durchgeführten Behandlungen sind in erheblicher Gefahr, sich in der von außen nicht sicher zu beschreibenden Grauzone von möglicherweise nicht ausreichenden oder belasteten Behandlungen zu bewegen.

Damit stellt sich nach der Frage der Fehlbewertungen erneut die Frage, wer bei den zu befürchtenden Fehlbehandlungen, die möglicherweise neben den Fehlbewertungen auch auf die Gefährdung oder Zerstörung wichtiger Wirkfaktoren zurückzuführen sind, die Verantwortung zu übernehmen hat und wer für die Folgen mögliche Konsequenzen zu tragen hat.

Die TK hat jedenfalls, übereinstimmend mit der Genehmigungsbehörde, klargestellt, dass die Verantwortung für die Durchführung der Behandlungen im Modellvorhaben allein beim Behandler liegt.

Das TK Modell erfüllt die Anforderung an eine humane Krankenbehandlung nicht: Patienten werden in unkontrollierbarem Umfang über den Stand ihrer Behandlung sehr häufig falsch informiert, wesentliche Wirkfaktoren werden unzulässig behindert, gefährdet und beschädigt und die Effektivitätsvorstellungen berücksichtigen wesentlich menschliche Bedürfnisse und Entwicklungsabläufe nicht. Die Anwendung einer qualifizierten und humanen tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Therapie wird im TK Modell erschwert, behindert, gefährdet und verhindert.

Damit werden die Forderungen nach einer humanen Krankenbehandlung, sowohl für die Patienten wie für die Behandler und die Beziehungsgestaltung nicht erfüllt.

Das TK Modell besteht wegen des sogenannten Monitoringvorgangs im Kern aus einem unkontrollierbar dehumanisierenden Experiment.

Kapitel 4

Untersuchung der Fragestellung: Erfüllt die TK die für Modellvorhaben unverzichtbare Sorgfaltspflicht und stellt sie darüber hinaus die von ihr beanspruchte Erfüllung zentraler Transparenzkriterien sicher?

1. Prüfung der Erfüllung der Sorgfaltspflicht der TK bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß den Empfehlungen des von der Bundesregierung eingesetzten Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen.

Mit der gesetzlichen Vorgabe nach Qualitätssicherung wurde von der Bundesregierung der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen eingesetzt. Er hat u.a. die Aufgabe, den Rahmen für alle Qualitätssicherungsvorhaben mit verbindlichen Empfehlungen zu definieren, um Schaden zu verhindern, der aus einseitigen, parteiischen und interessengeleiteten Vorhaben bei Qualitätssicherungsvorhaben entstehen kann.

Die Forderungen des Sachverständigenrates sind moderat und für alle Beteiligten hilfreich. Diese Gruppe hat sich mit einem Gutachten in drei Bänden zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (2000/2001) geäußert.

Die TK bezieht sich in ihrer Argumentation auf dieses Gremium und orientiert sich daran: **„Die Konzeption des geplanten Modellvorhabens setzt in einigen wichtigen Punkten Forderungen um, die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Gutachten 2000/2001) erhoben werden: ...“ (TK Projektbeschreibung 2003 S. 9 – 10).** Es folgen dann 10 Punkte des Sachverständigenrates, die berücksichtigt wurden, aus denen die Bedeutung von Feedback - Systeme für eine Behandlungsverbesserung deutlich wird.

Die Betonung dieser Punkte ist aus verhaltenstherapeutischer Sicht folgerichtig: Bei den Lernvorgängen, in deren Folge durch Lob und Tadel die Wirksamkeit des Verfahrens erhöht wird, ist eine zeitlich schnelle Rückmeldung unverzichtbar und hilfreich.

Die TK hat im Gegensatz dazu durchgängig alle diejenigen Forderungen des Sachverständigenrates, die für Konzeption von Qualitätssicherungsvorhaben bedeutsam sind und die eine Einbeziehung der Fachgesellschaften, der Ausbilder und der Behandler fordern, nicht berücksichtigt.

Der Rat führt folgende Gütekriterien auf, die er für Planung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für bedeutsam hält:

-,„An der Vereinbarung von Zielen und Prioritäten von qualitätssichernden Maßnahmen sollten alle am jeweiligen Versorgungsprozess beteiligten Gruppierungen angemessen beteiligt werden“ (S. 59).

Die Wechselwirkung zwischen Wissenschaft und Fachkunde ist an diesem Punkt von Bedeutung: Verfahrensspezifisch ausgebildete Wissenschaftler, Ausbilder und Praktiker hätten gleichberechtigt beteiligt werden müssen, um Schädigungen zu vermeiden.

Es gibt mehrere sozialrechtlich und berufsrechtlich, aber auch fachlich legitimierte Gremien, die sich seit Jahrzehnten mit den Fragen der Qualitätssicherung in den beiden psychoanalytisch begründeten Anwendungsformen auseinandergesetzt haben.

- Die psychoanalytische Therapie wurde zunächst durch einzelne Autoren entwickelt. In den heutigen Fachgesellschaften werden die beiden Verfahren weiterentwickelt, systematisch wissenschaftlich erforscht und angemessene Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickelt, vorgelegt, erprobt und seit Jahren in der Praxis angewendet. Es gibt fünf psychoanalytische Fachgesellschaften (DGAP, DGIP, DGPT, DPG, DPV). Die Fachgesellschaften sind die Schnittstellen zwischen Behandlungserfahrung und Wissenschaft, in ihnen werden die Fragen der fachlichen Qualität, die Verbindung zu wissenschaftlichen Gremien, aber auch die ethischen Wertfragen und die Fragen der Entwicklung der Beziehungskompetenz der Behandler weiterentwickelt.
- Die psychoanalytischen Fachgesellschaften haben seit vielen Jahren auf Initiative der DGPT hin eine gemeinsame Konsensusgruppe zur Qualitätssicherung eingerichtet, in der je zwei Vertreter aus jeder Fachgesellschaft vertreten sind.
- Unter Federführung der DGPT wurde zur Erarbeitung der von den Fachgesellschaften gemeinsam erarbeiteten Stellungnahme über den aktuellen Stand der Psychoanalytischen Therapie eine kontinuierlich arbeitende Forschungskonferenz eingerichtet, die an der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Psychoanalytischen Therapie mit ihren unterschiedlichen Anwendungsformen arbeitet. Aus diesem Gremium stammt die umfassende Stellungnahme zur Psychoanalytischen Therapie, die dem Wissenschaftlichen Beirat zur Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren vorgelegt wurde und die Stellungnahme zur Überprüfung der Richtlinienverfahren, in der alle aktuellen empirische Studien zu den evidenz-basierten Wirksamkeitsnachweisen der analytisch begründeten Verfahren zusammengestellt wurden.
- Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben seit Beginn der Richtlinienpsychotherapie ein Gutachtersystem eingerichtet, in dem durch den Nachweis von begründeten fachlichen Qualitätsanforderungen sichergestellt ist, dass nur verfahrensspezifisch qualifizierte Behandler als Gutachter berufen werden können. Die Gutachter entwickeln ihre Konzepte in eigenen Gremien weiter.

Wenn der Sachverständigenrat fordert, dass bei Qualitätssicherungsmaßnahmen alle beteiligten Gruppierungen angemessen, also durchaus auch unterschiedlich, beteiligt sein sollten, dann ist festzustellen, dass die inhaltliche Konzeption des Modellvorhabens nur von zwei verhaltenstherapeutisch ausgebildeten psychologischen Hochschullehrern entwickelt wurde. Im letzten Kapitel über die geforderte Transparenz werden weitere Aspekte dieser Reduktion reflektiert.

Bei der grundlegenden Konzeption, beim Entwurf der Grundlinien für das TK Modellvorhaben waren sowohl die Fachgesellschaften, die Konsensusgruppe zur Qualitätssicherung, die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten, die Gruppe der von der Kassen und der KBV berufenen fachlich qualifizierten Gutachter, die Forschungskonferenz und alle Praktiker systematisch ausgeschlossen.

Eine weitere zentrale Empfehlung des Sachverständigenrates lautet:

-„Einbeziehung aller Beteiligten bereits in der Ausgestaltungsphase des Qualitätssicherungsprojektes“ (S. 64).

Erst als das fertig konzipierte Modellvorhaben in die Praxis umzusetzen war, wurde der Austausch mit einer einzigen Fachgesellschaft gesucht. Dabei wurden einige psychoanalytische Ansätze sekundär berücksichtigt (z.B. Einführung einer OPD Achse), aber es bleibt festzustellen, dass trotz der heftigen Kritik an dem berechnenden und bewertenden externen Beeinflussungskonzeptes, dem „Qualitätsmonitoring“ immer festgehalten wurde.

Die TK gibt für diese Nicht - Berücksichtigung aller sozialrechtlich, berufsrechtlich und fachlich legitimierte Gruppierungen der Fachkunde der psychoanalytischen Therapie bereits in der Ausgestaltungsphase des Modellvorhabens keine Begründung.

Der Vorrang der Schadensvermeidung und ihrer Verhinderung bildet auch den Hintergrund für folgende Empfehlungen des Sachverständigenrates der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen:

-„Qualitätssicherung sollte Akzeptanz bei Leistungserbringern, Patienten und Kostenträgern finden. Die Motivation und Akzeptanz der Beteiligten ist eine wesentliche Voraussetzung, um zu gewährleisten, dass qualitätssichernde Maßnahmen nachhaltige Wirkung entfalten können. Die Akzeptanz der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen hängt u.a. davon ab, ob sie an der Gestaltung der qualitätssichernden Maßnahmen beteiligt sind und ob tatsächlich wirksame Methoden zur Anwendung kommen. Schutzwürdige Belange der Patienten und der Leistungserbringer sollten berücksichtigt werden“ (S.59).

-„Für qualitätssichernde Maßnahmen sollten angemessene, dem Kenntnisstand entsprechende Methoden gewählt werden“ (S.59).

Trotz dieser klaren Forderung wurde jegliche verfahrensspezifische Fachkunde systematisch zu Gunsten des Standardisierungsversuches im Modell ausgeschlossen.

-„Darum sollte bei den externen Qualitätsvergleichen neben der Datenerhebung und –sammlung der Rückmeldung und dem Dialog mit den Leistungserbringern Priorität eingeräumt werden“ (S.76).

Diesen Anregungen des Sachverständigenrates ist wegen der Klarheit seiner Aussagen nichts hinzuzufügen. Die TK hat sie ohne jede Begründung systematisch nicht berücksichtigt.

Die TK begründet stattdessen die Nichtbeachtung der fachlichen Gremien folgendermaßen: **„Hauptansprechpartner und Vertragspartner für die TK sind allein die Kassenärztlichen Vereinigungen. Alle weiteren Kontakte und Gespräche über die Kassenärztlichen Vereinigungen hinaus hat die TK nur auf Einladung hin wahrgenommen, wie unter anderem mit den Berufsverbänden bvvp und DGPT, deren Anregungen zum Teil in vertragliche Regelungen Eingang gefunden haben. Die TK ist zu keinem Zeitpunkt initiativ an einzelne Berufsverbände herantreten. Die Auswahl der Wissenschaftler des Entwicklungs- und Projektteams fand nach fachlichen und persönlichen Gesichtspunkten statt. Berufspolitische Zugehörigkeiten haben keine Rolle gespielt.“ (Antwort der TK auf häufig gestellte Experten Fragen 14.10.2005 TK Homepage)**

Diese Antwort der Projektleiter wird im folgenden Abschnitt zur Transparenz wieder aufgegriffen. Es wird dort geprüft, ob es erhebliche, hier nicht genannte, finanzielle und wirtschaftliche Abhängigkeiten zwischen den ausgewählten Wissenschaftlern, der TK und dem Hogrefe Verlag gibt, die von der TK hätten benannt werden müssen, wenn der wissenschaftlich unverzichtbare Anspruch auf Objektivität und Neutralität sowie der Anspruch auf Erfüllung der Transparenzkriterien erfüllt worden wäre.

Aus dieser Verletzung der Sorgfaltspflicht gegenüber den Forderungen des Sachverständigenrates bei selektiver Inanspruchnahme dieses Gremiums ergeben sich alle folgenden Schwierigkeiten

Die TK ist sowohl an dem regulären Gutachterverfahren vertraglich beteiligt, sie ist auch z.B. in NRW durch die gesonderten vertraglichen Regelungen mit den Ausbildungsambulanzen gebunden. Auch aus diesen vertraglichen Regelungen ließe sich, neben den fachlichen Notwendigkeiten ableiten, dass diese Gremien in derart wichtige Qualitätssicherungsvorhaben einbezogen werden müssen.

Das TK Modellvorhaben soll bei erfolgreicher Durchführung daraufhin geprüft werden, ob es als Qualitätssicherungsmodell für die reguläre Richtlinientherapien eingesetzt werden kann. Gerade diese umfassende Absicht hätte es erfordert, dass die entsprechenden Fachleute herangezogen werden. Zurzeit wird die Mehrheit der psychotherapeutischen Behandlungen in der Bundesrepublik mit 55 % aller Behandlungen von den beiden psychoanalytisch begründeten Behandlungen sichergestellt, 45 % der Behandlungen sind Verhaltenstherapien.

Auch dieser Umstand, dass die Mehrheit der Behandlungen mit einer Konzeption des anderen Verfahrens bewertet und beeinflusst werden soll, hätte zu einer Einbeziehung der psychoanalytischen Fachkunde führen müssen.

Die Schwierigkeiten, die das TK-Modell sowohl in seinen wissenschaftlichen, fachlichen und ethischen Problembereichen aufweist, basieren im Kern auf der Verweigerung einer gleichberechtigten Kooperation der genannten fachlich dazu qualifizierten Gremien bereits in der Planungs- und Konzeptionsphase.

Alle nachträglich stattgefundenen Konsensgespräche haben gezeigt, dass die TK von ihrer Grundkonzeption der verhaltenstherapeutisch begründeten Methodik der Bewertung und der externen Beeinflussung nicht mehr abgewichen ist.

Es geht hier also erkennbar nicht um eine Kränkung der Fachgesellschaften oder deren Aufbegehren gegen eine Nichtberücksichtigung, sondern um die Pflichtverletzung, dass elementare fachliche Belange mit darzustellenden gravierenden Folgen für Behandler und Patienten nicht einbezogen und nicht berücksichtigt wurden.

Die Fachvertreter haben die Pflicht, ihre Kritik gegen ein Modellvorhaben zu verdeutlichen, in dem wesentliche und zentrale Behandlungsansätze, Wirkfaktoren und Werte unzulässig beschädigt und nicht berücksichtigt wurden.

Es gibt an keiner Stelle des Modellvorhabens eine selbstkritische Hinterfragung, kein Hinweis auf mögliche, durchaus unbeabsichtigte, schädigende Nebenwirkungen durch das Modellvorhaben, obgleich der TK entsprechende fachliche Stellungnahmen schon vor Untersuchungsbeginn umfangreich zur Verfügung gestellt wurden.

Die Verantwortung der Fachgesellschaften für die Ausbildung, die Anwendung und die Qualitätssicherung fordert eine kritische Stellungnahme zum TK Experiment dann heraus, wenn nicht tragbare Fehlentwicklungen und Schädigungen der Patienten und der Therapeuten erkennbar geworden sind.

1.1. Die fehlende Prüfung auf unerwünschte Nebenwirkungen

Ein gravierender Kritikpunkt besteht in der Nichteinbeziehung der entsprechenden Fachkunden wegen der dadurch nicht möglich gewordenen Prüfung des Modellvorhabens auf ungewollte und unbeabsichtigte Nebenwirkungen bzw. ungewollten Schädigungen, die nur von entsprechend fachlich qualifizierten und in der ambulanten Versorgung stehenden Therapeuten möglich gewesen wäre.

Die TK hat es versäumt, eine interdisziplinäre und multidisziplinäre Kooperation bereits in der Konzeptionsphase anzustreben. Darauf beruhen viele der zu verhindern gewesen Fehlentwicklungen des Modells

Die aggressive Reaktion der Projektleiter auf Kritik ist bereits belegt worden.

Die Frage, warum eine derartig systematische Nichteinbeziehung der Fachkompetenz stattgefunden hat, führt zwangsläufig zur Reflektion der Interessenlagen der Beteiligten und der Frage, wodurch eine Legitimation für verfahrensspezifische Qualitätssicherungsvorhaben abgeleitet werden kann.

1.2. Ergebnis der Prüfung auf Erfüllung der Sorgfaltspflicht bei der Entwicklung eines Modellvorhabens

Als Ergebnis dieser Prüfung ist festzustellen, dass bei der Konzeption und der endgültigen Ausgestaltung des TK Modellvorhabens alle diejenigen Empfehlungen des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion, die sich auf die Kommunikation und Kooperation der beteiligten fachlich involvierten Personengruppen beziehen, keine Berücksichtigung fanden.

Damit sind die fachlichen Notwendigkeiten der Psychoanalytischen Therapie mit ihren beiden Anwendungsformen nicht berücksichtigt worden.

Die Einbeziehung von Teilen der im Erstentwurf nicht berücksichtigten Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) in das Experiment darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Standardisierung und Gleichbehandlung der unterschiedlichen Verfahren, die Gleichsetzung der Veränderung der Patientenselbstauskünfte als einzigem Qualitätsmerkmal und die unmittelbare Beeinflussung jeder Behandlung durch die Kasse mittels externer Bewertung zu keinem Zeitpunkt ernsthaft in Frage zu stellen war.

Durch diese schwerwiegende Verletzung der Sorgfaltspflicht bei der Entwicklung des Modellvorhabens durch Nicht – Einbeziehung der entsprechend fachkundlich legitimierten Vertreter der beiden psychoanalytisch begründeten Therapieformen sind die benannten Fehlentwicklungen, Schädigungen und Nebenwirkungen des Modellvorhabens möglich geworden.

2. Ist die von der TK beanspruchte Selbstverpflichtung nach Erfüllung der anerkannten Transparenzkriterien gewährleistet?

2.1. Das Selbstverständnis und das öffentlich abgegebene Versprechen der TK zu Fragen der Transparenz

In den Antworten der Projektentwickler zu häufig gestellten Fragen (TK Internet Homepage vom 30.08.05) wird in Antwort 1 betont:

„Von übergeordnetem Interesse ist auch die Herstellung von mehr Transparenz für alle Beteiligten, aber vor allem aus Patientensicht.“ (ebda S.1)

Die TK verspricht auf ihren Internetseiten ihren Versicherten wörtlich:

„Was wir versprechen

Wir versprechen Neutralität, Kompetenz, Evidenz und Anonymität.

Neutralität

Die Informationen werden sachlich und Interessen unabhängig formuliert. Autoren, Quellen und Datum der Erstellung werden genannt. ...“ (Medizinische Informationen der Techniker Krankenkasse)

„Dabei entsprechen wir internationalen Standards für die Erstellung und den Umgang mit medizinischen Informationen, so zum Beispiel die Discern-Kriterien, den HONcode und die agfis-Transparenzkriterien in der jeweils aktuellen Fassung.“ (Homepage der TK/Verhaltenskodex)

Die TK beansprucht damit, die Qualitätskriterien (Transparenz) von drei bekannten Einrichtungen zur Transparenz zu erfüllen.

Bei den agfis-Transparenzkriterien findet sich unter dem Punkt Kooperation und Vernetzung folgende Forderung:

„Arbeitet ein Forschungsinstitut nur mit Steuergeldern? Gehört eine Klinik zu einer Unternehmensgruppe? Hier legt der Betreiber der Internet-Seite offen, wie sein Unternehmen oder seine Institution mit anderen Organisationen oder Unternehmen verknüpft ist. Das gibt dem Benutzer Aufschluss über etwaige Abhängigkeiten (z.B. wirtschaftliche Verflechtungen, Geldgeber etc.) und lässt eine differenzierte Bewertung der angebotenen Informationen zu.“
(http://www.logo.afgis.de/dokumentation/quali_transparenz_html)

In der Kurzübersicht über die DISCERN-Kriterien (Internet: <http://www.discern.de/kurz.htm>) werden u.a. folgende Punkte aufgeführt und von der TK als berücksichtigt beschrieben:

6. Ausgewogen und unbeeinflusst sein.
 7. Zusätzliche Informationsquellen aufführen.
 8. Auf Bereiche von Unsicherheit verweisen.
 11. Die Risiken eines Behandlungsverfahrens beschreiben.
 12. Die Folgen einer Nicht-Behandlung beschreiben.
 13. Die Auswirkungen von Behandlungsverfahren auf die Lebensqualität beschreiben.
 14. Verdeutlichen, dass mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren existieren könnte.
 15. Eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung (shared decision-making) unterstützen.
- Die Health On the Net Foundation hat u.a. folgenden HONcode für medizinische Webseiten im Gesundheitsbereich entwickelt:

- „1. Alle medizinischen und gesundheitsbezogenen Ratschläge, die auf dieser Webseite erteilt werden, werden nur von medizinisch/gesundheitswissenschaftlich geschulten und qualifizierten Fachleuten gegeben; andere Information wird eindeutig als nicht von Fachleuten bzw. medizinischen Organisationen stammend gekennzeichnet.
2. Die Information auf der Webseite ist so angelegt, dass sie die existierende Arzt-Patient-Beziehung unterstützt und keinesfalls ersetzt.
4. Wo immer möglich und sinnvoll, werden alle Informationen auf der Webseite mit Referenzen auf die Quelle oder mit entsprechenden HTML-Links versehen. ...
5. Alle Angaben bezüglich des Nutzens der Wirksamkeit einer bestimmten Therapie, eines kommerziellen Produktes oder Dienstes werden durch geeignete, ausgewogene wissenschaftliche Beweise unterstützt.
6. Die Gestalter der Informationen auf der Webseite bieten Informationen so klar wie möglich dar und geben Kontaktadressen für Benutzer mit Fragen nach weiteren Informationen oder Hilfestellung an. ...
8. Werbung und anderes der Verkaufsförderung dienendes Material wird Benutzern in einer Art und in einem Kontext dargeboten, der eine klare Trennung zwischen Werbung und originalem Inhalt, der von der Webseite betreibenden Institution hergestellt wurde, ermöglicht.“ (<http://www.hon.ch/HONcode/German/>)

2.2. Kritische Untersuchung der Behauptung, diese Forderungen zu erfüllen

Die „versprochene“ Erfüllung dieser von der TK prinzipiell anerkannten Anforderungen kann hier nur durch einige Aspekte einer kritischen Untersuchung unterzogen werden. Da eine endgültige Beantwortung von hintergründigen Interessenlagen nicht durch eine fachwissenschaftliche Stellungnahme erfolgen kann, werden die folgenden Aspekte als Fragestellungen formuliert und zur Beantwortung offen gelassen. Allerdings soll durch die Fragen die von der TK beanspruchte Erfüllung der Transparenzkriterien kritisiert und eine öffentliche Diskussion angeregt und gefördert werden.

Möglicherweise sind den Projektleitern die in dieser Studie aufgezeigten Konfliktfelder zwischen den Verfahren, den Berufsverbänden und den finanziellen Schwierigkeiten der Behandler wegen unzureichender Erstattung ihrer Leistungen tatsächlich nicht bekannt gewesen.

Festzustellen bleibt aber dennoch, dass der „mündige“ Leser in dem folgenden Abschnitt zur Frage angeregt werden soll, warum keiner, nicht einer, der im Folgenden dargestellten Fakten in den Patienten- und Behandlerinformationen der TK transparent gemacht wurde.

2.2.1. Zur Prüfung der Neutralität der Projektleiter, der TK und des Verlages als Basis für eine wissenschaftlich objektive Modellplanung und zur Frage der Transparenzkriterien bezüglich der beruflichen und finanziellen Verbindungen zwischen TK, Projektleitern und dem Verlag.

Das grundlegende Konzept des TK Modells mit dem bewertenden Verrechnungsvorgang (Qualitätsmonitoring) wurde nach TK Angaben von drei Projektleitern entwickelt: Herrn Prof. Dr. Fydrich, Herrn Prof. Dr. Lutz, Herrn Dipl. Soz. Nagel

Erst das vorgelegte fertige Modell wurde zur Diskussion gestellt, der Kern des Modells, der bewertende Verrechnungsvorgang (Qualitätsmonitoring) wurde zu keiner Zeit verändert.

Im Folgenden soll nun dargelegt werden, warum aus Sicht der beiden analytisch begründeten Verfahren der Zweifel an einer verfahrensübergreifenden fairen und den fachliche Notwendigkeiten gerecht werdende wissenschaftliche Auseinandersetzung berechtigt erscheint.

Die beiden verfahrensspezifisch ausgebildeten Projektentwickler sind hoch qualifizierte, ausgebildete und erfahrene Verhaltenstherapeuten, über ihre möglicherweise vorhandenen psychoanalytischen Kompetenz oder Berechtigung die analytische Verfahren prüfen zu können bzw. Aussagen über deren Qualität oder Wirksamkeit abgeben zu können, liegen keine Angaben vor.

Die Neutralität dieser beiden Forscher bezüglich der analytisch begründeten Verfahren ist nicht nur deshalb zwingend zu fordern, weil sich die VT sowohl mit der TP wie mit der AP in Ausbildung, klinisch-stationärer wie ambulanter Behandlungsstätten sowohl um Ausbildungskandidaten, wie um Patienten als grundlegend unterschiedliche Verfahren in Konkurrenz zueinander befinden. Auch in den Feldern der wissenschaftlichen Forschung ist diese Auseinandersetzung mit massiven Auswirkungen virulent, wie nicht nur die Forschung um Grawe et al bewiesen hat.

Fydrich ist approbierter und sozialrechtlich ermächtigter Verhaltenstherapeut, er war während der TK-Modellentwicklung in der Leitung eines verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitutes tätig.

Die Anerkennung der VT als wissenschaftlich anerkanntem Verfahren beruht auf einer Expertise von vielen daran mitwirkenden Fachgesellschaften und Wissenschaftlern.

Fydrich wird hier in den Danksagungen sowohl wegen seiner Mitwirkung bei der Auswahl und Bewertung der Originalstudien erwähnt (Kröner-Herwig, 2002 S. 2) , ihm wird darüber hinausgehend besonderer Dank (ebda S. 3) dafür ausgesprochen, dass er bei der Durchsicht einzelner Artikel mitgewirkt hat. Er hat damit in der sicher wichtigsten Studie zur Anerkennung der VT durch den Wissenschaftlichen Beirat eine prominente Stellung innegehabt und ausgeübt.

In der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) hat er eine fachliche Kontroverse mit Prof. Dr. Buchholz geführt. Buchholz hatte die Expertise zur Verhaltenstherapie für den wissenschaftlichen Beirat von Frau Prof. Dr. Kroener-Herwig aus psychoanalytischer Sicht kritisiert. Fydrich bezog am 25.08.2004 in diesem Konflikt zwischen verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Sichtweisen Stellung für die Verhaltenstherapie und gegen die psychoanalytisch formulierte Kritik (Diskussionsbeitrag zur Stellungnahme von Herrn Prof. Dr. Michael B. Buchholz).

Für die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) ist Fydrich als Pressekontakt für die Verhaltenstherapie nominiert worden.

Fydrich ist für die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs verantwortlicher Herausgeber eines neu entwickelten Fragebogens, der im Verlag Hogrefe in Vorbereitung zum Verkauf ist: Unter dem Titel: „Basis- und Verlaufsdokumentation ambulanter Psychotherapie“ soll ein neues Instrument mit dem Anspruch auf „gewährleistete Standardisierung“ verkauft werden.

Hier wird erkennbar, dass sowohl Fydrich als auch der Hogrefe Verlag von einer Standardisierung aller Verfahren durch Eigeninteressen verbunden zu sein scheinen. Eine verfahrensspezifische Umsetzung dieses Vorhabens wäre sicher wesentlich aufwendiger, die Kosten erheblich höher, die Effektivität und Effizienz dieses Vorhabens wird nur durch die Standardisierung gewährleistet.

Insofern entspricht die im TK Modell vorgenommene Standardisierung aller Verfahren den Interessen des Verlages und eines der Projektleiter aus anderen Projekten.

Fydrich ist in der Konkurrenz zu psychoanalytischen Ausbildungsstätten um Ausbildungskandidaten gewesen, er ist ein renommierter, fachlich versierter und für die Presse als Kontaktperson benannter Vertreter und Konfliktausträger für die Verhaltenstherapie gegen psychoanalytische Kritik und arbeitet in fachlichem und beruflichem Kontext mit dem Verlag Hogrefe bezüglich einer verfahrenübergreifenden Basis- und Verlaufsdokumentation ambulanter Psychotherapie zusammen.

Es bleibt zu fragen, wie die TK begründet sicherstellen kann, dass trotz dieser vielfältigen fachlichen Interessenverflechtungen und der nicht angezeigten fachlichen Kompetenz für die psychoanalytisch begründeten Verfahren eine faire und neutrale Berücksichtigung psychoanalytischer Belange und Notwendigkeiten in der Qualitätssicherung gewährleistet werden kann?

Lutz ist ebenfalls approbierter Verhaltenstherapeut mit anerkanntem Fachkundenachweis bei der KV Rheinhessen. Er war Inhaber einer SNF-Professur für Klinische Psychologie/Psychotherapie Institut für Psychologie an der Universität in Bern. Seine Professur ist unmittelbar von der Förderung durch den Schweizer Nationalfonds abhängig.

Deshalb ist die weitere Förderung von großer Bedeutung:

Die Professur in der Schweiz wird direkt von der Techniker Krankenkasse in unbekannter Höhe gefördert. Von den auf der Webseite unter dem Team aufgeführten drei Mitarbeitern ist das TK Modell als wesentliches Aufgabengebiet an erster Stelle ihrer Tätigkeitsbeschreibungen angeführt.

Der Lehrstuhl steht also in unmittelbarer finanzieller Verbindung und Förderung zur TK.

Lutz ist aktuell an der Universität Trier tätig, er ist ebenfalls in der Ausbildung für kognitive Verhaltenstherapie und interpersonaler Psychotherapie tätig, damit steht auch er in Konkurrenz zu psychoanalytischen Ausbildungsstätten. Er ist sicher ausgewiesener Experte für die Fragen der externen Beeinflussung von Behandlungen durch bewertende Einflussnahme. Dabei ist anzumerken, dass dieser Forschungszweig mit den Zielen der psychoanalytisch begründeten Verfahren in der Richtlinienpsychotherapie unvereinbar ist und dass die Forschungsergebnisse dieser Richtung, die es auch für psychodynamische Kurzzeitprojekte gibt, wegen der bereits ausführlich beschriebenen unterschiedlichen Zielsetzungen dieser Behandlungsansätze und der unterschiedlichen Bedeutung des therapeutischen Arbeitsbündnisses nicht einfach oder ohne erhebliches Gefährdungspotential in die Richtlinienpsychotherapie übertragen werden dürfen.

Auch hier bleibt zu fragen, wie die TK begründet sicherstellen kann, dass trotz dieser finanziellen und fachlichen real abhängigen Verflechtungen und nicht angezeigter Kompetenz für die psychoanalytisch begründeten Verfahren in der Richtlinienpsychotherapie eine kompetente, faire und neutrale Berücksichtigung psychoanalytischer Belange und Notwendigkeiten gewährleistet werden kann?

Nagel ist als Vertreter der TK an der Projektentwicklung beteiligt gewesen.

Welche Interessen eine Krankenkasse neben den genannten Anliegen bezüglich der Kosten, der externen Kontrolle über Behandlungsvorgänge und der Machtbefugnis über Behandler anstrebt, kann hier nicht fach-wissenschaftlich beantwortet werden. Immerhin kann darin erinnert werden, dass die TK in einem früheren TK-Modell zur Kostenerstattung, das letztinstanzlich als unzulässig beurteilt wurde, über viele Jahre hinweg eine verfahrensunspezifische Therapie zu Lasten der Kasse ermöglichte. Schon damals wurde dazu ein eigenes Gutachterverfahren etabliert, allerdings waren die Behandlungen mit deutlich geringeren Kontingenten als in der Richtlinienpsychotherapie ausgestattet; aber mit zwar niedrigeren, aber festgelegten Kontingenten für alle Behandlungen. Schon hier war dieser „verfahrensübergreifende“ Ansatz letztlich auch juristisch gescheitert.

Auf die bereits angeführten Empfehlungen des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, die allesamt nicht von der TK berücksichtigt wurden, soll hier deshalb erneut verwiesen werden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass bei allen drei Projektentwicklern erhebliche Bedenken bezüglich ihrer bewussten und unbewussten Motive berechtigt sind und damit von einer nicht gesicherten und begründet dargelegten Neutralität dieser Personen ausgegangen werden kann. Die abschließende Beurteilung der Neutralität dieser drei Projektentwickler ist sicher nicht von der TK oder einer ihrer Mitarbeiter vorzunehmen. Die Nicht Benennung der hier angeführten Hintergründe lässt viel Raum für Spekulationen.

Der Hogrefe Verlag unterstützt das TK Modell direkt, er ist damit und mit dem in Vorbereitung befindlichen Instrument zur Basis- und Verlaufsdokumentation von Fydrich als Interessenvertreter einer standardisierten oder verfahrensübergreifenden Qualitätssicherung einzuschätzen. Dies umso mehr, als aus dem Hogrefe Verlag und seinem Apparatezentrum zusätzlich Werbung für ein verhaltenstherapeutisches Programm gemacht wird, dass zur Erstellung von Psychotherapieberichten für das Gutachterverfahren hilfreich sein soll. Das seit Jahren entwickelte Hogrefe Test System mit Internetauswertung der darin eingearbeiteten Testverfahren ist allein die Basis für das Internetgestützte Qualitätsmonitoring der TK. Das in der TK Sprache so genannte „Trust Center“ ist das Apparatezentrum des Hogrefe Verlages.

Es ist fachlich nicht hinnehmbar, dass zur Diagnostik nicht die bereits angeführten realen Diagnosen in das Modellvorhaben eingebunden wurden und stattdessen eine Orientierung an dem vorhandenen Inventar des Verlages erfolgte.

Eine Einbeziehung von allen Richtlinienbehandlungen (2005: 259658 Langzeit- oder Verlängerungsanträge) in das HTS wäre ein enormer finanzieller Gewinn für den Verlag. Damit ist aber die Neutralität der Untersuchung gerade bezüglich der hier vorgelegten und empirisch abgesicherten Kritik an dem Bewertungsvorgang als gefährdet einzuschätzen.

Die finanzielle Verbindung zwischen Fydrich und dem Hogrefe Verlag bezüglich der geplanten Basisdokumentation, einem ebenfalls standardisierten, verfahrensübergreifenden Instrumentes bleibt in den Patienten- und Behandlerinformationen unbenannt.

Damit wird die Frage der reduzierten Qualitätsbewertung durch die Normbildung in nur eine Richtung, nur kürzer und schneller kann gut bewertet werden, und auch die Frage der Durchsetzung einer standardisierten Qualitätssicherung in hohem Maße fragwürdig.

Auch hier kann die Frage der Zulässigkeit dieser beiden Faktoren unter den gegebenen engen, auch finanziellen Verflechtungen der Beteiligten untereinander nicht allein von diesen Gruppen beantwortet werden.

2.2.2. Zur Frage der Qualifikation der Projektleiter für die fachliche Beurteilung der Kritik und der Umgang mit Kritikern

Es gab in der Anfangsphase der Projektentwicklung keine Berücksichtigung von psychoanalytischer Fachkunde durch die bereits genannten dazu legitimierten Gruppierungen. Es konnten nur geringfügige Veränderungen in das TK Modell eingebracht werden, der Kern des Mo-

dells mit dem so genannten Qualitätsmonitoring blieb trotz aller vorgetragenen Begründungen unverändert. Vor allem deshalb haben alle fünf psychoanalytischen Fachgesellschaften mit Begründung ihren Mitgliedern von einer Teilnahme an dem Modell abgeraten.

Damit ist auch festzustellen, dass es sich, entgegen den Behauptungen der TK, keinesfalls um ein tatsächlich verfahrensübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren handelt, weil, wie bereits belegt wurde, alle zentralen Qualitätsmerkmale einschließlich ihrer Werte der psychoanalytisch begründeten Verfahren unberücksichtigt blieben.

Eine abschließende Beurteilung dieser fach-wissenschaftlich breit belegten psychoanalytischen Kritik kann nicht allein von den verfahrensunkundigen Projektleitern der TK, wie bisher getroffen werden. Eine Einbeziehung mehrerer der genannten dazu qualifizierten Gruppierungen wäre dazu unverzichtbar. Es ist nicht hinzunehmen, wenn die TK allein psychologische Hochschullehrer mit verhaltenstherapeutischer Zulassung als Garanten für die Berücksichtigung der psychoanalytischen Belange und Notwendigkeiten, wie bisher, anführt.

Erst nach dem Wechsel der Projektleitung wurde die Veränderung der Bewertungen möglich. Es bleibt an dieser Stelle zu fragen, ob die TK es für notwendig erachtet, alle beteiligten Patienten und Behandler über die Fehlerhaftigkeit der Rückmeldungen und über die hier ausführlich belegten Schädigungen und Gefährdungen des TK-Modell im Nachhinein unter Erfüllung der abgegebenen Transparenzpflichten darüber informieren wird oder ob sie die Veränderungen als „Verbesserung“ des TK-Modell einfach und unzulässig zu integrieren suchen wird.

2.2.3. Gibt es Angaben von schädigenden Nebenwirkungen und Behandlungsrisiken?

Die schädigenden Auswirkungen durch die hier empirisch belegten unkontrollierbar falschen Bewertungen werden nicht reflektiert, Patienten und Behandler nicht darüber aufgeklärt.

Die Zerstörung der wesentlichen Wirkfaktoren in den beiden psychoanalytisch begründeten Therapien durch das bewertende Qualitätsmonitoring wird nicht benannt, die Patienten und Behandler nicht darüber aufgeklärt, obgleich die Projektleitung seit Jahren darüber informiert ist.

Die Gefährdungen, die dadurch entstehen können, dass in dem Qualitätsmonitoring konzeptionell eine notwendige Verlängerung überhaupt nicht als Entscheidungsregel vorkommen kann, obwohl die Notwendigkeit von Verlängerungen vermutlich den größeren Teil aller Behandlungen ausmachen, werden weder reflektiert noch den Patienten und Behandlern mitgeteilt.

Der nachgewiesene Umstand, dass es sich weder um eine verfahrensübergreifende Qualitätssicherung noch bei der vielfachen Reduktion überhaupt um eine Erfassung der Qualität der Behandlungsverläufe handelt, wird nicht benannt; weder Patienten noch Behandler werden darüber informiert.

2.2.4. Zur Nicht-Information der TK Versicherten über veröffentlichte Stellungnahmen der dazu fachlich qualifizierten Institutionen. In den Informationsunterlagen der TK werden folgende Stellungnahmen den Patienten und Behandlern vorenthalten:

- Bei der KV Westfalen Lippe hat der Vorstand das Modellvorhaben mit der TK vereinbart, obwohl die Mitglieder des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie dem Modell ihre Zustimmung verweigert haben (bei Abstimmungspatt war der Antrag abgelehnt). Der Vorsitzende der KVWL ist seit vielen Jahren in der Leitung eines verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitutes u.a. als ärztlicher Leiter der Ambulanz tätig. Es bleibt unklar, wie sicher gestellt werden kann, dass dieser Umstand, oder aber KV interne finanzielle Erwägungen durch Kostenreduktion im Feld der Psychotherapie, oder der vermeintlich notwendige kontrollierende Zugriff über Behandler bei der Entscheidung des Vor-

standes gegen das ablehnende Votum des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie bei der KV WL nicht von Bedeutung war.

Es gibt übrigens keine inhaltliche Begründung des Vorstandes, warum das nach intensiver Diskussion abgegebene ablehnende Votum des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie übergangen wurde; die eingebrachten Kritikpapiere und entsprechende Nachfragen blieben schlicht unbeantwortet.

- In Hessen hat der beratende Fachausschuss mehrfach in offener Abstimmung das Modell abgelehnt, erst in einer ersten geheim durchgeführten Abstimmung fand das Modell eine Mehrheit im beratenden Fachausschuss Psychotherapie bei der KV Hessen. Daraufhin unterzeichneten über 800 Behandler (davon 685 sozialrechtlich zugelassen) aus Hessen eine Stellungnahme gegen das TK Modell. Die Psychotherapeutenkammer in Hessen hat sich, anders als die Kammer in NRW, ebenfalls gegen die Teilnahme am TK Modell ausgesprochen.
- Es gibt eine gemeinsame Stellungnahme aller psychoanalytischen Fachgesellschaften in der Bundesrepublik (sie vertreten 56 der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten) in der sie sich gegen die Teilnahme ihrer Mitglieder aussprechen und eine Überprüfung durch eine Ethikkommission fordern.
- Es gibt viele einzelne Stellungnahmen sowohl von Instituten als auch von entsprechend ausgebildeten Fachkundigen, die der TK und den KVen zugegangen sind.
- Insbesondere die drei geschilderten Veränderungen während der laufenden Untersuchung verweisen darauf, dass die Notwendigkeit der Änderung eingesehen wurde, es bleibt abzuwarten, wie hier mit den Transparenzkriterien umgegangen wird.

Es gibt also eine weit überwiegende Mehrheit der Fachkundigen aus dem Bereich der psychoanalytisch begründeten Verfahren, die in der Richtlinienpsychotherapie die Mehrheit der Psychotherapien durchführen, die sich mit vielen Begründungen gegen das Modell ausgesprochen haben.

Es bleibt zu fragen, mit welcher Begründung die ablehnenden Stellungnahmen dieser fachkundigen Mehrheit nicht den beteiligten Patienten und Behandlern mitgeteilt werden?

2.2.5. Zur Nicht-Information der TK Versicherten über öffentlich zugängliche, inhaltliche Kritik am Modell

Neben den gerade genannten Stellungnahmen gibt es mittlerweile viele Internetangebote von Fachgesellschaften, einzelnen Gruppierungen und qualifizierten Einzelpersonen, die zum Teil untereinander mit Links verbunden sind.

Es bleibt zu fragen, warum die TK bei den oben vorgelegten Behauptungen über die beabsichtigte Information des mündigen Patienten auch über Nebenwirkungen und Schädigungen auf der Internetseite des Modellvorhabens keine Links zu den genannten inhaltlich begründeten und umfassenden kritischen Stellungnahmen aufgenommen hat?

2.2.6. Klare Benennung der Verantwortlichkeit für Behandlungsfehler und deren Schadensregulierung

Erst im Verlauf der Diskussionen über die möglichen schädigenden Folgen des Modellvorhabens wurden zwei wichtige Veränderungen in das Modellvorhaben aufgenommen:

Während in den ersten Entwürfen aus Gründen der Zufallsverteilung klar benannt wurde, dass jeder Patient der TK - versichert war, über den Modellversuch zu informieren und eine Teilnahme anzubieten sei, wurde während des bereits laufenden Modellvorhabens diese Forde-

rung aufgegeben. Zwar gibt es dadurch keine Zufallsverteilung der Patienten mehr, sondern eine subjektive und unkontrollierte Auswahl von Probanden durch den jeweiligen Behandler, aber dadurch kann kein Behandler mehr die TK wegen dieser vorher verbindlichen Absprache für mögliche Schädigungen zur Verantwortung ziehen.

Ebenso wurde, wie bereits ausführlich dargestellt, die vorher vorgesehene, umgehende Informationspflicht über die Bewertung des Behandlers gegenüber dem Patienten aufgegeben. Zwar wird nun auch hier ein weiterer unkontrollierbarer Faktor eingeführt, aber auch hier wurde die Verantwortung des Behandlers gestärkt.

Die Veränderung der Bewertungen und der Nachweis der Fehlerhaftigkeit der Empfehlungen verweisen auf die tatsächlichen Schädigungen durch Fehlinformation in sehr häufigem Umfang.

Alle drei Vorgänge sprechen dafür, dass den Projektleitern klar geworden ist, dass sie die Verantwortung des Behandlers für alle Vorgänge in jeder Behandlung deutlicher darstellen mussten als zu Beginn des Modellvorhabens.

Zwar ist es juristisch auch ohne diese klärenden Veränderungen zu keiner Zeit möglich gewesen, die Verantwortung des Behandlers auf die TK, die KVen oder die zustimmenden Gremien der Kammern zu verlagern, aber nun ist es auch schriftlich klarer gemacht worden.

Hier ist auch erneut die Verantwortung der Psychotherapeutenkammern gefragt, die durch entsprechende Aufklärungspflichten nun auch im Nachhinein aufklärend tätig werden müssten.

Es bleibt zu fragen, ob die Patienten allein vom Behandler über schädliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden müssen, wenn sowohl Kassenärztliche Vereinigungen wie auch Psychotherapeutenkammern in gemeinsamen Stellungnahmen mit der TK für das Modellvorhaben eindringlich geworben haben.

3. Zusammenfassung der Ergebnisse:

Die TK verstößt gegen die Sorgfaltspflicht bei Modellvorhaben, sie hält die gegebenen Versprechungen nicht ein und erfüllt an sechs Punkten nicht die Transparenzkriterien, deren Einhaltung sie propagiert.

Aus dem belegten Umgang mit allen Empfehlungen des Sachverständigenrates bezüglich der Zusammensetzung und Kooperation der Beteiligten bei Qualitätssicherungsvorhaben in der gesetzlichen Krankenversorgung ergibt sich ebenso wie aus der Nichterforschung von Fehlerquellen und von Nebenwirkungen der Nachweis der Verletzung der Sorgfaltspflicht bei der Planung und Durchführung des Modellvorhabens durch die Projektleitung.

Die von der TK abgegebenen Versprechungen nach Neutralität und nach Transparenz wurden an sechs Punkten als nicht eingehaltene Versprechungen belegt.

Die Erfüllung der Transparenzkriterien, die von drei anerkannten Einrichtungen zur Transparenzkontrolle erstellt wurden und von der TK anerkannt sind, wurde nachweislich nicht geleistet.

Kapitel 5

Überlegungen zur notwendigen Prüfung der Wirtschaftlichkeit des TK Modellvorhabens

Es bleibt zunächst abzuwarten, ob erstens eine genaue Kostenaufstellung für alle Beteiligten und ob zweitens die finanziellen Unterschiede zum regulären Richtlinienverfahren vorgelegt wird.

Hier könnte auch der Unterschied zwischen dem regulären Gutachterverfahren und die zu erwartenden Unterschiede im modifizierten Gutachterverfahren mit der zu erwartenden deutlich geringeren Effektivität der im TK Modell angewendeten Gutachtermodelle genauer zu untersuchen sein.

Zudem werden insbesondere die finanziellen Regelungen zwischen der TK und dem Hogrefe Verlag sowie zwischen der TK und der Forschergruppe und dem Verlag von Interesse sein müssen, wenn die zu Lasten der gesetzlich TK - Versicherten erbrachten Leistungen aus dem Modellvorhaben angemessen und transparent beurteilt werden sollen.

Die Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit des Modells selbst sollten auch den geschilderten unterschiedlichen Umgang mit den probatorischen Sitzungen untersuchen. Hier könnte ein Vergleich mit den Jahren, in denen die probatorischen Sitzungen noch regulär bezahlt wurden, weiter führen.

Bei der Prüfung der Fragen, ob Kostenreduktionen während oder nach dem Modellversuch für die Krankenkasse zu erwarten sind, sollte an die Prüfung der Notwendigkeit und des ausreichenden Umfangs der Behandlungen gedacht werden, möglicherweise könnten externe Rater durch eine Prüfung der Behandlungsergebnisse aus den Untersuchungsgruppen hier zu Antworten beitragen.

Ein fairer Vergleich der Wirksamkeit des regulären Gutachterverfahrens mit dem modifizierten Gutachterverfahren im TK-Modell ist zu wünschen: Der Vergleich der realen Versorgungszahlen (etwa 14% Änderungen) mit den zu erwartenden deutlich geringeren Änderungen im TK-Modell sollte in Bezug gesetzt werden zu den Kosten für das Apparatzentrum

Eine Analyse der Einnahmemöglichkeiten und Interessen der Behandler die am TK-Modell sowohl wegen der zu erwartenden geringeren Änderungsquote der Anträge, aber auch wegen der im TK-Modell vorgenommenen Aufhebung der Trennung von Kurzzeit (KZT)- und Langzeitbehandlungen (LZT) teilgenommen haben, könnte analysiert werden. Es wäre interessant zu untersuchen, ob der zu vermutende geringere Antrag von KZT im Vergleich zur regulären Versorgung und die im TK-Modell zu erwartende höhere Anzahl von LZT zu wirtschaftlichen Unterschieden führt.

Natürlich ist die Einjahres - Katamnese zur Beurteilung der Dauerhaftigkeit der Ergebnisse und damit auch dieses wirtschaftlichen Aspektes völlig unzureichend.

Gerade in den psychoanalytisch begründeten Verfahren weiß man, dass die ubw. Übertragungen auf den Behandler etwa ein Jahr anhalten. Es gab daher Diskussionen, ob die Untersuchung von Rückfallquoten oder von nicht ausreichenden Behandlungen durch die Übertragungsintensität, die Übertragungsdauer und die Übertragungsbereitschaft des Patienten beeinflusst werden.

Nach diesen fachlichen Überlegungen haben die meisten psychoanalytisch begründeten Forschungsvorhaben einen längeren Katamnesezeitraum eingeplant. Die in dieser Stellungnahme

zitierte Untersuchung von Brockmann et al hat einen sieben Jahres Katamnesezeitraum erfasst, z. T. zeigten sich Unterschiede in den Verläufen erst nach mehreren Jahren.

Wie bei allen Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Psychotherapie ist zu befürchten, dass wieder nur allein diejenigen Auswirkungen erfasst werden, die den Patienten unmittelbar selbst betreffen. Dies werden die Krankentage, die Inanspruchnahme von stationärer Behandlung, das Krankengeld und ähnliche Folgen betreffen. Die wirtschaftlichen Folgen, die nach einer erfolgreichen aber auch nach einer nicht-erfolgreichen Behandlung aus der familiären und sozialen Umgebung des Patienten in direkter Folge der Pathologie des Patienten entstehen, werden vermutlich auch hier nicht ausreichend erfasst; damit wird die Untersuchung der Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie auch hier zu eng durchgeführt.

Die grundsätzliche Prüfung der Wirtschaftlichkeit eines Modellvorhabens umfasst jedoch zunächst die Prüfung der Verwertbarkeit der Ergebnisse eines Modellvorhabens.

Die nicht gegebene Aussagekraft des TK Modells wurde in den Kapiteln zur Qualitätserfassung und zur Frage der Wissenschaftlichkeit des Modells ausführlich diskutiert.

Das TK Modell kann wegen der dort genannten Gründe, insbesondere wegen der vielfältigen Unterschiede zwischen den UG und den KG sowie wegen der Veränderungen im laufenden Modellvorhaben keine wissenschaftlich fundierten Ergebnisaussagen abgeben.

Damit ist das Modellvorhaben zwangsläufig unwirtschaftlich, weil zu den angestrebten Untersuchungszielen nach den geschilderten Fehlentwicklungen keine wissenschaftlich begründeten Ergebnisaussagen abgegeben werden können.

Die Schädigungen und die Folgen der Beeinträchtigungen der psychoanalytischen Wirkfaktoren werden nicht untersucht.

Das TK Modell beansprucht jedoch selbst, die Frage der Wirtschaftlichkeit des Experimentes wissenschaftlich begründet untersuchen zu können, die Aussagen sind abzuwarten

Die Behauptung der TK, zur Wirtschaftlichkeit des eigenen Experimentes fundierte Aussagen abgeben zu können, muss ebenfalls mit folgender Begründung als sehr problematisch zurückgewiesen werden. Im TK Modell werden die negativen Auswirkungen durch die Nicht-Erfassung von Qualität, durch die fehlerhafte Norm und die unkontrollierbar fehlerhaften Bewertungen sowie durch die Schädigungen des therapeutischen Arbeitsbündnisses und der Wirkfaktoren in keinsten Weise untersucht.

Wenn aber weit reichende Folgekosten, die durch das Modellvorhaben selbst ausgelöst werden, konzeptuell nicht erfasst werden können, ist eine seriöse Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen des TK Modells nicht möglich.

Auch diese Unfähigkeit zur Wirtschaftlichkeitsberechnung des TK Experimentes lässt die Unwirtschaftlichkeit des Modellvorhabens deutlich werden.

Kapitel 6

Die Mitverantwortung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und die Forderung nach strukturellen Klarstellungen, falls eine Wiederholung derart gravierender Fehlentwicklungen tatsächlich beabsichtigt sein sollte.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nach dem Gesetz verpflichtet, für die Sicherstellung der Versorgung und der in §70 SGB V vorgegebenen Kriterien Sorge zu tragen.

§ 75 (1) SGB V lautet: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.“

Gemäß § 70 (1) muss die Versorgung dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, die fachliche Qualität muss erbracht werden und gemäß (2) muss die Behandlung human und wirtschaftlich erbracht werden.

§135a (1) SGB V schreibt vor, dass die Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen müssen und in der gebotenen Qualität erbracht werden müssen.

In § 136 (1) SGB V werden die Kassenärztlichen Vereinigungen zu Maßnahmen der Förderung der Qualität verpflichtet.

Nach § 135 a (2) SGB V sind Vertragsärzte verpflichtet, sich an Maßnahmen zu beteiligen, die zur Verbesserung der Ergebnisqualität beitragen.

Der § 95 d (2) SGB V schreibt vor, dass die Fortbildungsinhalte dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Medizin oder Psychotherapie entsprechen müssen.

Der § 105 SGB V schreibt den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

Auf Grund dieser gesetzlichen Vorgaben sind die Kassenärztlichen Vereinigungen bei den Verträgen mit den Kassen bezogen aus Modellprojekten in einer besonderen Verantwortung.

Sowohl die seit Jahren massiv schlechte Bezahlung der probatorischen Sitzungen als auch der Berichte der Behandler an den Gutachter haben zu einer enormen Veränderung bei der Antragserstellung geführt. Während vor diesen Honorarkürzungen die zu einer fachlich notwendigen Indikationsstellung unverzichtbaren probatorischen Sitzungen regelmäßig in Anspruch genommen wurden, hat sich dies massiv geändert. Heute werden sehr häufig sofort Anträge auf (meist gutachterbefreite) Kurzzeittherapieanträge gestellt, in denen dann die genannten Aufgaben erfüllt werden.

Dies ist aus vielen Gründen, die hier nicht weiter erläutert werden sollen, eine Gefährdung der Qualität der Indikationsstellung, die allein die Kassenärztlichen Vereinigungen zu verantwor-

ten haben. Diese Problematik wird auch im TK-Modell virulent, weil hier der Unterschied zwischen KZT und LZT völlig aufgehoben wurde und die probatorischen Sitzungen gar nicht mehr diskutiert werden.

Das Hauptproblem für die Kassenärztlichen Vereinigungen im Umgang mit dem TK-Modell besteht jedoch darin, dass sie eigentlich der Partner der Fachgesellschaften sein müssten und im TK-Modell zwar nicht die verhaltenstherapeutischen, aber die psychoanalytischen Fachgesellschaften und deren Mitglieder unzulässig benachteiligt haben.

Die Fachgesellschaften hätten dringend der Unterstützung der KVen bedurft, um die genannten Schädigungen, Fehlinformationen der Patienten und die Beeinträchtigungen und Beschädigungen der analytisch begründeten Behandlungen zu verhindern.

Der eigentlich notwendige enge Zusammenhang ergibt sich aus den im Gesetz genannten Pflichten der KVen, die inhaltlich nur durch die Arbeit der entsprechenden Fachgesellschaften erfüllt werden kann. Auch personell wird diese Arbeit durch die Mitglieder der Fachgesellschaften geleistet, die Kooperation zwischen den Vorständen der KVen und den Fachgesellschaften erscheint daher unverzichtbar.

Und hier taucht nun die erhebliche Verantwortung der beteiligten KVen erkennbar auf: Sie haben nicht nur die Teilnahme am TK-Modellvorhaben ohne inhaltliche Berücksichtigung der psychoanalytischen Fachgesellschaften und deren ernsthaften Bedenken vertraglich vereinbart und dazu keinerlei Antwort den Kritikern, die schließlich überwiegend KV-Vertragsbehandler sind, zukommen lassen.

Sie haben darüber gehend hinaus (auch ohne jede rechtlich oder inhaltlich fundierte Begründung) entschieden, dass die Tätigkeiten von niedergelassenen Vertragsbehaltern,

- die nur nach Ernennung und im Auftrag der Krankenkassen und der KBV als Gutachter tätig sind,

- die nur nach Anerkennung durch die Kammern als Supervisoren für die laufende gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung tätig sind

- die als Ausbilder für die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung und für die Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtung nach dem PsychThG gesetzlich verpflichtet sind und deren Tätigkeit im Bundesmantelvertrag verbindlich als Teil der Kassenleistungen durch die Anerkennung der Ausbildungsinstitute eingebunden ist

- die als wissenschaftlich tätige Vertragsbehandler in den Fachgesellschaften sowohl die Sicherstellung wie auch die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Qualität der Versorgung gewährleisten

als Tätigkeiten einzuordnen sind, die nicht in Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Versorgungspflichten und Versorgungstätigkeiten stehen.

Nur mit der Entscheidung der KVen, die eigenen Vertragsbehandler und deren für die Erfüllung der gesetzlichen Pflichten für die KVen unverzichtbare Tätigkeiten willkürlich als „private Nebentätigkeiten“ aus den vertragsärztlichen Versorgungsaufgaben auszuschließen, konnten sie die Nichtberücksichtigung der Kritik der eigenen Mitglieder rechtfertigen und die Nichtberücksichtigung der Fachgesellschaften begründen.

Damit verstoßen die KVen nicht nur gegen das SGB V und die zahlreichen in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung und im Bundesmantelvertrag vertraglich selbst mit den Kassen vereinbarten Regelungen, sondern sie verstoßen auch gegen die Empfehlungen des Sachverständigenrates zu Fragen der Qualitätssicherung.

Von daher ergibt sich hier die unverzichtbare Forderung an die am TK-Modell beteiligten KVen, eine Umkehr ihrer Entscheidungen zu vollziehen, um die an sie gestellten gesetzlichen Verpflichtungen und die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen überhaupt erfüllen zu können, aber auch, um ihre eigenen Mitglieder angemessen an der Entwicklung von Qualitätskonzepten zu beteiligen und gegen die Schädigungen, die von ungeeigneten Modellen ausgehen, gemeinsam mit den Fachgesellschaften vorzugehen.

Dazu gehört jedoch die Anerkennung, dass die Tätigkeiten von zugelassenen Vertragsbehandler, die als Gutachter, Supervisoren, Ausbilder und Wissenschaftler im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie tätig sind, als wichtige Bestandteile der vertragsärztlichen Versorgungsaufgaben gelten und keinesfalls als „private Nebentätigkeit“ außerhalb der vertragsärztlichen Versorgungsaufgaben einzuordnen sind.

Damit wäre auch für zukünftige Modellvorhaben sicher gestellt, dass durch die dann notwendige Einbeziehung der fachlich qualifizierten Vertragsbehandler bereits bei der Designerstellung von Modellprojekten sicher gestellt werden kann, dass die alleinige Umsetzung der Interessen der Krankenkassen und der persönlichen Forschungsinteressen von nicht in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Wissenschaftlern und den genannten anderen Interessengruppierungen nicht derart gravierende Fehler und Schäden anrichten können, wie es im TK-Modell erfolgte.

Literatur

- Adler, A. (1972): Über den nervösen Charakter. Frankfurt (Fischer)
- Adler, A. (1984): Menschenkenntnis. Frankfurt (Fischer)
- Adler, A. (1984): Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Frankfurt (Fischer)
- Adler, A. (1997): Über den nervösen Charakter. Kommentierte textkritische Ausgabe herausgegeben von Witte, K.-H., Bruder-Bezzel, A., Kühn, R. Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht)
- Ansbacher, H.L. ; Ansbacher, R.R. (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. München (Reinhardt)
- Ansermet, F., Magistretti, P. (2005): Die Individualität des Gehirns. Frankfurt (suhrkamp)
- Antoch, R. (1981): Von der Kommunikation zur Kooperation. München (Reinhardt)
- Arbeitskreis OPD (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD – 2, Bern (Huber)
- Auchter, T. (2003): Psychoanalyse zwischen Emanzipation, Effizienz, Euro und Entfremdung in: Psychoanalyse mit und ohne Couch. Gerlach, A., Schlösser, A.M., Springer, A. Psychosozial-Verlag Gießen 2003.
- Bachrach, H.M.; Galatzer-Levy, R.; Skolnikoff, A.; Waldron, J.S. 1991: On the efficacy of psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalysis Association 39: 871-916.
- Bastine, R. (1984): Klinische Psychologie Band 1, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz (Kohlhammer).
- Bauriedl, T. (1999): Ohne Abstinenz stirbt die Psychoanalyse. Über die Unvereinbarkeit von Psychoanalyse und Körpertherapie, in: Forum der Psychoanalyse, Bd.14, Heft 4/98 Berlin (Springer).
- Binder – Klinsing, G., (2006): Unveröffentlichtes Thesenpapier auf der Tagung der Lehranalytiker DGIP 2006 in Duisburg.
- Blanck, G.; Blanck, R. (1980): Ich Psychologie II, Stuttgart (Klett)

- Bohleber, W., (1999): Therapeutischer Prozess als schöpferische Beziehung, Übertragung, Gegenübertragung, Intersubjektivität, in: Psyche Sonderheft, Heft 9/10 Klett-Kotta 1999
- Brandl, Y., Bruns, G., Gerlach, A., Hau, S., Janssen, P.L., Kächele, H., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W., Rudolf, G., Schlösser, A.-M., Springer, A., Stuhr, U., Windaus, E., (2004), Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse, Heft 1 2004. Springer Berlin.
- Brockmann, J., Schlüter, T., Eckert, J. (2001): Die Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie – Ergebnisse der Untersuchung psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeit-Psychotherapien in der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. In: Buber, M. (1994): Heilung aus der Begegnung, in: Gestalttherapie, 8.Jg. Heft 1/94
- Buchholz, M.B. (2003): Buchbesprechung: Wampold, Bruce E.: The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings. Mahwah/London (Earlbaum) 2001 in: Psyche Heft 7 57.Jahrgang Juli 2003 Klett Kotta.
- Buchholz, M.B. (1999): Psychotherapie als Profession. Gießen (Psychosozial).
- Buchholz, M.B. (2003): Stellungnahme zu Birgit Kröner-Herwig: "Expertise zur Beurteilung der empirischen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Verhaltenstherapie" vorgelegt am 22. August 2002. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Buchholz, M.B. (2006): Profession und empirische Forschung in der Psychoanalyse. Psyche 5, 60. Jahrgang, Mai 2006, S.426 -454, Klett – Cotta.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2006): Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer zum Anhörungsentwurf „Aktualisierung der Abschnitte B und D der Psychotherapie - Richtlinien: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. (Hg.): Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler, S.271-276. Stuttgart.
- Brockmann, J. (1998): Individualpsychologische Identität und die Entwicklung neuer Erkenntnisse, in: Zeitschrift für Individualpsychologie, 23.Jg. Heft 2/98, München, Basel (Reinhardt)
- Brockmann, J. (2003): Psychoanalytisch orientierte Langzeittherapien von Psychoanalytikern (DGIP) Teil II: Quantitative Ergebnisse: Veränderungen in der Symptomatik, in der interpersonellen Problematik und im Erleben und Verhalten. Zeitschrift für Individualpsychologie 2/2003 S.138 –157.
- Bühning, Petra, (2004): Eine Frage der Ehre in: Deutsches Ärzteblatt PP Heft 6 7 Juli 2004 S.308-309.
- Chodorow, N., J., (2001): Die Macht der Gefühle: Subjekt und Bedeutung in Psychoanalyse, Geschlecht und Kultur. Stuttgart (Kohlhammer)
- Deneke, F.-W. (2003): Psychische Struktur und Gehirn. Stuttgart (Schattauer)
- Diepgen, R. (1992) Münchhausen Statistik. Kommentar in Psychologische Rundschau 1992
- Dornes, M. (1999): Von Freud zu Stern. Klinische und anthropologische Implikationen der psychoanalytischen Entwicklungstheorie, in: Psychotherapeut 2/99, Berlin Heidelberg (Springer)
- Dührssen, A. (1962): Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z. Psychosom.Med.Psychoanal.8: 94-113.
- Edelman, G. M., Tononi, G. (2004): Gehirn und Geist. Wie aus Materie Bewusstsein entsteht. München (dtv)
- Ermann, M. (1995): Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Stuttgart (Kohlhammer)
- Fairbairn, W. R. D. (1952): Psychoanalytic studies of the personality, London (Tavistock Publications)
- Fischer, E.P. (2001): Die andere Bildung. Was man von den Naturwissenschaften wissen sollte. Ullstein Verlag München.
- Fonagy, P., Target, M. (1997). Voraussagen über die Ergebnisse von Kinderanalysen: Eine retrospektive Studie von 763 Behandlungen am Anna Freud Centre. In: Leuzinger-Bohleber und Stuhr (Hrsg.), Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neuen Katamnestichestudien, (S 366-406). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Friedrichs, J. (1973): Methoden empirischer Sozialforschung. Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt.

- Freedman, N.; Hoffenberg, J.D.; Vorus, N.; Frosch, A. 1999: The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: the role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *J.Am. Psychoanal.Assoc.* 47: 741 - 772
- Freud, S. (1933): *Gesammelte Werke Bd. XV*, London (Imago Publishing Co)
- Förstl, H., Hautzinger, M., Roth, G. (Hrsg.) (2006): *Neurobiologie psychischer Störungen*. Heidelberg (Springer)
- Grande, T.; Rudolf, G.; Oberbracht, C. (1997): Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, U. (Hg): *Psychoanalytische Katamneseforschung*. Gießen: Psychosozial, S. 415-431.
- Grande, T., Rudolf, G., Stellungnahme zum TK-Modellvorhaben. (2003). Veröffentlichtes Papier auf Anfrage des Fachausschusses Hessen.
- Grawe, K.; Donati,R., Bernauer,F. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, Göttingen (Hogrefe)
- Groeben, N.; Scheele, B. (1977) : *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts*. Darmstadt
- Groeben, N.; Westmeyer, H. (1975) *Kriterien psychologischer Forschung*. München
- Grundgesetz, (2001) München (Beck)
- Grünwald, H.S. (2003):Prolog. Zu: Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie. Punktum. Sonderdruck. Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie.
- Guntrip, H. (1968): *Schizoid phenomena, object-relations and the self*, London (The Hogard Press)
- Heckrath, C. Dohmen, P. (1998): History repeats itself – auch in der Psychotherapieforschung? In: Tschuschke u. a. (Hrsg), *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Bernauer und Donati*, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Heisterkamp, G. (1993): *Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie*, München (Pfeiffer)
- Heisterkamp, G. (2002): *Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse*, Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta)
- Hentschel, U. (2005): Die therapeutische Allianz. Vorgelegt in zwei Teilen, Zeitschrift „Psychotherapeut“ Heft 5 (S.305 -317)und Heft 6 2005 Heidelberg (Springer)
- Henry, W.P.; Strupp, H.H.; Schacht, T.E.; Gaston, L. (1994): *Psychodynamic Approaches*. In Bergin, A. E.; Garfield, S. L. (ED) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* 4.Edition. Wiley & Sons NY
- Herzog, W. (1980): Die wissenschaftstheoretische Problematik der Integration psychotherapeutischer Methoden in: *Integrative Therapie* 1980 heft 4 Paderborn (Junfermann)
- Höfling, S. (1988): *Wirksamkeit und Nutzen Psychotherapeutischer Behandlung*. Schriftenreihe des Berufsverbandes Deutscher Psychologen e.V. Heft 8. Deutscher Psychologen Verlag Bonn
- Hohage, R. (1996): *Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis: Diagnostik, Behandlungsplanung, Kassenanträge*, Stuttgart, New York (Schattauer)
- Hoffmann, S. O. Einführung in die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). In: Lindauer Texte 1996 Buchheim, p. Cierpka, M., Seifert, Th. Springer 1996
- Horgan, J. (2001): *Der menschliche Geist*. Frankfurt (Fischer)
- Horowitz, I.L. (1967): *The Rise and Fall of Project Camelot*. Cambridge, Mass.
- Huber, D., Klug, G. (2006): Die Münchener Psychotherapie Studie. Erste vorläufige Ergebnisdarstellung auf der Forschungskonferenz der DGPT am 15.05.2006 im Sigmund Freud Institut Frankfurt.
- Hurrelmann,K., Ulich,D.(1982): *Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim, Beltz.
- Kächele, H. (1981): Ansätze und Ergebnisse psychoanalytischer Therapieforshung. In Baumann, U.; Berbalk, H.; Seidenstücker, G. (Hg): *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*, Bd4. Bern: Huber 209-259

- Kächele, H.; Dengler, D.; Eckert, R.; Schnekenburger, S. (1990): Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktes durch eine Kurztherapie Zeitschrift Psychotherapie, Psychosomatik, med. Psychol. 40 175-185 Stuttgart
- Kahl-Popp, J. (2004): Lernziel: Kontextbezogene psychotherapeutische Kompetenz. Forum der Psychoanalyse 2004, Heft 20 S. 403 - 418
- Kaiser, E.(1998): Fragen zur Wirksamkeit von Psychoanalysen als psychotherapeutisches Verfahren. Stellungnahme aus der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV).
- Kaplan-Solms, K., Solms, M. (2003): Neuro – Psychoanalyse. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Kayser, E.; Stättner-Kayser, M. (1983): Integrative Therapietheorie: Therapie als System-Reorganisation, in: Integrative Therapie (1983) Heft 2/3 Paderborn (Junfermann)
- Kayser, E. Schanz, V. (1984):Zur Brauchbarkeit der Systemperspektive für die Entwicklung einer Therapietheorie. In: Integrative Therapie 1984 Heft ½ Paderborn (Junfermann)
- Kernberg, O. F. (1994): Der gegenwärtige Stand der Psychoanalyse, in: Psyche 48, 1994
- Kernberg, O. F. (1997): Wut und Hass, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Klußmann, R. (1988): Psychoanalytische Entwicklungspsychologie, Neurosenlehre, Psychotherapie: eine Übersicht, Berlin, Heidelberg, New York (Springer)
- Kolbe, A. (1985): Theoriegeleitete Integration in der Psychotherapie auf der Basis des epistemologischen Paradigmas. In: Integrative Therapie 1985 Heft 2, Paderborn (Junfermann)
- Kordy, H.; Kächele, H. (1995): Der Einsatz von Zeit in der Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 195 - 209
- Köhlke, H. U. (2000): Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit. Tübingen (DGVT - Verlag)
- Krause, R. (1997): Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1: Grundlagen. Stuttgart (Kohlhammer)
- Krause, R. (1998): Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2: Modelle. Stuttgart (Kohlhammer)
- Kriz, J. (2003):Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie. Punktum. Sonderdruck. Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie.
- Lehmkuhl, G.; Lehmkuhl, U. (1998): „Ich bin genau wie diese Paranoiker, dachte er, die glauben, dass alles interpretierbar ist“, in: Zeitschrift für Individualpsychologie, 23.Jg. Heft 2/98, München, Basel (Reinhardt)
- Leichsenring, F. (2002): Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der evidence based medicine.Z.Psychosom.Med.Psychother. 48 139-162.
- Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, U.:(1997): Psychoanalysen im Rückblick. Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung. Gießen: Psychosozial
- Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, U.; Rüber, B.; Beutel, M. (2001): Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese studie. Psyche Z. Psychoanal. 55 193-275.
- Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U., Beutel, M. (2002): Forschen und Heilen in der Psychoanalyse. Kohlhammer 2002.
- Levinas, E. (1998): Jenseits des Seins oder anders als Sein geschieht. Freiburg (Alber)
- Lévinas, E. (2002): Totalität und Unendlichkeit. Freiburg (Alber)
- Lichtenberg, J.D. (1991): Motivational-funktionale Systeme als psychische Strukturen. Forum der Psychoanalyse Heft 7 Heidelberg (Springer)
- Lichtenberg, Lachmann, Fosshage (2000): Zehn Prinzipien psychoanalytischer Behandlungstechnik. Klett-Cotta

- Lieberz, K.; Krumm, B.; Adamek, L.; Mühlig, S. (2009): Erst- und Umwandlungsanträge im psychodynamischen Zweig der Richtlinien-Psychotherapie. Psychosomatische Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit. Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
- Linden, M.; Langhoff, C. (2010): Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste. Psychotherapeut Band 55 Heft 6 November 2010 S.477 – 484. Springer Verlag Heidelberg
- Linsenhoff, A.; Kommer, D. (1982): Schulenübergreifende Perspektiven in der Psychotherapie. In: Petzold, H (Hrsg.): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn (Junfermann)
- Lockwandt, O. (1982): Zum Methodenproblem der „humanistischen“ Psychologie. In Petzold, H. (Hrsg.): Methodenintegration in der Psychotherapie, Paderborn (Junfermann)
- Loewald, H. W. (1986): Überlegungen zum psychoanalytischen Prozess und seinem therapeutischen Potential, in: Psychoanalyse. Aufsätze aus den Jahren 1951-1979, Stuttgart (Klett)
- Loewenberg, P. (2003): Wo sind die Emotionen? Oder: Die Psychoanalyse als Proto-Postmoderne in: Psychoanalyse mit und ohne Couch. Gerlach, A., Schlösser, A.M., Springer, A. Psychosozial-Verlag Gießen 2003.
- Lutz, W.; Tholen, S. (2003): Die Entwicklung von Entscheidungsregeln zur Evaluation der Psychotherapiegenehmigung und Verlängerung. Universität Bern.
- Mandler, G. (1979): Denken und Fühlen. Zur Psychologie emotionaler und kognitiver Prozesse. Paderborn (Junfermann)
- Mertens, W. (1994): Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Berlin (Quintessenz)
- Mertens, W. (1991): Einführung in die psychoanalytische Therapie Band 3 , Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer)
- Mitchell, S., A. (2000): Relationality From Attachment To Intersubjectivity, The Analytic Press N.Y. London 2000
- Mooney, P. (2020): “Wir müssen den Wahnsinn stoppen”: Natur und Kosmos Heft September 2010, S.21. Konradin Medien, Leinfelden-Echterding
- Naatz, T. (1997): Psychoanalyse und wissenschaftliche Erkenntnis. Probleme und Lösungsversuche. München (Reinhardt)
- Nedelmann, C. (1990): Die Psychoanalyse als Krankenbehandlung in der kassenärztlichen Versorgung. 1. Teil: Ein Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien, in: Forum der Psychoanalyse Heidelberg (Springer)
- Neumann, Ursula, (2004), Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten. bvpv-magazin 3. Jahrgang 1/2004, S. 25 – 26
- Niedecken, D.(2002): Zur Selbstreferenz des Bewusstseins. Oder: Wie konstituiert sich das Subjekt einer Szene? In: Psyche Sonderheft 2002. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Norcross, J.C. (2002) Psychotherapy Relationships That Work. Oxford University Press NY.
- Nunberg, H. (1971): Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage, Bern, Stuttgart, Wien (Huber)
- Ogden, T.H. (1997): Über den potentiellen Raum, in: Forum der Psychoanalyse, Bd. 13 Heft 1/97 Berlin (Springer)
- Orlinsky, D.E., Howard, K.J. (1986): Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield, S.L., Bergin, A.E. (Eds): Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York: J. Wiley S. 19 – 114
- Orlinsky, D. E. (1994): Learning from Many Masters. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle in: Psychotherapeut Bd. 39, Heft 1/94, Berlin, Heidelberg (Springer)
- Orlinsky, D. E.; Rønnestad, M.H.; Willutzki, U. (2004): Fifty Years of psychotherapy process-outcome-research: continuity and change. In: Lambert, M.J. (Ed) Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behaviour change 5. Edn. Wiley, New York pp 307-389.

- Pauen, M. (2002): Von Fledermäusen und der Freiheit des Willens. In *Gehirn und Geist* 1/2002, Heidelberg
- Pauls, H. (1986): „schöpferische Kraft“, Lebensstil und Psychotherapie. In: *Zeitschrift für Individualpsychologie* 1986, Heft 3, München (Reinhardt)
- Perls, F.S.; Hefferline, R.F.; Goodman, P. (1979): *Gestalt-Therapie: Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Pfaff, K. (1980): Über die Liebe. Unveröffentlichtes Manuskript, Dortmund
- Piechotta, B. (2003): Qualitätsmanagement für Psychoanalytiker. Stein der Weisen oder Stein des Sisyphos? In *Forum der Psychoanalyse* 2003, Band 19, Heft 2-3, S.129 – 147. Springer
- Portele, H. (1997): Was mir an der Gestalttherapie so gut gefällt, in: *Gestalttherapie* 11. Jg. Heft 2/97
- Popper, K. R. (1973): *Objektive Erkenntnis: Ein revolutionärer Entwurf*, Hoffmann und Campe
- Popper, K. R., Eccles, J. C. (2002): *Das Ich und sein Gehirn*. München (Piper)
- Puschner, B., Kordy, H., Kraft, S., Kächele, H. (2004): Zwei Jahre ambulante Psychotherapie: Ergebnisse der TRANS-OP-Studie zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung. Ulmer psychosoziales Kolloquium 26. Mai 2004
- Rater, J. J. (2001): *Das menschliche Gehirn. Eine Gebrauchsanweisung*. Düsseldorf (Patmos)
- Ringel, E. (1984): *Selbstschädigung durch Neurose*. Wien
- Rombach, H. (1980) *Phänomenologie des gegenwärtigen Bewusstseins*. Verlag Karl Alber, Freiburg
- Rombach, H. (2003): *Die Welt als lebendige Struktur. Probleme und Lösungen der Strukturontologie*. Rombach, Freiburg
- Roth, G. (2002). Gleichtakt im Neuronennetz. In: *Gehirn und Geist* Heft 1 2002 Heidelberg
- Rudolf, G., Dilg, R., Grande, T. Jacobsen, T. Keller, W., Oberbracht, C. Pauli-Magnus, C. Stehle, S., Wilke, S., (2001): *Therapeutische Umstrukturierung im analytischen Prozeß: Modellbildung und Verlaufsbeobachtung*. In: Schlösser, A.-M., Gerlach, A., (2001): *Kreativität und Scheitern*. Gießen, Psychosozial Verlag
- Rudolf, G., Grande, T., Jacobsen, Th., Keller, W. (2004): *Die Praxisstudie analytische Langzeittherapie (in Vorbereitung)*
- Rudolf, G., Dilg, R., Grande, T. Jacobsen, T. Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Stehle, S., Oberbracht, C. (2004): *Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: Die Praxisstudie analytische Langzeittherapie*. In: Gerlach, A., Schlösser, A.-M., Springer, A.: *Psychoanalyse des Glaubens*. Gießen, Psychosozial Verlag
- Rudolf, G. (2005): *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart, Schattauer Verlag
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2000): *Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskaala*. in: *Psychotherapeut* 45 : 237 – 246, Springer-Verlag 2000
- Rudolf, G., *Kriterien für die Bewertung von Qualitätssicherungsverfahren*. Arbeitspapier vom 15.02.02
- Rudolf, G., Grande, T. (2003): *Stellungnahme zum TK-Modellvorhaben auf Anfrage des hessischen beratenden Fachausschusses*.
- Rumpler, P. (1996): *Leserbrief zu Bocians Artikelserie „Gestalttherapie und Psychoanalyse – Teil I-III“* in: *Gestalttherapie* 10.Jg. Heft 2/96
- Ruprecht, T. (2009) in: *Nebenwirkungen inklusive. Wie kann sich der Psychotherapie-Patient vor Scharlatanen schützen?* Artikel von Albrecht, H. *Die Zeit* 2009 Nr. 41
- Sandell, R. (1999): *Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien*. *Forum der Psychoanalyse* 15: 327-347.
- Sandell, R.; Blomberg, J.; Lazar, A.; Carlsson, J.; Broberg, J.; Rand, H. (2000): *Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long term psychotherapy: a review of findings in the*

- Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP). *Int. J. Psychoanal.* 81: 921-943.
- Sandler, J.; Sandler, A.M. (1985): *Vergangenheits-Unbewußtes, Gegenwarts-Unbewußtes und die Deutung in der Übertragung.* Psyche Heft 39, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Schüßler, G. (1996): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Konfliktdiagnostik.* In: Buchheim, P. Cierpka, M.; Seifert, Th. (1996): *Lindauer Texte.* Berlin (Springer)
- SACHVERSTÄNDIGENRAT für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001. *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege.*
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, F., Broberg, J., Schubert, J. (2001): *Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien.* Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojektes. *Psyche* 55, 273-310.
- Sasse, H. (2000): *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten in den psychoanalytisch begründeten Verfahren (AP, TP) in:* Behnsen, Bell, Best, Gerlach, Schirmer,
- Sasse, H. (2001): *Das Gutachterverfahren in der psychotherapeutischen Versorgung. Aktuelle Konflikte und notwendige Weiterentwicklung.* *Psychotherapeut*, 46: 278-285.
- Sasse, H. (2003): *Denkschrift für Interessenten an einer psychoanalytischen Ausbildung an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte der DGIP.* Sonderdruck DGIP Intern. Kostenloses Download: www.dgip.de unter der Rubrik Ausbildungsinfo.
- Sasse, H. (2003): *Streitschrift zur Qualitätsbestimmung in der Psychotherapie: am Beispiel des Modellvorhaben der TK- Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie.* Kostenloses Download: www.dgip.de unter der Rubrik Qualitätssicherung.
- Sasse, H. (2005): *Qualität und Humanität in der Psychotherapie.* In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.) (2005): *Die Gesellschaft und ihre Krankheit.* Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen
- Sasse, H. (2007): *Qualität und Humanität in der psychoanalytischen Therapie. Entwicklung eines vorläufigen Modells zur Qualitätsbeschreibung der psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren.* In: Springer, A., Münch, K., Munz, D.: *Psychoanalyse Heute ?!* Psychosozial-Verlag Gießen.
- Sasse, H. (2008): *Kompetenz in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie.* In: *Zeitschrift für Individualpsychologie*, Heft 3/2008 S.288 – 315, Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen.
- Sasse, H. (2009): *Von der Macht der Lust und der Lust an der Macht.* In: Wahl, Sasse, Lehmkuhl, (Hrsg.): *Macht – Lust. Beiträge zur Individualpsychologie.* Band 35. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen.
- Sasse, H. (2010): *Qualität, Humanität und Kompetenz in der psychoanalytischen Therapie.* Unveröffentlichter Vortrag an der Universität Münster.
- Sasse, H. (2011 in Vorbereitung): *Leiden, Macht, Sinn.* In: Wahl, Lehmkuhl, Sasse (Hrsg.) (2011 in Vorbereitung): *Freude ohne Ach und Weh?* Band 37 Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen
- Schachter, J. (2006): *Ist die zeitgenössische Psychoanalyse in den USA noch eine Profession?* *Psyche* 5, 60. Jahrgang Mai 2006 S. 455 – 485, Klett – Cotta.
- Schleussner, D., Klar, F.J. (2003): *Wirksamkeit Individualpsychologisch-Psychoanalytischer Psychotherapie.* Dissertation Fb 2 Universität – Gesamthochschule Essen-Duisburg.
- Schmid (2000): *Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis.* Heidelberg, Hüthig Verlage
- Searles, H. F. (1974): *Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung,* München (Kindler)
- Seiffert, H. (1972): *Einführung in die Wissenschaftstheorie.* München
- Simon, R. (2005): *TK Modellprojekt: Entwicklung und Hintergründe.* *bvvp Magazin*, heft 4/2005 S. 15,
- Sperber, M. (1978) *Individuum und Gemeinschaft.* Stuttgart

- Springer, A. A.; Wellendorf, F.; Senf, W.; Schneider, G.; Sasse, H.; Wimmer, R. (2009): Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13-15 der Psychotherapie-Richtlinie für die psychoanalytisch begründeten Verfahren. Veröffentlicht von und erhältlich bei den psychoanalytischen Fachgesellschaften.
- Stammmler, F.-M. (1993): Therapeutische Beziehung und Diagnose. Gestalttherapeutische Antworten, München (Pfeiffer)
- Stegmüller, W.(1974): Theoriendynamik und logisches Verständnis. In: Diederich, W. (Hrsg.), (1974): Theorie der Wissenschaftsgeschichte, Frankfurt
- Steimer-Krause, E. (1996): Übertragung, Affekt und Beziehung: Theorie und Analyse nonverbaler Interaktionen schizophrener Patienten. Bern (Lang)
- Strack, T. (2003): Zur Wirksamkeit von Gestalttherapie bei klinisch relevanten Störungen. Gestalttherapie, 17. Jahrgang Heft 1/2003. Bergisch Gladbach, Edition Humanistische Psychologie.
- Stolorow, R. D.; Brandchaft, B.; Atwood, G.E. (1996): Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz, Frankfurt am Main (Fischer)
- Tähkä, V. (1982): Psychotherapie als phasenspezifische Interaktion, in: Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 14. Stuttgart (Frommannholzboog)
- Tenbrink, D. (1997): Der Übergangsraum in der analytischen Situation, in: Forum der Psychoanalyse, Bd. 13 Heft 1/97 Berlin (Springer)
- Tenbrink, D. (1998): Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen individualpsychologischer Identität und psychoanalytischem Selbstverständnis in der Individualpsychologie, in: Zeitschrift für Individualpsychologie, 23.Jg. Heft 2/98, München, Basel (Reinhardt)
- Tenbrink, D. (2002): Theoretische und praxeologische Aspekte der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse 18: 131-141.
- Thomä, D. (2002): Der bewegliche Mensch. In: Forum der Psychoanalyse Band 18 Heft 3, Heidelberg (Springer)
- Thomä, D.; Kächele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1: Grundlagen. Heidelberg (Springer)
- Titze, M. (1978): Alfred Adler und die Grundlagen der humanistischen Psychologie. In: Integrativer Therapie, 1978, Heft ¾ Paderborn (Junfermann)
- Tschuschke, V.; Heckrath, C.; Tress, W. (1997): Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Metaanalyse von Grawe et al. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Tschuschke, V. (2003): Fachliche Stellungnahme zum "Modellvorhaben der Techniker - Krankenkasse – Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie".
- Wampold, B.E. (2001): The great psychotherapy debate: models, methods and findings. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah NJ
- Weiss, J.; Sampson, H.; Mount Zion Psychotherapy research Group (1986): The psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation and Empirical Research. New York (Guilford Press)
- Wendisch, Martin, (2004), Quantitätssicherung und das Recht des Patienten auf Qualität. bvvp – magazin 3. Jahrgang 1/2004 S. 21- 22.
- Wexberg, E. (1974) Individualpsychologie. Stuttgart
- Wiegand, R. (1990): Alfred Adler und danach. Individualpsychologie zwischen Weltanschauung und Wissenschaft. München (Reinhardt)
- Wiegand, R. (2002): Mutter Natur oder Menschenwelt? Gießen (Psychosozial)
- Will, H.: (2006): Psychoanalytische Kompetenzen. Forum der Psychoanalyse 2006, Heft 22 S. 190 – 203. Heidelberg (Springer)
- Winnicott, D. W. (1958): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Frankfurt (Fischer) 1983
- Witte, E. H. (1980): Zur Integration psychotherapeutischer Maßnahmen auf der Basis sozialpsychologischer Konzepte. In. Integrative Therapie, Heft 4, Paderborn (Junfermann)

Witte, K.H. (1998): Individualpsychologische Identitätsdiffusion. In: Zeitschrift für Individualpsychologie Heft 2, München (Reinhardt)

Wottawa, H. (1977): Psychologische Methodenlehre. München, Juventa.

Wurmser, L. (1993): Das Rätsel des Masochismus: psychoanalytische Untersuchungen von Über-Ich Konflikten und Masochismus, Berlin, Heidelberg, New York (Springer)

Angaben zum Verfasser der Studie und zu den vorliegenden Interessenkonflikten:

Dr. Heiner Sasse, Jg. 1951, seit 1980 niedergelassener psychologischer Psychotherapeut in einer Praxisgemeinschaft in Witten für Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Psychoanalytiker, Lehranalytiker und Supervisor DGIP/DGPT am Alfred Adler Institut Düsseldorf. Gutachter für analytisch begründete Verfahren. 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP). 2. Vorsitzender der Fachgruppe Wissenschaft der DGIP. Mitglied des Beirates der Zeitschrift für Individualpsychologie, Gründungsmitglied der Konsensusgruppe Qualitätssicherung der DGPT, Mitglied im erweiterten Vorstand und im Beirat der DGPT, Mitglied der Forschungskonferenz der DGPT. Mit-Herausgeber der Beiträge zur Individualpsychologie. Arbeitsschwerpunkte: Psychoanalytiker in der vertragsärztlichen Versorgung (Einzel- und Gruppentherapie), Gutachter, Supervisor und Lehranalytiker. Veröffentlichungen und Vorträge zu folgenden Themen: Indikationsstellung in der Psychotherapie; Individueller Nutzen und verfahrensspezifische Grenzen von Integration verschiedener Psychotherapieverfahren; zum Gutachterverfahren; zu Fragen der Qualität und Humanität in der Psychotherapie; zu Fragen der Gewaltentstehung und Prävention; mehrere Stellungnahmen zum TK-Modell und zu Ausbildungsfragen für zukünftige PsychoanalytikerInnen; Mitautor der Stellungnahme der psychoanalytischen Fachgesellschaften zur Prüfung der Wirksamkeit der analytischen Psychotherapie. Durch seine Tätigkeiten als Psychotherapeut, Gutachter, Lehranalytiker, Supervisor und Wissenschaftler ist der Autor von den Auswirkungen des TK-Modellvorhabens betroffen. Als Vorsitzender einer der psychoanalytischen Fachgesellschaften vertritt er die fachlichen Anliegen der DGIP, ihrer staatlich und sozialrechtlich anerkannten Ausbildungsstätten und deren Mitglieder ebenso wie deren Wertvorstellungen in der Psychotherapie. Als 2. Vorsitzender der Fachgruppe Wissenschaft ist er an der notwendigen wissenschaftlich begründeten Weiterentwicklung, Evaluation und Prüfung der psychoanalytisch begründeten Verfahren beteiligt, fordert jedoch die Einhaltung der in der Studie aufgezeigten Mindeststandards. Als Mitglied der Fachgruppe Lehranalyse DGIP, als Mitglied des Aus- und Weiterbildungsausschusses des Alfred-Adler-Institutes Düsseldorf und des Beirates der DGPT steht er in der Mitverantwortung für eine verfahrensspezifisch gute Ausbildung zukünftiger (individualpsychologischer) Psychoanalytiker. Der Vorstand der KV-WL fordert seit 2007 den Entzug seiner Kassenzulassung, weil die Tätigkeiten eines zugelassenen Vertragsbehandlers als Gutachter, Lehranalytiker, Supervisor und Wissenschaftler nicht als Teil der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt wird, sondern als Nebentätigkeiten bewertet werden, die nicht zu den vertragsärztlichen Versorgungspflichten gehörten. Insofern ist er von den Auswirkungen des TK-Modellvorhabens persönlich und beruflich erheblich betroffen und belastet.

Damit ist diese Studie und ihre Ergebnisse sowie die Schlussfolgerungen unter Berücksichtigung dieser Interessenkonflikte aufmerksam zu betrachten und zu bewerten.