

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE E.V.



**Zu den Risiken von verfahrensunspezifischer Anwendungsforschung  
in der Richtlinien-Psychotherapie und deren notwendige Verhinderung.**

Begründungen der Forderung nach Einführung von fünf neuen Prüfkriterien  
für die Genehmigung von zukünftigen Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V  
und für die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie.

Dr. Heiner Sasse  
September 2012

Diese Studie steht als E-Book unter der ISBN 978-3-935374-03-3  
als Download kostenfrei auf der Homepage der DGIP  
(<http://www.dgip.de/publikationen>) zur Verfügung

## **Gliederung:**

### Zielsetzung

Einleitung: Die gesetzlichen Grundlagen, deren Nichtbeachtung und die Folgen.

1. Die Interessenlagen der am TK - Modell beteiligten Gruppen und die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen der kassenärztlichen Versorgung.
2. Die erste Forderung: Ausschluss von Patientengefährdungen.
3. Die zweite Forderung: Ausschluss von Schädigungen des therapeutischen Arbeitsbündnisses.
  - 3a. Der Versuch aus den Ergebnissen des TK-Abschlussberichtes zu klären, ob sich die Rückmeldungen negativ auf den Behandlungsverlauf ausgewirkt hätten ist wissenschaftlich nicht gelungen.
4. Die dritte Forderung: Ausschluss der Behinderung von Behandlungsmethoden und Wirkfaktoren.
5. Die vierte Forderung: Ausschluss der Benachteiligung von sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren.
  - 5a. Der Versuch aus den Ergebnissen der Patienten- wie Therapeutenbefragungen zu klären, ob die Arbeitsbeziehung belastet wurde oder ob sich die Rückmeldungen negativ auf die therapeutische Beziehung ausgewirkt haben, ist wissenschaftlich nicht zu begründen.
6. Die fünfte Forderung: Erfüllung von umfassender Transparenz vor und während der Untersuchungen.
  - A. Der chronologische Ablauf der Kritik und deren Nicht – Berücksichtigung.
  - B. Fehlende Transparenz im TK-Modell bei wesentlichen Inhalten.
  - C. Das Versagen der gesetzlich verantwortlichen Aufsichtsbehörden.
  - D. Diskussion nach Veröffentlichung des TK – Abschlussberichtes 2011.
  - E. Presseerklärung der TK.
  - F. Kurzfassung der Kritik im Ärzteblatt (PP)
  - G. Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirates vom 11. Mai und August 2012.
7. Übersicht der fünf neuen Prüfkriterien für zukünftige Anwendungsforschung in der Richtlinienpsychotherapie.
8. Anlagen: Exemplarische Chronologie der Kommunikation mit den öffentlich-rechtlichen Körperschaften

### **Zielsetzung**

An dem hier dargestellten Konfliktfeld kristallisiert sich eine allgemeine Entwicklung in unserer Gesellschaft - auch in der Psychotherapie.

Es geht um das Spannungsfeld zwischen dem Streben nach messbarer Effektivität, nach effizienter Wirksamkeit und den dadurch entstehenden Schäden, also zwischen unmittelbarem Gewinn und den daraus entstehenden Verlusten und dem Leid. Andererseits geht es um das Streben nach Qualität und Humanität, nach dauerhaften Werten und den dadurch zwangsläufig entstehenden Grenzen, Beschränkungen und Verantwortungspflichten, die auch leidvoll erfahren werden.

Anders ausgedrückt geht es um kontrovers gegenüber stehende Definitionen des Wahren und des Guten in der kassenärztlichen Versorgung und den unterschiedlichen Wegen zu deren Umsetzung.

Wenn im Folgenden das Versagen der Aufsichtsorgane beschrieben wird, dann ist vorrangig nicht das Versagen einzelner Personen oder Personengruppen gemeint; es wird damit auch keine prinzipielle Bereitschaft einzelner Personen zu bewusstem oder gar geplantem, absichtsvollem Unrecht behauptet, das dem Eigennutz dient. Wenn im Folgenden vom Versagen der Aufsichtsbehörden gesprochen wird dann ist damit gemeint, dass strukturelle, hier berufspolitische Interessenumsetzung dann immanent zu Schädigungen führen muss, wenn die fachwissenschaftliche, hier die verfahrensspezifische Position nicht berücksichtigt wird.

Dabei handelt es sich um eine Mischung aus fehlendem Problembewusstsein und dem Wunsch, mit der Mehrheit der berufspolitischen Interessenvertreter zu kooperieren.

Das Gute für die Berufspolitik (schnelle partikulare Interessenumsetzung, diskrete Verhandlungen und Absprachen mit gegenseitigem Nutzen) ist für Wissenschaft und Fachkunde das Schlechte; das Gute der wissenschaftlichen Fachkunde (öffentlicher Diskurs, differenzierte Darstellung aller, auch der problematischen Aspekte, Streben nach Wahrhaftigkeit, Verzicht auf Umsetzung durch Machtverhältnisse, Hoffnung auf Einsicht) ist das Schlechte für die Berufspolitik.

Berufspolitik ist ein wichtiges, unverzichtbares Interesse der Beteiligten, die Umsetzung der Interessen ist ein schweres, langwieriges und dennoch prinzipiell sinnvolles Arbeitsfeld. Die Anstrengungen derjenigen, die in diesem schwierigen Feld – oft auch noch im Ehrenamt - arbeiten, sind daher anzuerkennen.

Insofern gilt es Verständnis für Kassenärztliche Vereinigungen und Psychotherapeutenkammern aufzubringen, die immer durch Mehrheitsverhältnisse bestimmt und geleitet werden. Mehrheiten in den Berufsverbänden führen zu Mehrheiten in den Kassenärztlichen Vereinigungen und Psychotherapeutenkammern: Wenn die Mehrheit der Berufsverbände für eine bestimmte Anwendungsforschung zur Umsetzung der Interessen ihrer Mitglieder eintritt, dann werden die Mehrheiten in den Einrichtungen des öffentlichen Rechtes diese Interessen auch vertreten: Es sind ja oftmals die gleichen Personen, die sowohl hohe Funktionen in den Berufsverbänden ausführen wie auch in den Gremien der Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen hohe Funktionen ausüben.

Wenn dann noch eine der mächtigsten Krankenkassen der Bundesrepublik mit diesen Personengruppen gemeinsam ein Modellverfahren einführt und die Kosten dafür allein trägt, dann ist keine Gegenwehr zu erwarten.

An dieser Stelle ist die Frage der Kontrolle von Interessen in der kassenärztlichen Versorgung. Wenn Rahmenbedingungen fehlen, die zum Schutz und zum Überleben von kleineren Fachgesellschaften notwendig sind, dann ist die Gefahr groß, dass Interessenumsetzung, durchaus mit subjektiv positiver und selbst-legitimierter Überzeugung, dem Schwächeren gegenüber ausgeübt wird und dadurch Schaden entsteht.

Das Gute in der Verhaltenstherapie (Lernen, Aktivität und Direktivität des Behandlers) ist das Schlechte für die Psychoanalyse und die Tiefenpsychologie; das Gute der Psychoanalyse und der Tiefenpsychologie (Regression, Zusammenhangsbetrachtung des Unbewussten, getrennte und differenzierte Empathie, frei schwebender Aufmerksamkeit, Hingabe des Therapeuten an das Unbewusste des Patienten) ist das Schlechte für die Verhaltenstherapie.

Das Gute in der Verhaltenstherapie ist die aktive Beeinflussung des Patienten mit dem Ziel der schnellen Veränderung in der subjektiven Patientenselbsteinschätzung, das ist das Schlechte für die psychoanalytisch begründeten Verfahren. Hier ist das Gute in der Konzentration auf die unbewussten Selbst- und Fremdschädigungen des Patienten zu erkennen, die sich nur langsam in der therapeutischen Beziehung zeigen können; dazu müssen Erfahrungen aus der Vergangenheit in ihren Auswirkungen auf die Gegenwart durchgearbeitet werden. Genau diese Arbeitsmethoden sind in der Verhaltenstherapie überflüssig und damit un-zweckmäßig.

Aus dieser Gegenüberstellung soll die Schärfe der Konflikte erkennbar werden, es soll aber auch deutlich werden, dass die Konfliktparteien jeweils unterschiedliche Ziele mit gutem Gewissen erleben, anstreben und umzusetzen suchen.

Es soll mit diesem Text also nicht der primitive Versuch einer einseitigen Beschuldigung und damit auch einer einseitigen Idealisierung unternommen werden:

Es soll zu Beginn klar gestellt werden, dass alle Beteiligten aus ihrer Sicht versucht haben, etwas Gutes und Wahres anzustreben und umzusetzen, allerdings gibt es sehr kontroverse Auffassungen darüber, was Gut - und was Wahr ist.

Es soll also auch klar gestellt werden, dass bei ungleichen Machtverhältnissen die stärkere Seite ihre Sichtweise umsetzt, zu Lasten und zu Kosten der anderen Seite: Das wird im Text differenziert und mit dem anspruchsvollen Bemühen um wissenschaftliche Wahrhaftigkeit nachgewiesen.

Jede Seite müsste lernen, das Gute und Wahre der anderen Seite anzuerkennen und zu respektieren, nur dann könnten die eigenen Ansprüche und Ziele zurückgenommen werden. Das ist natürlich eine idealisierende Fiktion, in Wirklichkeit werden immer die machtvolleren Interessen durchgesetzt werden, es sei denn, es gibt Rahmenbedingungen, die dies verhindern. Auch dagegen wird es Gegenwehr geben.

Dennoch ist nur durch vereinbarte Rahmenbedingungen für die Zukunft gesichert, dass sich die für alle Seiten erfahrenen Nachteile nicht wiederholen müssen, denn am TK-Modell haben alle beteiligten Gruppierungen Schaden erlitten.

Nur wenn der Nachweis gelingt, das Schädigende und die Risiken einer einseitigen Machtausübung aufzuzeigen, dann ist die Forderung nach klaren Rahmenbedingungen begründet. Nur dann können durch klare Rahmenbedingungen die Grenzen von Interessen durch demokratisch legitimierte Vorgaben so definiert und festgesetzt werden, dass beide unterschiedlichen Seiten des Strebens angemessen berücksichtigt werden.

Für Vertreter des Absoluten beider Seiten ist dies die größte Herausforderung oder der Grund des Scheiterns.

**Es soll der schwierige Nachweis erbracht werden, dass Qualität und Humanität in der Psychotherapie nur durch die Haltung und die Kompetenz des Psychotherapeuten realisiert werden können, dass Qualität und Humanität nicht aus Patientendaten berechnet werden können und dass Qualität und Humanität die zwingende Voraussetzung für nachhaltige Wirksamkeit und damit auch für langfristige Wirtschaftlichkeit sind.**

**Diese Perspektive ist durch neue Rahmenbedingungen zu sichern. Aus dem hier kritisierten Modellvorhaben lässt sich lernen, dass die gesetzlichen Prüforgane dadurch (strukturell nicht persönlich) gescheitert sind, dass die notwendigen Grenzen von ihnen nicht errichtet oder eingehalten wurden und so Gefährdungen für Patienten, Behandlungen und therapeutische Arbeitsbeziehungen entstanden sind, die zukünftig verhindert werden müssen.**

**Hoffnung auf Einsicht durch ein verbessertes Problembewusstsein wäre ein guter erster Schritt, die Einführung von fünf neuen Prüfkriterien wäre eine bessere Sicherung, die unverzichtbar erscheint.**

**Einleitung: Die gesetzlichen Grundlagen, deren Nichtbeachtung und die Folgen.**

Wenn ein wissenschaftliches Projekt wie das TK-Modellvorhaben über beinahe 10 Jahre lang in heftigen Diskussionen so kontrovers diskutiert wird, dann soll der Versuch gewagt werden, die Hintergründe aufzuzeigen.

Wenn die Fehler der Vergangenheit nicht aufgearbeitet werden, werden sie in der Zukunft wiederholt werden.

Es gibt eine große Menge an Stellungnahmen, veröffentlichte wie vertrauliche, so dass das Öffnen keine wissenschaftlich korrekte Zuschreibung für Argumente oder zeitliche Zusammenhänge möglich ist.

Die Bestürzung aller psychoanalytischen Fachgesellschaften über ein Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse basierte darauf, dass jedem Fachkundigen schon aus dem Erstentwurf klar erkennbar wurde, dass hier Schädigungen und Risiken für zwei Behandlungsverfahren drohten, die verhindert werden mussten. Nach Auffassung der Befürworter des TK-Modells ging es den Kritikern um Pfründesicherung, Vorteilsnutzung oder berufspolitische Motive. Nach Ansicht der Kritiker ging es um fachliche, verfahrensspezifische und empirisch-wissenschaftlich nachweisbare Notwendigkeiten, um Wertefragen. Nach Auffassung der Fachgesellschaften wurde eine Gegenwehr nötig, da verfahrensfremde Wissenschaftler in anerkannte Richtlinienverfahren gefährdend einzugreifen beabsichtigten und auch in diesen Verfahren zugelassene Vertragsbehandler dieses Vorgehen unterstützten.

Die von den Fachgesellschaften im Vorfeld vorgeschlagenen Änderungen wurden nicht akzeptiert (s. Anlagen); zwar konnten verfahrensspezifische Ergänzungen aufgenommen werden, die grundlegenden Fehler wurden jedoch erst im April 2007 aufgehoben.

Es wurden Mehrheitsbeschlüsse zur Begründung herbeigeführt: Sowohl bei den beratenden Fachausschüssen der drei Kassenärztlichen Vereinigungen wie bei den Psychotherapeutenkammern wurde sehr intensiv und sehr kontrovers diskutiert, leider wurde unter Bezug auf die demokratische Legitimation über fachspezifische Fragen abgestimmt. Das war Grund für weitere Sorge: Verfahrensspezifische, wissenschaftlich begründete Argumente wurden in Kammern und Beratenden Fachausschüssen mehrheitlich mit den Stimmen anderer Verfahren überstimmt. So sollte die Legitimation des Vorhabens nachgewiesen werden; selbst wenn keine Mehrheit hergestellt werden konnte, wurde die Teilnahme am Modellvorhaben vereinbart (s. Anlage).

Der dritte Grund für die Ausdauer der Kritiker ist dem Umstand zuzuschreiben, dass (mit einer Ausnahme) keines der gesetzlich dazu verpflichteten Gremien (Bundesversicherungsamt (BVA), Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) oder Psychotherapeutenkammern) trotz gesetzlicher Verpflichtung die verfahrensspezifische Kritik ernst nahm und sich deshalb kein Problembewusstsein entwickeln konnte. Es gab keine wirklich offene verfahrensspezifische Diskussion, es gab es auch keine Konsequenzen, die auf die Prüfinstanzen zurückzuführen wäre. Es gab viele sinnvolle berufspolitisch motivierte Änderungen, die vorrangig dem BVVP zu verdanken sind.

Das Sozialgesetz SGB V ist sehr eindeutig:

Die besondere Bedeutung der spezifischen Versorgung für psychisch kranke Menschen wird im Sozialgesetzbuch betont. „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 Menschen Rechnung zu tragen“ (§ 92 (1) SGB V).

Diese besonderen Erfordernisse wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und vom BVA nicht berücksichtigt. Dieser Umstand muss kritisiert, für zukünftige Modellvorhaben und weitere Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie ausgeschlossen werden.

§ 72 (2) schreibt vor: „Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist...“ (§ 72 (2) SGB V). Damit ist die Verantwortung für die Regelungen der Versorgung klar den Partnern der Selbstverwaltung zugeordnet.

Wie wurde der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 72 (2) SGB V) in der Vergangenheit festgestellt?

§ 135 (1) SGB V fordert: „Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“

Der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse, der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die fachliche Qualität kann allein durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften festgestellt werden.

Einzelne Expertenmeinungen können bei der Beantwortung dieser Fragen nicht als ausreichende Entscheidungsgrundlage akzeptiert werden.

Nach Anerkennung der drei Richtlinienverfahren und der Einführung der Richtlinienpsychotherapie in die kassenärztliche Versorgung wurde eine klare Verantwortungsaufteilung zwischen der KBV und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Richtlinienverfahren vereinbart: Nur diejenigen Ausbildungsinstitute wurden von der KBV anerkannt (und damit deren Absolventen zum Delegationsverfahren zugelassen), die einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft angehörten.

Nach Verabschiedung des PsychThG änderte sich diese Vereinbarung: Zur Prüfung der Wissenschaftlichkeit der zur Approbation anerkannten Verfahren wurde vom Bundesgesundheitsministerium ein Wissenschaftlicher Beirat zur Anerkennung dieser Verfahren eingerichtet.

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften erstellten deshalb (2004) eine Stellungnahme zur Anerkennung der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren im Berufsrecht. Sie wurde unter dem Titel: Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat veröffentlicht (Brandl, Y. et al 2004).

Diese Stellungnahme war für die Anerkennung der beiden analytisch begründeten Verfahren im Berufsrecht von großer Bedeutung.

Eine klare Benennung derjenigen Gesellschaften, die zur Klärung der Fragen des therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit „nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ beitragen sollen, ergibt sich aus der Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 2. Juli 2009. Zur Überprüfung der Richtlinienverfahren gemäß § 92 und § 135 wird vom Vorsitzenden des Unterausschusses Methodenbewertung folgenden Gesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben:

„Mit dieser Veröffentlichung wird insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Psychotherapeuten- und Ärztegesellschaften und psy-

chotherapeutischen Fachgesellschaften sowie Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.“

Damit sind die psychotherapeutischen Fachgesellschaften wesentliche Partner bei der Überprüfung der Richtlinienverfahren.

Zu diesem Zweck wurde 2010 eine Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften erstellt und beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Prüfung eingereicht.

Sie wurde unter dem Titel: „Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 – 15 der Psychotherapie-Richtlinie für die psychoanalytisch begründeten Verfahren“ von den Fachgesellschaften DGPT, DGPM, DPG, DPV, DGIP und DGAP vorgelegt (DGPT et al 2011).

54 der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten sind den hier angeführten wissenschaftlichen Fachgesellschaften angeschlossen und haben gemeinsame Ausbildungsanforderungen und Qualitätskriterien im Konsens vereinbart. Aus den Reihen der Fachgesellschaften werden fortlaufend verfahrensspezifische Forschungsvorhaben entwickelt, evaluiert und auch finanziert.

Insofern sind gerade die wissenschaftlichen Fachgesellschaften diejenigen Gremien, die zu Fachfragen (nicht zu Finanzierungs- und Abwicklungsfragen bei den Modellvorhaben) angefragt, gehört und deren Stellungnahmen berücksichtigt werden müssen.

Dies ist im TK-Modell weder vom BVA noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder von den involvierten Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt.

Dabei ist die Verantwortung für die Sicherstellung der konkreten Versorgung gesetzlich klar geregelt: Allein die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stehen in der Verantwortung.

„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“ § 75 (1) SGB V.

Auch hier kann der allgemeine Stand der medizinischen Erkenntnisse eines anerkannten Verfahrens nur von den jeweiligen Fachgesellschaften festgestellt werden.

§ 92 (6a) SGB V schreibt eine Richtlinie vor, nach der die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren anerkannt wurden. § 95 (10) und (11) SGB V begrenzt die Zulassung bzw. die Ermächtigung auf Psychotherapeuten, die den Nachweis ihrer Ausbildung „in *Behandlungsverfahren* erbracht haben, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den ... Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung *anerkannt* hat“. Auch bei der Eintragung ins Arztregister findet sich die gesetzliche Eingrenzung auf die *anerkannten Verfahren*: Es wird dazu der erfolgreiche Abschluss einer vertieften Ausbildung gefordert. Berechtig ist ein Behandler, wenn er die Ausbildung in „nach § 92 6a *anerkannten Behandlungsverfahren* (Kursivsetzung vom Autor) abgeschlossen hat“ (§ 95 c (2.1.) (2.2.), (2.3.) SGB V).

Damit ist aus Sicht der Fachgesellschaften klar zu fordern, dass jede Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet sind, dann prüfend und sichernd einzuschreiten, wenn die anerkannten Verfahren derart gefährdet werden, dass die Fachgesellschaften die KVen und die KBV um Hilfe bitten.

Es ist damit sowohl belegt, dass nur „anerkannte Verfahren“ zur Anwendung kommen dürfen und dass die Sicherstellung der Versorgung dann gefährdet ist, wenn die „anerkannten Verfahren“ durch Verfahrensunkundige so verändert werden, dass Fachgesellschaften ihre Kritik anbringen müssen.

Diese vielfach geäußerte Kritik ist von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht berücksichtigt worden. Es ist - auch gesetzlich - nicht hinnehmbar, dass Berufsverbände, Kammern und Beratende Fachausschüsse mit Mehrheitsbeschlüssen über die Fachkunde abstimmen und sich die Kassenärztlichen Vereinigungen damit zufrieden stellen lassen.

Es ist nur eine Nebenbemerkung wert, dass die TK selbst unter der Überschrift „Was wir versprechen: Wir versprechen Neutralität, Kompetenz, Evidenz und Anonymität.“ im Internet wirbt: Die Erfüllung dieser Überschriften wurde in der Kritischen Studie hinreichend geprüft (Sasse, 2011 (a) S. S. 209 – 216).

Die jahrelangen Kontroversen und Auseinandersetzungen um das TK – Modellvorhaben beruhen auf wenigen grundlegenden Fehlern:

- Psychotherapeutische Anwendungsforschung an Universitäten basieren auf anderen Grundlagen als Forschungsvorhaben, die innerhalb der gesetzlich geregelten kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden.  
In der Richtlinien – Psychotherapie gibt es drei sehr unterschiedliche Psychotherapie – Verfahren: die Verhaltenstherapie (VT), die tiefenpsychologisch fundierte (TP) und die analytischen Psychotherapie (AP). Alle drei Verfahren sind wissenschaftlich und sozialrechtlich überprüfte und anerkannte Verfahren. Bei der Formulierung der Grundzüge des Experimentes wurde eine sogenannte verfahrensübergreifende oder verfahrensunspezifische Methode eingesetzt, die dem Forschungsinteresse der beteiligten Forscher entsprach. Diese Methode ist mit der Verhaltenstherapie kompatibel, sie ist für die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren schädlich und beinhaltet unkalkulierbare Risiken für Patienten, Behandlungsprozesse und das psychotherapeutische Arbeitsbündnis.
- Die psychoanalytischen Fachgesellschaften wurden in die Vorüberlegungen nicht einbezogen, sie wurden erst mit dem bereits ausgearbeiteten Entwurf konfrontiert, der nur noch marginal verändert werden konnte. Die zu begrüßenden eingeführten Ergänzungen finden sich in der Informationsakte der TK im ergänzenden Leitfaden.  
Die grundlegenden Fehler konnten nicht mehr verändert werden. Erst ab dem 01. 04. 2007 konnte der gravierendste Fehler, die unzulässige Beeinflussung der Patienten und Behandler durch potentiell fehlerhafte Bewertungen ihrer persönlichen Behandlung durch eine Änderung der bewertenden Rückmeldungen geändert werden.
- Es sind gravierende Verstöße gegen die Forderung nach Transparenz nachweisbar, weder Patienten noch Behandler wurden über die bedeutsamen Unterschiede zwischen dem Gutachterverfahren und dem TK – Modellvorhaben aufgeklärt, es wurde nicht darüber informiert, dass alle psychoanalytischen Fachgesellschaften ihren Mitgliedern empfahlen, nicht am Modell teilzunehmen und dass es Protestdemonstrationen gegen die Durchführung des TK-Modells in Hessen gab. Eine Begründung für die Änderung der fehlerhaften Rückmeldungen wurde nicht veröffentlicht. Es gibt weitere wichtige Ergebnisse, die im Ergebnisteil des TK-Abschlussberichtes nicht ausreichend klar dargestellt werden, sondern in der Datenmenge unterzugehen drohen. Dazu hat der Wissenschaftliche Beirat des TK-Modells nach Veröffentlichung des TK-Abschlussberichtes eine weitere, kritische Stellungnahme abgegeben.

Im Folgenden sollen nicht mehr alle Fehlentwicklungen des TK – Modells aufgezeigt werden, dies ist für den interessierten Leser leicht an Hand der veröffentlichten Unterlagen möglich. Ich verweise an dieser Stelle nur auf die vielschichtigen wissenschaftlichen Fehler (Sasse, 2011 (a), Kritische Studie 5. Abschnitt S. 175 – 191), weil hier jetzt nicht mehr über die wissenschaftliche Qualität des TK-Modells diskutiert wird, sondern der Schwerpunkt auf der Begründung für die Einführung von neuen Prüfkriterien liegt.

Deshalb müssen nun diejenigen Aspekte detailliert aufgegriffen und diskutiert werden, die der Begründung für neue Prüfvorgänge dienen sollen. Dazu muss nachgewiesen werden, dass nahezu alle gesetzlichen vorgeschriebenen Prüfinstanzen ihre Pflicht nicht ausreichend erfüllt haben, z.T. auf Grund des fehlenden Problembewusstseins auch nicht prüfen konnten.

Es geht hier also nicht um einen Blick zurück oder um nachträgliche, einseitige Schuldzuweisungen, sondern um die Frage, welche Veränderungen zwingend notwendig sind, um derartige Fehlentwicklungen mit guten Gründen für die Zukunft auszuschließen.

Grundlage für die Forderung nach Einführung neuer Prüfkriterien für zukünftige Anwendungsforschungsvorhaben in der Richtlinien - Psychotherapie bildet § 70 SBG V, in dem Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit bei jeder Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung gefordert wird.

Anlass für diese Forderung bildet das Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse, das unter dem Titel: „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ vom Bundesversicherungsamt (BVA) am 7.1.2005 als Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V Abs. 5 genehmigt (am 5.11.2006 verlängert) wurde, durch Verträge zwischen der TK und mit drei Kassenärztlichen Vereinigungen abgesichert und von Kammern der Psychotherapeuten empfohlen und von einigen psychotherapeutischen Berufsverbänden befürwortet wurden.

Es ist das umfangreichste Anwendungsexperiment in der vertragsärztlichen Psychotherapie und betraf 1674 psychotherapeutische Behandlungen, die zwischen dem 01.04.2005 und dem 30.06. 2008 zu Lasten der TK mit deren Versicherten durchgeführt wurden. Im Durchschnitt dauerten die Behandlungen in der Interventionsgruppe (IG) 41,3 Stunden, in der Kontrollgruppe (KG) dauerten sie nur 37 Stunden.

Die Kosten für dieses Experiment wurden nicht veröffentlicht, sie sind die höchsten Kosten, die jemals für eine Erforschung der Richtlinien-Psychotherapie ausgegeben wurden.

Der Umfang von 1674 durchgeführten Behandlungen in diesem Experiment verweist auf die Wichtigkeit dieser Untersuchung.

Damit hat es für weitere Forschungsvorhaben einen sehr bedeutsamen Stellenwert.

Die Ergebnisse sind sehr auffällig:

Der erste Projektleiter wurde 2004 ausgewechselt (s. Anlage 2.7.).

Einer der beiden für die verfahrensspezifische Ausrichtung verantwortlichen Forscher (Prof. Fydrich) schied aus dem Projekt aus, nachdem er im Vorfeld durch viele öffentliche Stellungnahmen für das Projekt geworben hatte.

Die Ausfallquoten waren ungewöhnlich hoch: 403 Therapeuten haben zu Beginn teilgenommen, davon sind 102 (IG:48, KG 54) vorzeitig ausgeschieden.

Die Drop Out- Rate bei den Patientenunterlagen lag höher als bei vergleichbaren Studien, nach Angaben des Wissenschaftlichen Beirates in seiner Stellungnahme vom 11.05.2012 (S. 2) konnten von den Patienten der Studientherapeuten nur zwischen 6,7 % (vollständige Datensätze) und 13,4 % (Daten zu Therapieabschluss) ausgewertet werden.

Das Vorliegen von drei Stichproben (Aufnahme, Entlassung, 1 Jahres Katamnese) wird für 18% der Patienten beschrieben, es wird angegeben, dass hier 82% der Patientenangaben (bezogen auf vollständige Datensätze) fehlen (s. Anlage 3.2. S.2).

Die Gründe dafür sind zu diskutieren.

Es handelt sich in der Interventionsgruppe um eine interessen geleitete Anwendungsforschung. Grundlagenforschung fand nicht statt, Versorgungsforschung hat am Rande in der Kontrollgruppe stattgefunden.

In der nachträglichen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates wird dieses Vorgehen sehr moderat beschrieben. Der eigentlich hoch problematische Monitoringvorgang, auf den sich die Hauptkritik richtete, wird vom Wissenschaftlichen Beirat folgendermaßen beschrieben: „Für die Ergebnisse wurde eine bislang wenig verbreitete Berechnungsmethode der integrierenden Ergebnisdarstellung gewählt. Dabei wurden sogenannte multiple Ergebniskriterien berechnet, in die die Werte der verschiedenen Instrumente eingerechnet wurden“ (Vogel, 2012: „Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats zum Modellprojekt der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ vom 11. 05. 2012 S.3, (s. Anlage 3.2.) veröffentlicht unter anderem Titel: „Versorgungsforschung im Feld ist möglich“ im Deutschen Ärzteblatt (PP) Heft 8, August 2012.

Die Unterscheidung von verschiedenen Forschungsansätzen ist notwendig, weil abhängig vom Forschungsansatz andere Voraussetzungen für die Genehmigungsfähigkeit innerhalb der Richtlinienpsychotherapie erfüllt werden müssen.

Wissenschaftliche Grundlagenforschung in der Richtlinienpsychotherapie ist zweifelsfrei notwendig und ohne Vorbedingungen zu unterstützen.

Versorgungsstudien sind ebenso notwendig und zu fordern wie zu fördern, hier wird die bestehende Real - Versorgung selbst untersucht; es werden aber weder neue Methoden eingeführt, noch die Behandlungen direktiv beeinflusst.

Als interessen geleitete Anwendungsforschung in der Psychotherapie lassen sich diejenigen Studien bezeichnen, in denen neue Methoden erprobt, neue Verfahren experimentell und Hypothesen geleitet untersucht werden.

Der abschließende Satz des Wissenschaftlichen Beirates lässt das Problem erahnen: „Schließlich gibt die Studie wertvolle Hinweise darauf, dass neue Modelle der Versorgung vor (Hervorhebung des Autors) ihrer Einbindung in den Versorgungsalltag sorgfältig und unabhängig evaluiert werden müssen, da sie unter den Bedingungen der Versorgungsrealität unter Umständen nicht die Wirkung entfalten, die sie in der Theorie und kleineren Vorstudien versprochen hatten“ (Vogel, 2012 ebda S. 5).

Diese Formulierung ist für die Richtlinien – Psychotherapie nicht ausreichend. Die Gefährdungen und Risiken die vom Wissenschaftlichen Beirat nur angedeutet sind, habe ich ausführlich dargestellt. Sie finden sich in „Kritische Studie zum Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“. Eine fachwissenschaftliche Stellungnahme – zur Prüfung des Modells sowie der Aussagekraft seiner Ergebnisse und – für eine humane, patientenbezogene Qualitätssicherung in der Richtlinienpsychotherapie“ (Sasse, 2011 (a): Die Kritische Studie steht als E-Book (ISBN 978-3-935374-01-9) kostenfrei auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (<http://www.dgip.de/publikationen>) zur Verfügung. Eine Kurzfassung findet sich im Deut-

schen Ärzteblatt (PP) Heft 8, August 2011 unter dem Titel „Wissenschaftlich nicht akzeptabel“ (Sasse, 2011 (b) auf S. 376, 377).

Wenn interessen geleitete Anwendungsforschung mit wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannten Richtlinien - Verfahren verbunden wird, dann müssen die Rahmenbedingungen des Sozialgesetzbuches berücksichtigt werden, auch wenn die Richtlinien bei Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V zeitweilig außer Kraft gesetzt werden dürfen. Wenn interessen geleitete Anwendungsforschung zu Lasten der gesetzlich Versicherten (als Modell außerhalb der Richtlinien – Psychotherapie) durchgeführt werden sollen, unterliegt sie dennoch den Vorgaben im Sozialgesetz – und diese Vorgaben müssen umgesetzt werden, weil die entstehenden Risiken und Gefährdungen für Patienten und Behandlungen ausgeschlossen werden müssen.

Die Selbstverwaltungsorgane haben in der Psychotherapie – Richtlinie und der Psychotherapie – Vereinbarung verfahrensspezifische Rahmenbedingungen (Behandlungskontingente, Behandlungsdauer, Behandlungsfrequenz und Gutachterverfahren) mit dem Ziel vereinbart, die bestmögliche Patientenversorgung für die drei getrennten Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie (VT) und die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren, die tiefenpsychologisch fundierte (TP) und die analytische Psychotherapie (AP) jeweils verfahrensspezifisch sicher zu stellen.

Hier ist der Konflikthintergrund zu sehen: Im TK-Modell wurde von ausgewiesenen Vertretern der Verhaltenstherapie interessen geleitete Anwendungsforschung betrieben, ohne dass die negativen Implikationen für die beiden anderen Richtlinienverfahren erkannt oder gar berücksichtigt wurden.

Hier liegt der strukturell unverstandene Konflikt: Zwar können und sollen durch Aussetzung der Richtlinien in einem Modellversuch sehr wohl auch neue Impulse in die kassenärztliche Versorgung eingebracht oder erprobt werden, es dürfen dabei aber nicht die Rahmenbedingungen der bisher wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannten Verfahren geschädigt oder behindert werden, auch wenn dadurch ein besseres Licht auf die neuen Methoden zu fallen scheint.

Dieses Vorgehen hat konkret dazu geführt, dass viele Patienten in den psychoanalytisch begründeten Behandlungen über den tatsächlichen Verlauf ihrer Behandlung wegen eines Fehlers im Algorithmus, wegen Beeinträchtigung des therapeutischen Arbeitsbündnisses und wegen Behinderung der analytisch bedeutsamen Behandlungsprozesse einer nicht hinzunehmenden Gefährdung und möglichen Schädigung ausgesetzt wurden.

Um eine Wiederholung dieser Fehlentwicklung durch Gefährdungen zu verhindern sind Konsequenzen unverzichtbar, weil die Selbstverwaltungsorgane wie die drei beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und zwei der drei beteiligten Psychotherapeutenkammern der Psychologischen Psychotherapeuten ihre Sorgfaltspflicht und Verantwortung nicht ausreichend wahrgenommen haben (s. Anlage 1. und 2.).

Ebenso hätte das Bundesversicherungsamt (BVA) die schon vor Beginn der Experimente vorgelegten Bedenken möglicherweise intensiver prüfen müssen, auch vom BVA wurde keine Fachgesellschaft zu Rate gezogen.

Das BVA hatte die Kritikpunkte erhalten und war am 30.10.2004 um die Prüfung gebeten worden (s. Anlage 1.2.).

Die Prüfung des BVA bestand offensichtlich darin, dass die TK um eine Stellungnahme gebeten wurde, die auch erfolgte.

Aus dem Vergleich des Antwortschreiben des BVA vom 19.01.2005 mit dem der TK-Antwort an das BVA ist zu ersehen, dass sich das BVA die Argumentation der TK zu Eigen gemacht hat (s. Anlage 1.2.).

Auf den Vorbehalt wegen der fehlerhaften Rückmeldungen (die vier fehlerhaften Rückmeldungüberschriften im Text an das BVA wurden im Anschreiben explizit zitiert s. Anlage), war weder im TK-Antwortschreiben an das BVA, noch in deren Antwort eingegangen worden. Hier hätte das BVA – aus heutiger Sicht – die Fachgesellschaften zur Klärung dieser unterschiedlichen Perspektiven anrufen müssen.

Spätestens als genau diese vier Rückmeldungen im April 2007 auf Initiative des neuen TK-Projektleiter geändert wurden, hätte das BVA den Fehler bemerken können und spätestens hier zumindest die umfassende Information der Patienten und der Behandler fordern müssen.

Hier ist der Hinweis unverzichtbar, dass diese Änderung durch die TK-Projektleitung und nicht durch eine der gesetzlich vorgeschriebenen Prüfinstanzen bewirkt wurde.

Auch als am 21. April 2005 alle fünf psychoanalytischen Fachgesellschaften in einer gemeinsamen Erklärung ihren Mitglieder von der Teilnahme am Experiment abrieten (s. Anlage 1.6) oder nachdem am 12.09.2005 800 Psychotherapeuten durch ihre Unterschriften in Hessen vor der Kassenärztlichen Vereinigung inhaltlich differenziert protestiert hatten, wäre eine Reaktion der beteiligten Aufsichtsorgane (hier besonders der KVen) oder zumindest ein wachsendes Problembewusstsein nötig gewesen.

Die nachträgliche Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates des TK – Modells in dem auf weitere bedeutsame Unterlassungen im TK - Abschlussbericht hingewiesen wird, erfordert nun endgültig eine Positionierung der gesetzlich beauftragten Prüforgane.

### **1. Die Interessenlagen der am TK - Modell beteiligten Gruppen und die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen der kassenärztlichen Versorgung.**

In der durch das Sozialrecht geregelten kassenärztlichen Versorgung soll die Sicherung der gesetzlichen Forderung nach Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit dadurch erfolgen, dass die Verantwortung für die Behandlungen und deren Wirksamkeits- wie Qualitätserforschung sowohl dem jeweiligen individuellen Behandler, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Psychotherapeutenkammern und dem Bundesversicherungsamt zugewiesen wird.

Im Sozialgesetzbuch werden Grundforderungen (so ist u.a. die Erstellung einer Psychotherapie - Richtlinien mit Regelungen für das Gutachterverfahren in § 92 Abs. (6a) vorgeschrieben) und Rahmenbedingungen benannt, die in Form von Richtlinien zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den gesetzlichen Krankenkassen in den dazu gebildeten Gremien umgesetzt wurden und für deren Einhaltung die genannten Organe gesetzlich verpflichtet - und verantwortlich sind.

Fachliche Fragen können im konkreten Einzelfall von diesen demokratisch gewählten Organen (Kassenärztliche Vereinigung und deren beratende Fachausschüsse) und dem Bundesversicherungsamt in der Regel nicht allein entschieden werden, dazu müssen die entsprechenden Fachgesellschaften und deren Fachvertreter beratend herangezogen werden. Dieses „Konsiliarverfahren“ mit den Fachgesellschaften hat nicht stattgefunden, auch wenn dieses Vorgehen vom Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen gerade schon bei Planungsbeginn unter Einbeziehung aller beteiligten Leistungserbringern gefordert wird (s. dazu Sasse, 2011 (a) S 205 ff).

In demokratisch gewählten Kontrollorganen besteht durch die Mehrheitsverhältnisse und den durch Mehrheit legitimierten Entscheidungsmöglichkeiten immer die Gefahr, dass sich die

Interessen der Mehrheit über die Interessen, Werte und Prinzipien der Minderheiten hinwegsetzen und dadurch fachlich notwendige Abstimmungsprozesse und Konsensfindungen verhindern. Dieser Vorgang hat beim TK – Modell stattgefunden (s. Anlage 1.10., 1.12.) die Interessenlagen müssen daher zur Diskussion gestellt werden.

Interessenlagen in der Berufspolitik sind eher selten an erkennbarem Machterhalt, offenem Dominanzanspruch oder aufgezeigten beruflichen oder vorhergesagten finanziellen Vorteilen zu erkennen. Zur leichteren Umsetzung von Eigeninteressen sind die Nicht – Diskussion und Intransparenz, manchmal auch die öffentliche Leugnung, geeignete Agenten.

Entgegengesetzte berufspolitische Interessen können auch dadurch umgesetzt werden, dass einem aktiven Forscher in diskreditierender Absicht Interessen unterstellt werden, die dieser nicht hat.

Insofern ist sowohl kritische Vernunft wie auch Vorsicht bei den gegenseitigen Vorbehalten wünschenswert.

In der Psychotherapieforschung gibt es bezüglich der Richtlinien – Psychotherapie nicht nur keine Werte und Prinzipien geleiteten und vereinbarten Konsensregelungen, es gibt keine Diskussionsgremien dafür. Aber genau diese Rahmenbedingungen (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit) sind in der kassenärztlichen Versorgung unverzichtbar, weil es um reale Patienten geht – und nicht wie häufig in der wissenschaftlichen Psychotherapie um Studenten, Probeklienten oder freiwillige Probanden.

Es geht in der Erforschung der Richtlinien-Psychotherapie, wie im TK-Modell aber auch um so viel Geld aus den Beiträgen der Versicherten, wie bisher noch nie zur Verfügung stand.

Die Rahmenbedingungen sind gesetzlich klar definiert: In § 92 (6a) SGB V wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss verbindlich vorgeschrieben, eine Richtlinie zu beschließen, in der das Nähere über die zur Krankenbehandlung „geeigneten Verfahren“ und u.a. das Gutachterverfahren zu regeln sind. Das ist geschehen, die Prüfung und Anerkennung der Richtlinienverfahren haben stattgefunden, das Gutachterverfahren wurde etabliert; die Richtlinien werden fortlaufend überarbeitet und auch verändert.

In § 95 c SGB V werden die Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister für Psychotherapeuten festgelegt: Der Fachkundenachweis setzt voraus, dass der Psychotherapeut eine Ausbildung in einem „anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat“.

Es scheint mir nicht ernsthaft diskutierbar zu sein, dass Forschergruppen die Anwendungsforschung in einem der anerkannten Richtlinienverfahren betreiben wollen, von den Prüfinstanzen daraufhin überprüft werden müssen, ob sie selbst diese Qualifikation nachweisen, oder ob sie zumindest bei Nichtvorlage der eigenen Qualifikation, eine externe Prüfung bezüglich der Eignung ihrer Methoden für die zu erforschenden Verfahren vorlegen können. Im Zweifel müssen das BVA und die jeweilig involvierte KV die entsprechenden Fachgesellschaften zur Beratung heranziehen.

Hier liegt das generelle Versagen der Prüfinstanzen, sie haben diese Prüfung nie ernsthaft durchgeführt; sie haben dafür kein Problembewusstsein entwickelt und auch nach erheblicher Kritik stattdessen mit der TK und den Mehrheiten aus Beratenden Fachausschüssen und Kammern kooperiert.

Im TK-Modell sollte geprüft werden, ob das bestehende Gutachterverfahren durch die Einführung einer mehrfachen, direktiven Beeinflussung von Patienten und Psychotherapeuten ersetzt oder geändert werden kann.

Aus dem Design des Experimentes wird folgender bedeutsamer und damit wesentlicher Unterschied zwischen dem TK-Modell und dem regulären Gutachterverfahren nicht erkennbar, dieser Unterschied, der auch im Anschreiben 2004 an die TK und an das BVA schon benannt worden war, wird weder in den Patienteninformationen noch in der Projektakte der TK benannt:

Im regulären Gutachterverfahren wird die Qualität der Behandlungsplanung des Psychotherapeuten und der Wirksamkeitsnachweis an Hand verfahrensspezifischer Vorgaben durch einen Bericht des Psychotherapeuten an den Gutachter im Verlauf der Behandlung geprüft. Auf dem Prüfstand im Gutachterverfahren steht an erster Stelle der Behandlungsansatz des Behandlers, an zweiter Stelle muss geprüft werden, ob sich die angewendeten Methoden, das Krankheitsverständnis und der Behandlungsansatz im Rahmen der sozialrechtlich anerkannten Verfahren befinden, oder ob, andere bislang nicht anerkannte Verfahren zur Anwendung gebracht werden sollen.

Im Monitoringvorgang des TK – Modells werden allein die subjektiven Patientenselbsteinschätzungen zum entscheidenden Kriterium für die Bewertungen der Behandlungsqualität durch die Kasse gemacht, das heißt, es findet eine Verschiebung der Verantwortung für die bewertende Prüfung der Behandlungsqualität vom Psychotherapeuten auf den Patienten statt. Die verfahrensspezifische Prüfung entfiel in der IG grundsätzlich, wenn der Patient entsprechend hohe Werte auf den Patientenfragbögen angab; gab er niedrigere Werte an, wurde (nach TK - Abschlussbericht bei 7 % der Erstanträge) ein sogenanntes modifiziertes Gutachterverfahren eingesetzt.

Wenn man berücksichtigt, dass die weit überwiegende Anzahl der Behandlungen in Verhaltenstherapie durchgeführt wurden und entsprechende Gutachter Verhaltenstherapeuten waren, die keine verfahrensspezifischen Schädigungen zu beklagen hatten, dann sind die negativen Bewertungen aller Gutachter, die nur als Gesamtmenge untersucht wurden, besonders zu gewichten:

72,2 % der Gutachter waren insgesamt unzufrieden bzw. weniger zufrieden mit dem Modellvorhaben.

In der Kritischen Studie zeige ich den Unterschied zwischen Qualitätsmerkmalen und Wirksamkeitsnachweisen. Dazu werden acht Wirksamkeitsmerkmale definiert, drei Ergebnisqualitätsmerkmale werden aufgezeigt, zehn Prozessqualitätsmerkmale des Verfahrens, vier Strukturqualitätsmerkmale und acht Prozessqualitätsfaktoren des Behandlers werden in einer Übersicht aufgezeigt (Sasse, 2011 (a) S. 35).

Im TK - Modell wird von acht Wirksamkeitsfaktoren der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren nur einer, ein eher schwacher Indikator für den Nachweis von tatsächlicher Verbesserung des Krankheitsverlaufes, die subjektive Patientenselbsteinschätzung zum entscheidenden Faktor im Monitoringvorgang.

Die tatsächlichen Qualitätsmerkmale der beiden analytisch begründeten Verfahren und die Qualitätsfaktoren des Psychotherapeuten werden überhaupt nicht erfasst oder gar untersucht.

Das Gutachterverfahren steht immer wieder im Zentrum von verschiedenen Diskussionen: Es wird als ungeeignet abgelehnt, es wird kritisiert weil es, wegen des Aufwandes zu viel Zeit beansprucht, weil die Gutachter „standardisiert“ antworten oder weil einige Psychotherapeuten die Berichte an den Gutachter möglicherweise fälschen oder von dazuwerbenden Kollegen erstellen lassen.

Die Hintergründe, Ambivalenzen und Verbesserungsvorschläge wurden schon 2001 unter dem Titel: „Das Gutachterverfahren in der psychotherapeutischen Versorgung“ die Hinter-

gründe, die Ambivalenzen und Verbesserungsvorschläge diskutiert (Sasse, 2001, Psychotherapeut, 46: S. 278 – 285).

Aus fachlicher Sicht ist das Gutachterverfahren deswegen unverzichtbar, weil jeder Psychotherapeut nachweisen muss, dass er die unbewusste Dynamik des Patienten erkennt und dazu passende je individuelle Behandlungskonzepte vorlegt. Er muss reflektieren, inwieweit die unbewusste Dynamik des Patienten auch auf das Unbewusste des Psychotherapeuten einwirkt. Ebenso stringent wird die Anwendung des jeweiligen Richtlinienverfahrens im konkreten Einzelfall geprüft, u.a. ob die angewendeten Methoden im Einzelfall geeignet sind, die in wissenschaftlichen Prüfungen nachgewiesenen Wirksamkeitsmerkmale zu erfüllen und die analytisch begründeten Behandlungsziele erreicht werden können.

Dazu wird der Bericht des Behandlers an den Gutachter und seine Konzeption geprüft, die beigefügten Unterlagen der Krankenkasse werden in die Begutachtung einbezogen; dieser Prüfungsvorgang ist eine Einschränkung einer uneingeschränkten Behandlungsfreiheit, erfordert erhebliche Mehrarbeit, die aber im Patienteninteresse bei den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren unverzichtbar ist.

Deshalb wurde in § 92 Abs. (6a) SGB V eine Richtlinie für Psychotherapie verbindlich vorgeschrieben, in der insbesondere auch die Regelung des Gutachterverfahrens vorgeschrieben wurde.

Die Ergebnisse des Gutachterverfahrens werden durch die Veröffentlichung der Statistik durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung jährlich transparent dargestellt.

Jeder 7. Antrag wird im Durchschnitt der letzten Jahre nicht so zur Kostenübernahme empfohlen, wie die Psychotherapeuten beantragen.

2011 wurden in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie von 86 GutachterInnen insgesamt 164857 Berichte geprüft und Gutachten erstellt. Die durchschnittliche Ablehnungsquote lag bei 4 %, die Änderungsquote lag bei 11,2%. Damit wurden 15,2 % aller Anträge nicht so bewilligt, wie sie beantragt wurden.

In der Verhaltenstherapie wurden 2011 von 73 GutachterInnen 151456 Gutachten erstellt, die Ablehnungsquote lag hier bei 3 % und die Änderungsquote bei 6,2%. Hier wurden 9,2 % der Anträge nicht so zur Kostenübernahme empfohlen, wie sie beantragt wurden.

Zudem gibt es zahlreiche positive Rückmeldungen von Psychotherapeuten über die erhaltenen fachlichen Rückmeldungen der Gutachter, die jedoch nicht empirisch erfasst werden.

Wenn nun dieses Gutachterverfahren durch ein anderes Verfahren ersetzt werden soll, in dem die Methoden der Forschergruppe, die Interessen der TK und des beteiligten Verlages stattdessen, nach erfolgreicher Testung im Modellprojekt eingeführt werden sollen, dann müssen nicht nur diese Interessen auch diskutiert werden, zuvor muss den beteiligten Patienten mitgeteilt werden, was mit der Aufhebung des Gutachterverfahrens eigentlich verbunden ist.

Man kann nur an den möglichen Folgen der geplanten Forschung und nur Indizien geleitet eher spekulativ auf mögliche Interessenhintergründe hinweisen:

- Die TK hatte vor Verabschiedung des PsychThG über mehrere Jahre hinweg ein sogenanntes „Erstattungsverfahren“ eingeführt, in dem die verfahrensspezifischen Anforderungen des SGB V (Richtlinien – Psychotherapie) aufgehoben waren. Jeder Behandler bekam nach Durchlaufen eines TK-spezifischen Gutachterverfahrens ein festes aber im Vergleich zur regulären Richtlinien – Psychotherapie ein kürzeres Behandlungskontingent, jedoch waren

diese Behandlungen gerade als Nicht-Richtlinienverfahren definiert. Die Behandler konnten selbst entscheiden, welche Verfahren, Methoden oder Konzepte zur Anwendung kamen. Dieses Vorgehen wurde nach langen juristischen Auseinandersetzungen letztlich vom zuständigen Gericht als unzulässig abgelehnt.

Auch im jetzigen Modellvorhaben wurde in der Interventionsgruppe auf die verfahrensspezifische Prüfung verzichtet (mit Ausnahme des seltenen modifizierten Gutachterverfahrens). Das Interesse der TK an Effektivität und Effizienz ist real nur zu begrüßen, die Aufwendungen dazu anzuerkennen, wenn nur die verfahrensspezifischen Eigenheiten geschützt worden wären.

Es gibt noch einen weiteren Aspekt, mit dem im Modellvorhaben Interessen umgesetzt wurden: Jeder Behandler konnte, wenn er denn bei der Randomisierung in die Interventionsgruppe gewählt wurde, unbegrenzt Genehmigungen für Langzeittherapien erhalten. Es gab Teilnehmer, die bis zu 23 Patienten im Modellvorhaben behandelten; insofern ergaben sich mehrere Probleme: Erstens kam es durch das TK Modell in den drei Modellregionen zu Benachteiligungen in der Versorgung der Versicherten anderer Krankenkassen, zweitens wurde die Effektivität der Behandlungen in der Interventionsgruppe dadurch strukturell verringert, dass alle Patienten (mit Ausnahme modifiziertes Gutachterverfahren) automatisch die Kontingente einer Langzeittherapie (LZT) genehmigt bekamen, während im Gegensatz dazu in der Kontrollgruppe deshalb viele Kurzzeittherapien (KZT) beantragt wurden, weil die Behandler – auch im regulären Gutachterverfahren - in der Regel hier von der Berichterstattung befreit sind.

Der letzte Aspekt ist gravierend: In der Interventionsgruppe wurden im Durchschnitt bei 1060 Behandlungen für jede Behandlung 50,4 Stunden bewilligt, in der Kontrollgruppe wurden im Gegensatz dazu bei 614 Behandlungen für jede Behandlung im Durchschnitt nur 36,8 Stunden bewilligt. Das ist nicht nur ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG, der als Ergebnis genannt werden müsste. Es bedeutet nicht nur, dass hier auch bei der späteren Ergebnisdarstellung der wichtige Unterschied zwischen Langzeitbehandlungen und Kurzzeitbehandlungen nicht dargestellt wird (werden im TK-Modell systematisch Langzeittherapien (IG) mit Kurzzeittherapien (KG) verglichen?), es bedeutet viel mehr, dass in der Interventionsgruppe des TK – Modells die Kurzzeittherapie gezielt konzeptionell (zu Gunsten der teilnehmenden Psychotherapeuten) ausgeschlossen wurde, weil es überhaupt keine Differenzierung bei den sogenannten Entscheidungsregeln für die Genehmigung zwischen KZT und LZT gab.

Hierdurch wird erneut deutlich, dass eine spezifische Richtlinienregelung, hier der Unterschied in den Kontingenten zwischen KZT und LZT, konzeptionell zwar erkannt wurde (s. Informationsakte TK-Modell) aber zum Vorteil der teilnehmenden Behandlern nicht berücksichtigt wurde, mit der Folge, dass es in der Interventionsgruppe in der Regel keine Kurzzeittherapie gab.

- Das Bundessozialgericht hat die festen Honorarsätze für Psychotherapeuten mit der vorhergehenden Prüfung und Genehmigung der Behandlungen durch die Kassen begründet. Würde das Gutachterverfahren abgeschafft, würden die Honorare für Psychotherapeuten zwangsläufig den gleichen Kürzungen (Floating) unterliegen, wie dies bei den anderen Ärztegruppierungen bereits existiert, die dadurch mehr Geld in ihren Honorartöpfen erhalten würden.

Mit dem Gutachterverfahren wird auf eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung explizit verzichtet, nach Übernahme des TK-Modells als Regel, könnten nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen angeordnet werden.

Insofern wären auch denkbare Interessen der Kassenärztlichen Vereinigungen nachvollziehbar, weil sie durch die Abschaffung des Gutachterverfahrens zu einer für die anderen Arztgruppen günstigeren Honorarverteilung beitragen könnten.

- Die Umsetzung des im TK-Modell untersuchten Monitoringvorgangs würde im Erfolgsfall sowohl zu einer erheblichen Umsatzsteigerung bei denjenigen Testverfahren führen, die durch den beteiligten Hogrefe-Verlag vertrieben werden, als auch zur Umsatzsteigerung durch die Testauswertung und die Erstellung der bewertenden Rückmeldungen führen, die im Apparatezentrum des Verlages erarbeitet werden.

- Üblicherweise wird ein großes Forschungsvorhaben ausgeschrieben. So haben die psychoanalytischen Fachgesellschaften bei großen und kostenintensiven Forschungsvorhaben wie für die Praxisstudie der DGPT, für die Depressionsstudie und auch für eine geplante Angststudie vor Vergabe von Forschungsaufträgen Angebote von verschiedenen interessierten Forschern eingeholt.

Wenn die TK ein derart großes Projekt offiziell ausgeschrieben hätte, wären sicherlich mehrere Bewerbungen eingegangen. Hier wurde aber aus der Menge der denkbaren Forschergruppen genau diejenige Gruppierung ausgesucht, die auf verhaltenstherapeutischen Konzepten basierende aktiv-direktive Methoden zur unmittelbaren Beschleunigung der Behandlungen einsetzte. Die involvierte Forschergruppe könnte, im Erfolgsfall, verhaltenstherapeutische Konzepte der unmittelbaren Patientenbeeinflussung auch für die analytisch begründeten Richtlinienverfahren einführen. Die psychoanalytischen Fachgesellschaften wären dann nicht mehr verantwortlich für die Rahmenbedingungen derjenigen Verfahren, in denen –vorrangig– sie verfahrensadäquat forschen, lehren und ausbilden. Genau dieser Machtanspruch vieler Hochschullehrer bildet seit einigen Jahren den Kern von Auseinandersetzungen um die Psychotherapeutenausbildung. Deshalb wäre die Umsetzung dieser Interessen im TK-Modell, die nicht aus den Reihen der Richtlinienverfahren stammen, auch für diese Frage wichtig.

- Das schwierigste Konfliktfeld für den kollegialen Umgang zwischen Befürwortern und Kritikern liegt in den unterschiedlichen Aufgaben und Interessen zwischen Fachgesellschaften und berufspolitischen Verbänden in der Psychotherapie.

Während sich die Fachgesellschaften gemäß ihrer Satzungen um die wissenschaftliche Weiterentwicklung ihrer Verfahren, um deren wissenschaftliche Evaluation, um die Weiterbildung ihrer Mitglieder und zentral auch um die Ausbildung von jungen Psychotherapeuten kümmern müssen, ist das Aufgabenfeld der Berufspolitik auf die Umsetzung der direkten beruflichen, professionellen wie wirtschaftlichen Interessen der Mitglieder fokussiert.

Fachgesellschaften sind natürlich verfahrensspezifisch orientiert, alle Berufsverbände versuchen, Mitgliederinteressen aus allen Verfahren zu vertreten, insofern sind Berufsverbände, wenn man ihre Mitgliederstruktur untersucht, in der Regel „verfahrenübergreifend“ orientiert.

Berufsverbände sind umso machtvoller, je mehr Mitglieder sie haben.

Die Mehrheitsverhältnisse in den Fachgesellschaften sind nicht so bedeutsam, auch wenn selbstverständlich hier genauso machtvoll agiert werden kann, wie in den Berufsverbänden.

Im Psychotherapeuten – Gesetz (Psych Th G) ist geregelt worden, dass jedes psychotherapeutische Verfahren seine Theorie, Methodik und eben auch den empirischen Nachweis der Wirksamkeit einem vom Bundesministerium eingesetzten „Wissenschaftlichen Beirat“ zur Prüfung vorlegen muss. Nur der Wissenschaftliche Beirat (PsychThG) kann nach Prüfung gemäß einem vorgelegten Kriterienkataloges einem Verfahren die wissenschaftliche Anerkennung aussprechen. Diese Anerkennung ist Voraussetzung für die Zulassung als Approbationsverfahren für die staatliche Ausbildung. Die sozialrechtliche Anerkennung wird danach

von einem Gremium der Selbstverwaltung geprüft, die Anwendung von wissenschaftlich anerkannten Verfahren in der kassenärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist erst nach deren sozialrechtlicher Anerkennung möglich. Diese Anerkennungsprozeduren sind langwierig, kostenintensiv und werden selbstverständlich auch von vielen Konflikten und Interessenlagen begleitet.

Diese Anerkennungsarbeit wird ausschließlich von Fachgesellschaften erbracht. Berufspolitische Verbände sind dazu nicht in der Lage, es gehört gemäß ihrer Satzungen auch nicht zu ihrem Aufgabenbereich.

Hier liegt einerseits ein Konflikt zwischen denjenigen Wissenschaftlern, die nicht in die Fachgesellschaften eingebunden sind und die diese Verfahren als altmodisch, antiquiert und unmodern beschreiben. Einige von ihnen sprechen zur Entwertung gerne nicht mehr von wissenschaftlich und sozialrechtlich geprüften und anerkannten Verfahren, sondern von „Schulen“.

Die sogenannten verfahrensübergreifenden oder verfahrensunspezifischen Methoden haben sich den Überprüfungen wie die Richtlinienverfahren nie gestellt, es gibt dazu auch keine Prüfungsvorgänge, deshalb ist in der kassenärztlichen Versorgung an dieser Stelle das Problembewusstsein zu schärfen.

Andererseits besteht ein Konflikt zwischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden: Sowohl sozialrechtlich wie auch berufsrechtlich fordert der Gesetzgeber die Prüfung von Verfahren, was zur Folge hat, dass diese Verfahren durch die Einschränkungen der Psychotherapie-Richtlinie (Kontingente, Grenzen, Gutachterverfahren) weiter begrenzt werden. Gegen beide Einschränkungen wehren sich Berufsverbände im Interesse ihrer Mitglieder. Auch innerhalb der Fachgesellschaften gibt es immer wieder Diskussionen um die Einschränkungen und Grenzen, die durch die Richtlinie entstehen, prinzipiell wird die Richtlinie aber mit all ihren Implikationen begrüßt.

Es liegt im anzuerkennenden, sicher auch real begründeten Interesse der Berufsverbände diese Einschränkungen und Grenzen für ihre Mitglieder immer wieder in Frage zu stellen, wiederholt deren Legitimation zu prüfen und diese Verfahren zu kritisieren. Auch müssen Wissenschaftler immer wieder die Möglichkeit haben, von außen zu kritisieren. Selbstverständlich dürfen sie auch immer wieder behaupten, sie hätten nun verfahrensübergreifende Methoden entwickelt, sie dürfen auch die Einführung dieser Verfahren fordern, dann aber müssten sie ihre Konzepte auch den gesetzlich vorgegebenen Prüforganen zur Prüfung vorlegen, bevor sie aktiv manipulativ in die anerkannten Psychotherapieverfahren einzuwirken beabsichtigen.

Zumindest müsste genau diese Prüfung von den Prüforganen vollzogen werden, um die hier aufgezeigten Fehlentwicklungen zu verhindern.

Hier liegt der im TK-Modell erkennbar gewordene, unausgesprochene Konflikt: Die Mehrheiten in den Psychotherapeutenkammern und in den Beratenden Fachausschüssen bei den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch die Berufsverbände und nicht durch die Fachgesellschaften gebildet. Das ist unter demokratischen Bedingungen völlig richtig und wird – bei berufspolitischen und mehrheitlich zu entscheidenden Fragen - nicht kritisiert. Diese Mehrheiten dürfen jedoch nicht zur Abstimmung über fachliche Fragen benutzt werden.

Ähnlich schwer wiegt folgendes Vorgehen:

Bei der Besetzung des Wissenschaftlich Beirates des TK-Modells wurde als Prüforgan zunächst ein unabhängiges Institut gefordert. Klauenflügel beschreibt (2007) folgendes Ergebnis: „Der wissenschaftliche Beirat hat die Aufgabe, die Korrektheit des methodisch-

statistischen Vorgehens und die inhaltliche Folgerichtigkeit der Ergebnisinterpretation zu prüfen und zu dokumentieren. Die TK verpflichtet das mit der Evaluation beauftragte Institut, methodische und inhaltliche Mängel vor der Veröffentlichung der Evaluationsberichte zu korrigieren. Kann keine Einigung erzielt werden, werden abweichende Stellungnahmen in den Veröffentlichungen der Evaluatoren dokumentiert“ (Klauenflügel 2007, S. 26).

Es wurde kein Institut mit dieser Aufgabe betraut. Die Bestellung des Wissenschaftlichen Beirates, der zur Kontrolle des TK-Modells eingesetzt wurde und dessen Mitglieder unabhängig (§ 65 SGB V) sein müssen erfolgte nach Gesprächen und Beratungen zwischen der TK und den Berufsverbänden bzw. deren Vertretern in den Beratenden Fachausschüssen und Kammern.

Hier müssen folgende (absichtlich nicht mit den Namen verbundenen) Fragen zur Bestellungspraxis der TK und vor allem deren Prüfung durch die gesetzlich vorgeschriebenen Prüforgane (BVA, KV und Kammern) erlaubt sein, ohne dass - ausdrücklich sei darauf hingewiesen- damit die Integrität und Kompetenz der hier involvierten Personen in Frage gestellt werden soll bzw. darf.

Es geht hier nicht mehr um die Praxis der TK bei der Bestellung der Mitglieder und der Beisitzer des Wissenschaftlichen Beirates sondern um den Nachweis der fehlenden Überprüfung der Bestellung durch die gesetzlich dazu verpflichteten Prüforgane:

Wenn ein Berufsverband für seine Argumentation verfahrensspezifisch ausgebildete Wissenschaftler und Psychotherapeuten als qualifizierte Berater hinzuzieht oder aus der eigenen Mitgliedschaft rekrutiert und gemeinsam mit diesen Beratern weit reichende, wünschenswerte und notwendige Änderungen im TK-Modell erreicht, in deren Folge der Berufsverband dann die Teilnahme am Modell empfiehlt: Können diese Personen dann, die ihr eigenes Interesse in das durch sie veränderte Modell eingebracht haben und damit involviert sind, als unabhängige Mitglieder oder Beisitzer des Wissenschaftlichen Beirates bestellt werden? Dürfen sie dazu bestellt werden wenn davon auszugehen ist, dass sie die Umsetzung ihrer eigenen Vorschläge prüfen? Können sie den Kritikern gerecht werden?

Wenn ein seriöser Psychotherapeut, der sich in Fragen der Qualitätssicherung fachlich klar derart positioniert hat, dass Therapieschulen und Verfahrensorientierung der Psychotherapie ein besonderes Hindernis darstellen, der die Meinung vertritt, dass die moderne Psychotherapieforschung längst eine Methoden übergreifende Störungsorientierung in der Psychotherapie fordert, der das Gutachterverfahren aus prinzipiellen methodischen Gründen bezüglich der Wirksamkeit als Qualitätssicherungsverfahren seit Jahren kritisiert, dann darf diese Kritik selbstverständlich nicht unterbunden werden: Er hat ein Anrecht darauf, mit seiner Sicht nicht nur ernst genommen zu werden, er muss im Diskurs Antworten erhalten. Aber kann und darf ein derart festgelegter Kritiker in den Wissenschaftlichen Beirat des TK-Modells bestellt werden? Prüft er dann seine eigenen Postulate in dem Aufsichtsgremium selbst? Kann er den Kritikern seiner Position wirklich unabhängig gerecht werden?

Wenn langjährig verdiente Mitglieder eines Beratenden Fachausschusses (z.B. auch als Schriftführer im Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung) öffentlich für die Teilnahme am Modell werben und wenn sie (z.B. als Sprecher der psychologischen Psychotherapeuten) einen gemeinsamen Aufruf mit dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme unterzeichnen, können sie dann im Wissenschaftlichen Beirat unabhängig prüfen, was sie selbst trotz vorgelegter Bedenken empfohlen haben?

Wenn ein (real geschätzter, seriöser und qualifizierter) Psychotherapieforscher, der das TK-Modell auch kritisch reflektiert hat, seine eigenen Forschungsarbeiten im TK-Modell im Rahmen der Änderungen anwenden kann, dann ist dies sowohl fachlich wie auch verfahren-

rennspezifisch sehr zu begrüßen, insbesondere die Bereitschaft der TK, diese Änderungen aufzunehmen. Hier darf der Hinweis nicht fehlen, dass diese weit reichenden Veränderungen, wie viele andere Änderungen auch, nicht von den psychoanalytischen Fachgesellschaften sondern von einem Berufsverband (hier dem BVVP) initiiert und umgesetzt wurde. Dennoch muss die Frage gestellt werden, ob ein durch seine eigenen Forschungsschwerpunkte involvierter Psychotherapieforscher von der TK in den Wissenschaftlichen Beirat, dem Prüforgang des Modells, bestellt werden darf? Prüft er nicht zwangsläufig auch seine eigenen Forschungsansätze?

Wenn ein bestellter Beisitzer während des laufenden Modells in einer berufspolitischen Veröffentlichung über Entscheidungen aus dem Wissenschaftlichen Beirat berichtet und fehlerhafte Informationen über die psychoanalytischen Fachgesellschaften verbreitet, sowie die eigenen berufspolitischen Erfolge bei der Einführung von Änderungen hervorhebt, dann muss die Frage erlaubt sein, ob er noch als „unabhängig“ gelten darf?

Ganz sicher ist der Umstand, dass der Wissenschaftliche Beirat nach Veröffentlichung des TK-Abschlussberichtes eine eigene, ergänzende Stellungnahme abgegeben hat, als Anzeichen seiner Autonomie und Unabhängigkeit zu deuten.

Aber unabhängig von der zusätzlichen Stellungnahme ist der Wissenschaftliche Beirat zu fragen, warum er den Nachweis der Fehlerhaftigkeit der ursprünglichen Bewertungen, die Änderung des motivationalen Hauptwirkfaktors während der laufenden Behandlung und die verfahrensspezifische Vorbehalte zu keinem Zeitpunkt erwähnte. Der Wissenschaftliche Beirat war fortlaufend über die Kritik umfassend informiert worden (s. Anlage 3.2.).

- Die Verlagerung der Verantwortung für die Kostenzusage durch die Kassen (ohne das Gutachterverfahren) vom Behandler auf den Patienten war der Preis dafür, dass die Psychotherapeuten von der Berichterstattung an den Gutachter befreit wurden. Die Quote der Nichtbewilligungen und Kürzungen würde (jeder 7. Antrag wird nicht so genehmigt, wie beantragt) drastisch sinken, vorhersehbar würde jeder Antrag bewilligt, wenn der Patient in seiner subjektiven Selbsteinschätzung hohe subjektive Leidenswerte angibt.

Für die Behandler in der Interventionsgruppe entfiel die Prüfung der Verfahrensanwendung, es gab die Möglichkeit für eine große Menge von Patienten Kostenzusagen für Langzeitbehandlungen zu erhalten, so dass die eigene Praxis für einen längeren Zeitraum mit Langzeitgenehmigungen versehen war.

Diese Umstände lassen auch erahnen, wieso derart viele Behandler aus dem Modell ausgestiegen sind: Wurden sie im Randomisierungsvorgang der Kontrollgruppe zugelost, hatten sie wesentlich weniger Anträge gestellt als die vergleichbaren Therapeuten in der Interventionsgruppe. Schieden 54 dann aus, weil sie sich, ohne weitere Anreize wieder im regulären Gutachterverfahren befanden? Wurden sie im Randomisierungsvorgang der Interventionsgruppe zugewiesenen, nutzen sie die Gelegenheit, viele Langzeitbehandlungen bewilligt zu bekommen und 48 schieden (nach Genehmigung ihrer Anträge?) aus.

Insofern hat die TK ein Untersuchungsthema aufgegriffen von dessen Teilnahme zwar die psychoanalytischen Fachgesellschaften abrieten, an dessen Realisierung aber viele berufspolitischen Interessengruppen und viele Behandler, auch sehr konkret interessiert waren.

Eine Reflektion oder Darstellung dieser hier aufgezeigten möglichen Interessenlagen fand nicht statt.

Selbstverständlich muss hier auch der Vorwurf benannt und diskutiert werden, die Fachgesellschaften und die Gutachter, die meist in die Fachgesellschaften eingebunden sind, würden sich nur gegen eine Veränderung des Gutachterverfahrens wehren und das Modellprojekt dis-

kreditieren, weil dadurch ihre persönlichen Interessen gefährdet sind. Hier werden insbesondere die finanziellen Einnahmen der Gutachter (eine Begutachtung wird mit 38.80 Euro (LZT) und 18.40 Euro (KZT) erstattet) benannt. Die Tätigkeit eines Gutachters beansprucht, je nach Gutachtenaufkommen, im rechnerischen Durchschnitt 1917 Gutachten pro Jahr für TP und AP, mehrere Arbeitstage in der Woche, da die Gutachten innerhalb von 14 Tagen bearbeitet werden müssen. Gutachtertätigkeit ist nicht, wie vielfach unterstellt, eine Nebentätigkeit die als Nebentätigkeit am Wochenende ausgeübt werden kann.

Dem Vorwurf stehen zwei institutionelle und ein bedeutsameres Argumente gegenüber: Die Gutachter können in der Zeit, in der sie begutachten, keine Patienten behandeln und dadurch Einnahmen erzielen. Der Mehrerlös durch diese Tätigkeit ist einerseits dadurch begrenzt. Andererseits gehen die KV Westfalen – Lippe und die KBV davon aus, dass die Tätigkeiten als Gutachter (wie die des im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wissenschaftlich kritisch arbeitenden Psychotherapeuten) nicht zu den vertragsärztlichen Versorgungsaufgaben eines Vertragsbehandlers gehören.

Gutachter müssen mit dem Risiko arbeiten, ihre Zulassung wegen zu geringer Patientenbehandlungen zu verlieren, weil die Tätigkeit als Gutachter von der KV WL und der KBV als private Nebentätigkeit außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung angesehen wird.

Neben diesen beiden institutionellen Konfliktfeldern gibt es Verantwortungsfragen zu bedenken: Gutachter müssen zu ihrer Ernennung viele Bedingungen erfüllen, die in der PT-Richtlinie und in der PT-Vereinbarung vertraglich vereinbart wurden. Sie müssen (als PP u. a.) mindestens fünf Jahre als Ausbilder und Supervisor in einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte tätig gewesen sein und zum Zeitpunkt der Bestellung als Dozent und Supervisor tätig sein. Diese Forderungen sind fachlich sinnvoll, um die Qualität der Gutachter durch Einbindung in Forschung und Ausbildung sicher zu stellen.

Dadurch entstehen eine Identifikation mit dem Fachgebiet und eine Werteorientierung für die Ausbildung und die Ausbildungskandidaten. Insofern sind Gutachter geradezu in der besonderen Pflicht, sich bei möglichen Schädigungen und Risiken zu Wort zu melden und auf die möglichen Unzulänglichkeiten aufmerksam zu machen.

## **2. Begründung für die Einführung der ersten Forderung:**

**Patientengefährdungen durch externe, direktive Beeinflussungen / Einbeziehung von Patienten müssen ausgeschlossen werden, die Verantwortung für den Wirksamkeitsnachweis, die Qualität und damit für die Bewilligung von Behandlungen darf nicht von den Psychotherapeuten auf die Patienten verschoben werden.**

Die zentrale Besonderheit im „Qualitätsmonitoringvorgang“ des TK-Modellvorhabens bestand ursprünglich bis Mitte 2007 in der direktiven Beeinflussung (kein einfaches Abbilden) der Patienten, der Behandler und damit des therapeutischen Arbeitsbündnisses und in der Reduktion aller Wirksamkeitsfaktoren und Qualitätsmerkmalen allein auf die subjektive Patientenselbsteinschätzung. Die ausführliche Begründung für die Patientengefährdungen findet sich in der Kritischen Studie (Sasse, 2011 (a) Kapitel 2, S. 89 – 194 und in Kapitel 3, S. 194 – 203).

Dieses Vorgehen entspricht nicht der Fachkunde in TP und AP.

Die psychoanalytischen Fachgesellschaften hatten in der Vergangenheit sowohl für die Prüfung der Anerkennung als wissenschaftlich anerkannte Verfahren, wie auch für die sozialrechtliche Überprüfung umfangreiche Forschungsarbeiten zusammengestellt und sich diesen Prüfungsvorgängen gestellt.

Die gemeinsame Veröffentlichung stammt von sechs psychoanalytischen Fachgesellschaften (DGPT, DGPM, DPG, DPV, DGIP und DGAP) und enthält sowohl eine Zusammenstellung der Forschungsergebnisse zum Wirksamkeitsnachweis, wie auch eine gemeinsam erarbeitete Position zu den wesentlichen Grundlagen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie als Richtlinienverfahren.

Sie wurde zunächst unter dem Titel: „Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß § 13 – 15 der Psychotherapie – Richtlinie für die psychoanalytisch begründeten Verfahren“ der Öffentlichkeit und dem Arbeitsausschuss zur Prüfung der Richtlinien – Verfahren 2010 vorgelegt, dann in Band 27, Sonderheft, im Dezember 2011 in: Forum der Psychoanalyse unter dem gleichen Titel von den genannten Fachgesellschaften veröffentlicht (DGPT et al 2012).

In dieser Stellungnahme wird der Zusammenhang zwischen den empirischen Wirksamkeitsnachweisen und den theoretischen Hintergründen zur Krankheits- und Behandlungstheorie wissenschaftlich dargestellt.

Es gab in der Psychotherapieforschung (mit wenigen Ausnahmen) keinen prinzipiellen Widerstand dagegen, dass selbstverständlich auch Richtlinienverfahren ihre Wirksamkeit, ihre Qualität, ihre Humanität und Wirtschaftlichkeit auch durch vergleichende empirische Forschung nachweisen müssen.

Die hierbei benutzten verfahrensunspezifischen Testverfahren sind beim Gruppenvergleich legitim und werden (trotz der Reduktion auf einen schwachen Indikator für Heilung und trotz des Ausschlusses von verfahrensspezifischen Wirkfaktoren und Qualitätsmerkmalen) nicht prinzipiell in Frage gestellt. Auch wenn die Ergebnisse vorrangig auf der Veränderung der vom Patienten subjektiv abgegebenen Selbsteinschätzungen basieren, kann dieses Vorgehen einen Wirksamkeitsnachweis für Verfahren durch vergleichende Gruppenuntersuchungen ermöglichen.

Selbstverständlich müssen alle Richtlinien – Psychotherapieverfahren auch in Zukunft möglichst umfassend und intensiv, auch empirisch begründet, bezüglich ihrer Qualität und Wirksamkeit erforscht, untersucht und weiter entwickelt werden.

Dazu ist auch die Freiheit für Forscher zu gewährleisten, ihre eigenen Untersuchungsschwerpunkte auszuwählen: Diese Freiheit ist für einen kritisch konstruktiven und auch kontroversen Diskurs unverzichtbar, es dürfen aber weder die genannten Risiken für Patienten, für die therapeutischen Arbeitsbündnisse und für die Behandlungsprozessen ausagiert werden, wenn sie Schaden zufügen. Freiheit erfordert Verantwortung, gerade in der Richtlinienpsychotherapie.

Im TK-Modell werden erstmalig Bewertungen für die Qualität des konkreten Einzelfalles allein aus dem Vergleich des Einzelfalles mit dem Mittelwert der Normalpopulation des Testverfahrens abgeleitet und dann mehrfach, als motivierende Rückmeldungen, in den laufenden Behandlungsprozess eingebracht.

Rudolf und Grande waren die beiden ersten Forscher, die schon 2003 auf mögliche Patientenschädigungen durch fehlerhafte Rückmeldungen hinwiesen. „Jedoch ist ein Entscheidungsalgorithmus zur Fortführung oder Beendigung von Psychotherapien, der allein oder wesentlich auf dem geplanten Monitoring beruht, klinisch unangemessen, führt möglicherweise zu Fehlentscheidungen und schadet somit den Patienten“ (Rudolf und Grande 2003, S. 2 s. Anlage).

Es wurde trotzdem weiter versucht, allein aus den Veränderungen in der subjektiven Patientenselbsteinschätzung eine Bewertung für die Qualität der Behandlung abzuleiten, dieser Vorgang wurde als „Qualitätsmonitoring“ bezeichnet.

Die bewertenden Rückmeldungen waren bis zur Änderung nur so formuliert, dass eine schnellere Beendigung der Behandlung möglich war, ein Hinweis auf eine möglicherweise notwendige Verlängerung war im Monitoringvorgang konzeptionell nicht vorgesehen.

Die ursprünglichen Bewertungsüberschriften (dazu gab es zu jeder Überschrift einen Text s. dazu TK-Abschlussbericht S. 191) der Qualität der Behandlung an Behandler und Patienten lauteten entsprechend des TK-Abschlussberichtes S. 191, 192:

„Negative Entwicklung“  
„Keine eindeutige Entwicklung“  
„Gute Entwicklung“  
„Stabil gute Entwicklung“

Diese Zitatweise im TK-Abschlussbericht ist an wesentlichen Kleinigkeiten nicht präzise.

Im ursprünglichen Plan (s. Projektbeschreibung vom 04.11.2003 S. 17 und Projektakte TK-Modell S. 41) und auch in den real durchgeführten Rückmeldungen waren (vom 1. 4. 2005 bis April 2007) die eigentlichen Rückmeldungsüberschriften inhaltlich anders formuliert:

„Negative Entwicklung!“  
„Bisher keine bedeutsamen Veränderungen.“  
„Guter Verlauf ! Bitte Therapieende in Betracht ziehen.“  
„Erfolgreicher Verlauf ! Therapieende erscheint angemessen.“

Damit sollte den Rückmeldungen eine größere motivationale Bedeutung verliehen werden.

Diese externe Bewertung (mit Ausrufezeichen) bedeutet eine grundlegende Veränderung zu jeder früheren Forschung:

Allein aus der veränderten Patientenselbsteinschätzung wurden im Monitoringvorgang Bewertungen über die Qualität der Behandlung abgeleitet und dem Patienten und dem Behandler (gemäß des Vertrages) mit der Verpflichtung mitgeteilt, darüber zu diskutieren.

Die geforderte Diskussion der sogenannten Qualitätsbewertung sollte neben den externen Bewertungen selbst, der zweite motivationale Faktor sein, mit dem die Behandlung beschleunigt werden sollte. Eine andere Richtung war konzeptionell bei den gerade genannten bewertenden Rückmeldungen nicht möglich.

Diese motivierende Beeinflussung war die Hauptvariable und somit der entscheidende Unterschied zwischen IG und KG.

Dadurch entstand das zentrale verfahrensspezifische Problem des TK-Modellvorhabens:

Es ist fachlich unzulässig, auf Grund dieses völlig subjektiven Datenmaterials im sogenannten Monitoringvorgang überhaupt bewertende Aussagen zur Qualität des Einzelverlaufes abzugeben. Dieser Umstand wird besonders gravierend, wenn in unkontrollierbarem Umfang falsche Rückmeldungen über die Behandlungsqualität an den Patienten und an den Behandler gegeben werden und wenn gerade dadurch motivierend auf den Behandlungsprozess eingewirkt werden soll.

Es sollte untersucht werden, ob sich diese beiden Psychotherapiegruppen bezüglich der Abnahme der Intensität der Symptomatik der Patienten und bezüglich der Dauer der Behandlungen unterscheiden würden. Die Hypothese der Forschergruppe war, dass sich das sogenannte „Monitoring“ in der Interventionsgruppe als effektiver (sowohl bezüglich der Abnahme der Intensität der Patientenselbsteinschätzung, wie auch bezüglich der Behandlungsdauer und des Behandlungsumfanges in Stunden) erweisen würde.

Die Gründe dafür, dass die ursprünglichen Rückmeldungen unzulässig waren, sind:

1. Die vermeidbare Konfusion, wenn zwischen der Wirksamkeit eines Verfahrens und der Qualität des Behandlungsansatzes nicht unterschieden wird, bedeutet eine nicht hinnehmbare Belastung und Überforderung des Patienten. Der Patient hat sehr wohl bei der Wirksamkeit der Behandlung einen ganz erheblichen Anteil, aber er ist weder für die Qualität des Behandlungsansatzes noch für dessen therapeutische Umsetzung verantwortlich. Für die Qualität der Behandlung, des Behandlungsplanes und dessen Umsetzung ist der Psychotherapeut zwar von den Reaktionen und den Verarbeitungsprozessen des Patienten abhängig und dadurch auch involviert, aber die Verantwortung für die Qualität des Behandlungsprozesses im Sinne der konzeptionellen Planung und Umsetzung liegt allein beim Psychotherapeuten. So lautet z.B. ein Teil der alten bewertenden Rückmeldung an den Patienten: „Therapeutische Strategie (noch) nicht wirksam“. Dieser Appell an den Patienten war deshalb unzulässig, weil er dafür weder verantwortlich ist noch eine Änderung bewerkstelligen kann.
2. Das Skalenniveau der Daten, die aus der hier erstmalig gewagten Zusammenrechnung von drei Testverfahren aus den subjektiven Patientenselbsteinschätzungen abgeleitet werden, lässt eine verantwortungsvolle und gesicherte, bewertende Aussage (alleine durch den rechnerischen Vergleich der individuellen Patientenwerte mit den Mittelwerten der Normalpopulation des jeweiligen Testverfahrens) über die Qualität des realen Behandlungsverlaufes in keinem Fall zu.
3. Der benutzte Algorithmus ist deshalb zur Bewertung von Behandlungen überhaupt nicht geeignet, da er prinzipiell zwischen guten und wünschenswerten Verschlechterungen während einer Behandlung und Verschlechterungen, die sich aus einer schlechten Behandlung ergeben, nicht differenzieren kann. Ebenso wenig kann er zwischen tatsächlichen Verbesserungen in der Krankheitsverarbeitung und zwischen unbewussten, subjektiv als positiv erlebten Unterwerfungs- und Überanpassungsäußerungen unterscheiden.
4. Es kam daher in unkontrollierbarem Umfang zu nicht hinnehmbaren Gefährdungen von Patienten, weil die bewertenden Rückmeldungen über die Qualität der Behandlung bis April 2007 (häufig) falsch sein konnten.
5. Eine nicht erklärte und nicht begründete grundlegende Änderung der Bewertungen während der laufenden Experimente belastete ab April 2007 die Behandlungen, weil nicht deutlich wurde, worauf diese wichtige Änderung der Rückmeldungen basierte und was sie bedeutete.

Erst im August 2006, während des seit dem 1.4.2005 laufenden Experimentes, konnte an Hand von sieben empirischen Studien eine umfangreiche, nun empirisch fundierte Kritik zur realen Gefährdung von Patienten, therapeutischen Arbeitsbündnissen und den Behandlungsprozessen vorgelegt werden (Sasse 2011 (a) S. 151 – 168, schon vorher wurden einige dieser Aspekte auch von anderen Autoren vorgetragen).

In diesen überwiegend standardisierten Gruppenvergleichsstudien mit realen Patienten wurde belegt, dass eine zeitweilige Verschlechterung des subjektiven Selbsterlebens der Patienten notwendig und hilfreich ist, da erst nach der Krise eine stabilisierte Besserung möglich wurde. Dieser Vorgang wird in klinisch theoretischen Berichten als Regressionsvorgang vielfach

beschrieben, in der Forschung untersucht und in der Ausbildung gelehrt. Der Regressionsvorgang, das therapeutische Arbeitsbündnis und die verfahrensspezifischen Wirksamkeitsfaktoren gehören sicher zu den gesetzlich geforderten „Erfordernissen“, die in § 92 (1) SGB V gefordert werden.: „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichend, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen“ § 92 (1) SGB V.

Damit konnte ich nachweisen, dass eine Verschlechterung im Erleben des Patienten eine gute Entwicklung sein kann und dass deshalb die Bewertung der Qualität der Behandlung als: „Negative Entwicklung (!)“ wegen des destabilisierten Zustandes des Patienten zu diesem Zeitpunkt völlig unvertretbar ist. In diesem Zustand braucht der Patient den Halt in einem stabilen therapeutischen Arbeitsbündnis und keine fehlerhaften Rückmeldungen, mit denen er sich dann mit seinem Therapeuten (wie eigentlich und worüber?) auseinandersetzen muss.

Auf Anregung des Projektleiters formulierte ich 2006 die vier Rückmeldungsüberschriften und die angefügten Texte neu, nun verfahrensspezifisch angemessener. Meine Argumente und Anregungen wurden aufgegriffen, zwar wurden meine ersten Vorschläge nicht alle wörtlich übernommen, es wurden zu verfahrensspezifische Details wieder geändert und einige redaktionelle Änderungen vorgenommen, aber sowohl inhaltlich wie auch wörtlich wurden große Teile der Textvorschläge übernommen.

Mit der Neuformulierung wurde auch eine eventuell notwendige Verlängerung als Rückmeldung möglich, sodass nun sowohl die größten Gefährdungen für die Patienten wie auch der rückmeldungsbedingte Beschleunigungszwang ausgeschlossen werden konnten.

Die Überschriften lauteten nun:  
„Bisher keine klinisch bedeutsamen Veränderungen.“  
„Verstärkung der Problematik.“  
„Abnahme der Problematik.“  
„Nachhaltige Abnahme der Problematik.“

Es muss hervorgehoben werden, dass die TK – Projektleitung damit die Verantwortung für die eingeschränkte Beseitigung der gravierendsten Gefährdungen übernommen hat und dass sich die weitere Kritik nun vorrangig an die Wissenschaftler des Modellvorhabens richtet.

Im Abschlussbericht der Wissenschaftler wird dieser Vorgang, die ausführlich fundierte Kritik am Vorgehen und die Veränderung des Hauptwirkfaktors inhaltlich nicht erwähnt, allein der Hinweis darauf, dass die Rückmeldungen Mitte 2007 geändert wurden, findet sich ohne jede Erläuterung im Abschlussbericht wieder. Auch der Wissenschaftliche Beirat erwähnt diesen Vorgang nie.

Der Unterschied zwischen den alten und neuen Rückmeldungen (Überschriften und Texte) findet sich in der Gegenüberstellung im TK-Abschlussbericht auf S. 191 im Anhang.

Die Brisanz der Änderungen an dem zentralen Wirkfaktor, den Rückmeldungen an Behandler und Patienten wird durch folgende Erläuterung der Textänderungen erkennbar:

1. Die Bewertungen über die angebliche Qualität der Behandlung bzw. der Anspruch, die Qualität des Behandlungsverlaufes bewerten zu können, entfallen völlig. Es werden

deskriptive statt direkter Formulierungen eingeführt, das ändert nicht nur die psychologisch bedeutsame Machtfrage im therapeutischen Arbeitsbündnis, damit wird der zentrale Anspruch der sich in Namen des Modellvorhabens („Qualitätsmonitoring“) wiederfindet, aufgegeben.

2. Die motivierende Beeinflussung der Patienten und Behandler durch die Bewertungen entfällt.
3. Es werden im Zusatztext neue Kriterien als die reine Symptomveränderung eingeführt, so wurde auf die Untersuchung der selbst- und fremdschädigenden Anteile des Patienten und auf die Abwehr- und Vermeidungsstrategien hingewiesen.
4. Es wird deutlich gemacht, dass eine Verschlechterung der Symptomatik eine wünschenswerte Destabilisierung vor einer späteren stabileren Besserung darstellen kann.
5. Es wird auf die mögliche notwendige Verlängerung hingewiesen, der vorher bestehende implizite Beschleunigungszwang wurde dadurch aufgehoben und eine mögliche notwendige Intensivierung wird reflektiert.
6. Die Möglichkeit einer Überanpassung über eine zu schnelle Besserung wird reflektiert, auch Besserungen sollen kritisch untersucht werden.
7. Die Formulierungen lassen zweifelsfrei erkennen, dass der Behandler alleinverantwortlich für den Behandlungsplan und die Qualität der Behandlung ist und nicht der Patient (die neuen Formulierungen finden sich auch auf S. 125 des TK – Abschlussberichtes).

Diese verschiedenen Aspekte der inhaltlichen Veränderung der Rückmeldungen bezeichnen die Forscher als „Optimierung“, deren Begründung ihnen nicht notwendig erschien. Es ist aber festzuhalten, dass die Unterschiede zwischen den ursprünglichen und den korrigierten neuen Rückmeldungen aus psychoanalytischer Sicht ganz erheblich sind: Es handelt sich nicht um eine Optimierung, sondern um eine notwendige Korrektur von Fehlbewertungen. Die Rückmeldungen haben eine völlig anderen Charakter und Anspruch, die Fehlerhaftigkeit des „Qualitätsmonitoring“ wurde beseitigt, es gab kein „Qualitätsmonitoring“ mehr, sondern eine Rückmeldung über die Veränderung in der Patientenselbsteinschätzung. Die Begründung für die Änderung hätte transparent dargestellt werden müssen. Der Eindruck, die Forschergruppe hätte diese Änderung selbst vollzogen, ist nicht akzeptabel.

Die Begründungen für die Änderungen hätten allen Patienten und allen teilnehmenden Behandlern mitgeteilt werden müssen.

Alle Kritiker hatten in der 10-jährigen Kontroverse immer wieder auf die Belastungen der therapeutischen Beziehung durch die Rückmeldungen aufmerksam gemacht.

Möglicherweise war die Kritik Anlass zur Prüfung dieser Frage.

Auf jeden Fall wurde dieser Fragebereich in den Evaluationsbogen für Therapeuten neu mit aufgenommen.

Von daher sind die Therapeutenantworten aus der IG auch unter dem verfahrensspezifischen Aspekt interessant:

Wenn man davon ausgeht, dass es sich bei der interessen geleiteten Anwendungsforschung darum handelt, durch gute Ergebnisse das Gutachterverfahren in dem beschriebenen Sinne zu verändern, dann darf Skepsis bei den Angaben der Therapeuten zum Hauptwirkfaktor sicher nicht einfach als Unterstellung abgewehrt werden. Sind die Interessen der teilnehmenden Behandler an der Abschaffung des Gutachterverfahrens und an der Einführung des TK – Vorgehens soweit im Hintergrund, dass tendenziöse Antworten ausgeschlossen werden können?

Von ursprünglich 1060 Behandlungen (IG) kamen hier nur 522 Behandlungen in die Auswertung. Welche Einschätzung hätten die Aussteiger abgegeben?

Auf jeden Fall wäre es wichtig gewesen, hier auf die Überrepräsentation von VT-Behandlungen (knapp 70 %) innerhalb der 522 Behandlungen hinzuweisen, da diese Mehrheit positiv antworten kann, weil die kritisierten Belastungen für sie eben nicht vorliegen.

Zu der Frage, ob die Handlungsempfehlungen gut mit dem klinischen Eindruck des Therapeuten bei diesem Patienten übereinstimmen, antworteten die Therapeuten sehr zustimmend.

12,6 % der Behandler: Trifft voll zu  
42,4 % der Behandler: Trifft eher zu  
29,9 % der Behandler: Trifft weder / noch zu  
15,1 % der Behandler: Trifft eher nicht zu  
0% der Behandler: Trifft überhaupt nicht zu.

Hier wäre eine Differenzierung zwischen VT und TP Behandlern wichtig gewesen. Jeder Behandler wusste, dass er die Veränderungen des Gutachterverfahrens verhindern würde, wenn hier die negativen Antworten dominiert hätten.

Interessant werden deshalb die Aussagen der Gutachter zu genau dieser Fragestellung:

Die Frage an alle Gutachter (der mehrheitlichen Verhaltenstherapien) lautete: Handlungsempfehlungen stimmten gut mit dem klinischen Bericht der Therapeuten überein?

2,6% der Gutachter antworteten: Trifft voll zu  
30,8% der Gutachter antworteten: Trifft eher zu  
12,8% der Gutachter antworteten: Trifft weder / noch zu  
31,8% der Gutachter antworteten: Trifft eher nicht zu  
21,2% der Gutachter antworteten: Trifft überhaupt nicht zu.

Der Widerspruch ist eklatant: Während die Behandler selbst eine große Übereinstimmung zwischen eigenem klinischen Eindruck und Handlungsempfehlung angeben, beschreiben nur 33,4 % der Gutachter, dass der Eindruck mit den Handlungsempfehlungen übereinstimmt, 53 % der Gutachter geben an, dass die Übereinstimmung eher nicht und überhaupt nicht zutrifft. Dieses ambivalente Ergebnis muss deshalb differenziert betrachtet werden, weil auch hier die Gutachter über mehrheitlich verhaltenstherapeutische Behandlungen urteilen.

Es muss die Frage diskutiert werden, ob die Gutachter mit diesem deutlich negativen Urteil eine empirische Bestätigung der geäußerten Bedenken andeuten?  
Der Unterschied in der Einschätzung zwischen Behandlern und Gutachtern verweist auf erhebliche Konflikte in diesem Feld.

Es muss hier auch gefragt werden, welche Handlungsempfehlungen eigentlich gemeint sind?  
Die ursprünglichen oder die korrigierten Rückmeldungen?  
Können allein die Therapeutenaussagen, ohne externe Beziehungsanalyse oder Prozessanalyse als Datenmaterial, ausreichen?

Die fehlende Differenzierung der Verfahren lässt bei weitgehender Mehrheit von Verhaltenstherapien eine abschließende positive Antwort zu dieser sehr brisanten Frage, soweit sie TP und AP betreffen, sicher nicht zu. Damit ist weiter davon auszugehen, dass die Patienten in unkontrollierbarem Umfang falsch informiert, belastet und unzulässigen Gefährdungen ausgesetzt wurden.

Auf keinen Fall ist auf dieser Datengrundlage die Aussage zulässig, dass damit die Nicht-Schädlichkeit der Rückmeldungen in TP - und AP - Behandlungen nachgewiesen wäre.

### **3. Begründung für die Einführung der zweiten Forderung:**

**Das psychotherapeutische Arbeitsbündnis wird durch verfahrensspezifisch unterschiedliche Beziehungsformen gebildet, sie dürfen nicht gefährdet oder geschädigt werden.**

Die potentielle Schädigung des therapeutischen Arbeitsbündnisses wurde ausführlich in der Kritischen Studie (Sasse 2011 (a), Kapitel 1, S. 29 – 89) an Hand der realen Qualitätsmerkmale und Kompetenzfaktoren herausgearbeitet, sie lässt sich in Kürze folgendermaßen nachweisen.

1. Der Psychotherapeut hatte sich zunächst verpflichtet, den Patienten die ursprünglichen Computerbewertungen mehrfach während der laufenden Behandlung mitzuteilen. Ausnahmen wurden ermöglicht, jedoch gab es keinen Kriterienkatalog, aus dem Begründungen für die Nichtinformation hervorgingen. Dadurch kam es zum Verstoß gegen die Forderung nach wohlwollender Neutralität und Abstinenz des Behandlers, ebenso zum Verstoß gegen die Forderung auf Verzicht von machtorientierter Dominanz des Psychotherapeuten. Diese beiden Aspekte sind als Kunstfehler und als Schädigung des therapeutischen Arbeitsbündnisses in den beiden analytischen Verfahren zu gewichten, weil die ursprünglichen Bewertungen der Qualität fehlerhaft waren.

2. Die Bewertungen bis 2007 beinhalteten bewertende Aussagen über den Behandlungsprozess, es war völlig unklar, ob der Patient oder der Behandler ursächlich für die Bewertung verantwortlich war und vor allen Dingen, wer sich in welche Richtung ändern musste. Insofern wurde das therapeutische Arbeitsbündnis durch Verwirrung, unklare Verantwortung und völlig unklare Veränderungsforderungen unzulässig beeinflusst.

3. In den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren kommt, anders als in der Verhaltenstherapie, dem therapeutischen Arbeitsbündnis eine gänzlich andere Funktion zu: Die unbewusste neurotische Verarbeitung des Patienten muss sich im therapeutischen Arbeitsbündnis entfalten, hier wird sie ansprechbar wiederholt, um dadurch erfahrungsbasiert, mit entsprechender Intensität durchgearbeitet werden zu können. Dieser Prozess muss sowohl für seine Entstehung wie für seinen Schutz durch externe Einflüsse geschützt werden, insofern können Informationen von außen zwar an den Behandler gebracht werden, aber nicht an den Patienten.

Der gewünschte regressive Prozess soll gerade zu einer aufdeckenden Krise hin gefördert werden, in der TP deutlich geringer als in der AP, in der Krise braucht der regredierte Patient dann Halt, Stabilität und Sicherheit statt externer Beunruhigung.

#### **3a. Der Versuch aus den Ergebnissen des TK-Abschlussberichtes zu klären, ob sich die Rückmeldungen negativ auf den Behandlungsverlauf ausgewirkt hätten ist wissenschaftlich nicht gelungen.**

Anzumerken ist hier, dass die Forschergruppe auch die Evaluationsfragen an die Behandler zwischen 2003 (Anhang der Projektbeschreibung S. 32) und 2011 (TK – Abschlussbericht Anhang und Auswertung S. 137) ohne Begründung oder Erläuterung geändert hat.

In Spalte 10 und 11 werden die Behandler im Gegensatz zum ursprünglichen Entwurf gefragt, ob sich die Rückmeldungen negativ auf die Beziehung zum Patienten (Spalte 10) und ob sich die Rückmeldungen negativ auf den Behandlungsverlauf ausgewirkt haben. Damit sollen durch Behandlerbefragungen die verfahrensspezifischen Argumente vermutlich entkräftet werden.

Diese beiden Fragestellungen habe ich mehrfach diskutiert, die Angaben der Behandler dazu sind:

In Spalte 10 (negative Auswirkung auf Beziehung) werden von 481 IG Therapeuten negative Auswirkungen von 20 Therapeuten geschildert, 77 Therapeuten antworten mit weder – noch, 97 geben an, dass diese Schädigung eher nicht auftrat und 287 gaben an, dass dies überhaupt nicht zutrifft.

In Spalte 11 (negative Auswirkung auf Behandlungsverlauf) werden von 480 IG Therapeuten negative Auswirkungen von 15 Therapeuten, 84 Therapeuten antworten mit weder – noch, 89 Therapeuten geben an, dass dies eher nicht eingetreten ist und 292 Therapeuten geben an, dass dies überhaupt nicht eingetreten ist.

Das scheint zu belegen, dass die Schädigungen auf beiden Ebenen aus Behandlersicht eher gering zu sein scheinen.

Dazu muss bedacht werden:

1. Jedem Behandler war klar, dass bei überwiegend negativer Beantwortung dieser beiden Fragen die Veränderung des regulären Gutachterverfahrens nicht mehr möglich gewesen wäre. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe hatten ja gerade auch in der Absicht teilgenommen, um durch die Ergebnisse des TK – Modells Argumente für die Abschaffung des Gutachterverfahrens zu erhalten. Daher ist bei einem derartigen Eigeninteresse durchaus die Frage zu bedenken, ob dieses Eigeninteresse Auswirkungen auf die Antwort haben könnte?

2. Auch in diesem Auswertungsteil wurden alle Verfahren zusammengeworfen, ich hatte immer darauf hingewiesen, dass für die Verhaltenstherapie weder Beziehung noch Prozess durch die Rückmeldungen beschädigt werden. In der Interventionsgruppe befanden sich zu Beginn 1060 Behandlungen, davon waren 716 (67,5%) Verhaltenstherapien und 344 (32,4%) Behandlungen analytisch begründete Therapien.

Wenn nun von ursprünglich 1060 Behandlungen nur noch Daten von 480 Behandlungen vorliegen, dann bleibt unklar, wie diese Mehrheit der ausgefallenen Behandlungen geantwortet hätte.

Es ist ernsthaft zu bedenken, dass gerade die besonders Unzufriedenen zu dem Ausfall geführt haben könnten.

Da unklar bleibt, welchem Verfahren die Aussagen zuzuordnen sind, kann aus dieser Umfrage keine Aussage über die Schädigung oder Nicht-Schädigung von Beziehung oder Behandlungsverlauf in den beiden analytisch begründeten Verfahren abgegeben werden. Damit kann der fachliche Vorwurf der Belastung oder Behinderung des therapeutischen Arbeitsbündnisses nicht durch Therapeutenangaben als widerlegt angesehen werden.

Diese beiden Argumente müssen auch bei der folgenden Forderung berücksichtigt werden.

#### **4. Begründung für die Einführung der dritten Forderung:**

**Die Belastung von verfahrensspezifischen Behandlungsmethoden und den verfahrensspezifischen Wirkfaktoren ist auszuschließen.**

Die nicht hinnehmbare Belastung derjenigen verfahrensspezifischen Methoden und Wirkfaktoren, die in den gemeinsamen Stellungnahmen der Fachgesellschaften angeführt sind, lässt sich folgendermaßen nachweisen:

1. In allen psychoanalytisch begründeten Verfahren ist es wünschenswertes Ziel der Behandlung, dass bislang unbewusste Aspekte der Persönlichkeit, abgewehrte oder überkompensatorische Verarbeitungsvorgänge, bewusst werden. Dieser Prozess der Regression ist meist begleitet von einer Phase der Krise, der Verschlechterung und Destabilisierung, der gerade in diesen Phasen das Durcharbeiten in der therapeutischen Beziehung zwingend erforderlich macht. Dieses Durcharbeiten von unangenehmen, peinlichen oder ängstigenden Anteilen in der therapeutischen Beziehung wird durch externe Bewertungen massiv belastet, belastet oder sogar verhindert.

Die Förderung dieses regressiven Prozesses in den beiden analytisch begründeten Verfahren (in der TP begrenzte, in der AP vertiefte Regression) stellt größte Anforderungen an die Kompetenz eines Behandlers. Weil jeder Patient sich ubw gegen eine Regression im Dienste der Krankheitsüberwindung wehrt, sind Psychotherapeuten mit der Gefahr konfrontiert, den Patienten durch Konzentration auf das Aktuelle von der Regression – und damit von einer nachhaltigen Besserung - abzuhalten.

Durch das vielfache Einbringen von externen Rückmeldungen wird die Entwicklung der Regression zweifelsfrei beeinträchtigt, behindert oder sogar verhindert.

2. Von zentraler Bedeutung ist in den beiden analytisch begründeten Verfahren die Notwendigkeit der Entwicklung von Übertragung und Gegenübertragung. Diese beiden psychoanalytischen Methoden sind somit auch Wirkfaktoren. Zur Entwicklung und Entfaltung der Übertragung (des Patienten) und der Gegenübertragung (des Psychotherapeuten) bedarf es einer zurückhaltenden, nicht- bewertenden, abstinenter Haltung des Psychotherapeuten.

Nur durch die Entfaltung der Übertragung und Gegenübertragung kommen die pathologischen Muster in die Wiederholung innerhalb des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Nur dadurch können sie bewusst werden, durchgearbeitet werden und letztlich dauerhafter und tragfähiger überwunden werden.

Die Entwicklung von Übertragung und Gegenübertragung wird im TK –Modell durchgängig belastet, sowohl während der geforderten Diskussion der Rückmeldungen, wie auch durch das implizite Wissen um die folgenden Bewertungen. Diese unzulässige Belastung betrifft sowohl den Patienten wie den Psychotherapeuten.

### **5. Begründung für die Einführung der vierten Forderung:**

#### **Die Benachteiligung von den Kernannahmen der sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren (Krankheitslehre und Behandlungstheorie) durch verfahrensunspezifische Untersuchungsansätze ist zu prüfen.**

Die Benachteiligung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapieverfahren in ihrer Krankheits- und Behandlungstheorie lässt sich folgendermaßen belegen: Die Krankheitstheorie, die Behandlungsmethodik, die angewendeten Methoden, die konkrete Gestaltung des therapeutischen Arbeitsbündnisses, die Behandlungsprozesse und die entsprechende Verläufe sowie die Behandlungsziele sind für alle drei sozialrechtlich anerkannten Verfahren unterschiedlich und nicht vergleichbar. Auch die Kontingente, die Frequenz der wöchentlichen Sitzungen und die Gesamtbehandlungsdauer der Richtlinienverfahren unterscheiden sich so weitgehend, dass die ohne Begründung willkürliche, zusammenfassende Be-

rechnung aller drei Verfahren in der Auswertungspraxis des TK-Modells fachlich nicht zulässig erscheint.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die gesetzlichen Krankenkassen fordern zu Recht, dass nur anerkannte Richtlinienverfahren in der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen dürfen. Daraus muss aber im Umkehrschluss die Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der gesetzlichen Krankenkassen gefordert werden, sicher zu stellen, dass keine Verträge abgeschlossen werden, in denen die bereits zugelassenen Verfahren systematisch negativ beeinflusst werden.

Dieser Verantwortung sind die drei teilnehmenden Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gerecht geworden.

Damit steht die Notwendigkeit der Einführung verbindlicher Prüfkriterien zur Diskussion.

Jeder Versuch der Untersuchung von Wirksamkeits- und Qualitätsmerkmalen durch angeblich verfahrensübergreifende oder verfahrensunspezifische Ansätze ist zwangsläufig mit der Gefahr verbunden, die verfahrensspezifischen Werte (Übersicht dazu in Sasse, 2011 (a). S. 35) fachlich unbegründet zu missachten oder sogar zu schädigen. Da die Wirksamkeits- und Qualitätsmerkmale immer verfahrensspezifisch formuliert sein müssen, ist ein verfahrensübergreifender Ansatz nur scheinbar fachlich begründet, er ist zwangsläufig, wie im TK – Modell „verfahrensspezifisch“ durch die Interessen der jeweiligen Wissenschaftler oder hier der Kasse und des beteiligten Verlages motiviert.

In der folgenden Ergebnisanalyse soll aus den Ergebnissen des TK-Abschlussberichtes zunächst die Benachteiligung der Richtlinienverfahren zu Lasten der Interventionsgruppe und anschließend die Benachteiligung der beiden analytisch begründeten Verfahren nachgewiesen werden, wie auch auf die Unzulässigkeit hingewiesen werden, wenn versucht wird, aus der Zusammenführung von verfahrensunspezifischen Daten Aussagen über alle Patienten, Behandler und Behandlungen (TP, VT, AP) abgeben zu wollen.

Die erste Benachteiligung der Richtlinienverfahren im TK-Modell lässt sich aus den Daten der Genehmigungspraxis erkennen.

Es gab folgenden, signifikanten Unterschied in der Genehmigungspraxis: In der Interventionsgruppe wurden bei 1060 Behandlungen im Durchschnitt 50,4 Stunden bewilligt. In der Kontrollgruppe wurden bei 614 Behandlungen im Durchschnitt 36,8 Stunden bewilligt.

Die regulären Richtlinienkontingente sind folgende:

KZT für die VT und TP 25 Sitzungen, die überwiegende Mehrheit der Behandler ist –auch in den regulären Richtlinienverfahren - von der Gutachterpflicht bei der KZT Bewilligung befreit.

LZT VT: 45 Sitzungen,

LZT TP: 50 Sitzungen,

LZT AP: 160 Sitzungen.

Richtig ist, dass in der Interventionsgruppe in der Regel Langzeitbehandlungen genehmigt wurden, die Varianz bezüglich der früheren Beendigung in der Interventionsgruppe vermutlich (anders als im Abschlussbericht vermutet) jedoch darauf zurückzuführen ist, dass hier Langzeitbehandlungen nicht notwendig waren und Kurzzeitbehandlungen ausreichten. Sie wurden möglicherweise deshalb früher beendet, weil Kurzzeittherapien in der Regel in der

Interventionsgruppe nicht bewilligt wurden. Der Auswahlmodus der sogenannten Entscheidungsregeln ließ eine KZT Indikation überhaupt nicht zu.

Das heißt: In der Interventionsgruppe wurden bei einem Durchschnitt von 50,4 Behandlungsstunden die Zahlen für Langzeitbehandlungen schon bei der Genehmigungspraxis erreicht. In der Kontrollgruppe wurden bei einer mittleren durchschnittlichen Behandlungsdauer von 36,8 Stunden erkennbar deutlich mehr Kurzzeittherapien bewilligt. Im Durchschnitt wurde damit die Mindestzahl für Langzeittherapien schon in der Genehmigungsphase nicht erreicht.

Das lässt viele Fragen bezüglich einer ausreichenden Behandlung zu, es muss auch gefragt werden, ob hier Langzeitbehandlungen in der IG mit überwiegend Kurzzeitbehandlungen in der KG verglichen wurden.

Die Quasi-Abschaffung der KZT verweist nicht nur auf die prinzipiell fehlende Eignung der Indikationsstellung in den Entscheidungsregeln allein durch die Auswertung der Patientenfragebögen; sie verweist auch auf die Nicht-Passung dieses Vorgehens für die Richtlinienpsychotherapie. Die ethische Thematik soll hier nur erwähnt werden.

Die TK verweist darauf, dass die Genehmigung nicht zwangsläufig bedeutet, dass diese genehmigten Sitzungen auch abgerechnet wurden. Dazu müssen dann die real abgerechneten Stundenzahlen untersucht werden. Auch hier zeigt sich ein in den Ergebnisdarstellungen nicht aufgezeigter signifikanter Unterschied zwischen IG und KG:

In der Interventionspraxis wurden bei 1011 Behandlungen im Durchschnitt 41,0 Stunden abgerechnet, in der Kontrollgruppe wurden im Durchschnitt 36,95 Stunden abgerechnet. Auch dieses signifikante Ergebnis wird später kontrovers diskutiert.

Vorher müssen jedoch die verfahrensspezifischen Unterschiede aufgezeigt werden, um die mögliche Ungleichbehandlung weiter untersuchen.

Im TK Modell wurden sowohl der IG (203) wie auch der KG (200) zwar etwa gleichviel Behandler durch Randomisierung zugewiesen. Allerdings zeigten sich hoch signifikante Unterschiede bei der Verfahrensverteilung:

In der IG waren von 203 Psychotherapeuten 107 in VT zugelassen, in TP waren 76 zugelassen. Der Rest teilt sich auf in Zulassungen in mehrere Verfahren.

In der KG waren von 200 Psychotherapeuten 106 in VT zugelassen, 76 in TP, der Rest teilt sich auch hier auf in mehrere Zulassungen.

Das heißt, dass in jeder der beiden Gruppen bereits die VT-Zugelassenen weit mehr vertreten waren als TP-Zugelassene, obwohl die normale Verteilung in der Richtlinienpsychotherapie, zumindest bei den Gutachtenerstellungen zeigen, dass in der Realversorgung etwas mehr als 52 % der Langzeitbehandlungen in TP und AP durchgeführt werden.

Dieser Unterschied wurde bei den Behandlungen deshalb noch größer, weil aus den bereits angeführten Gründen in der IG wesentlich mehr Behandlungen genehmigt und durchgeführt (1060) wurden als in der KG (614).

In der IG wurden daher 67,5% der Behandlungen (716) von Verhaltenstherapeuten durchgeführt, hier wurden nur 31% der Behandlungen (329) in TP und 1,4% in AP (15) durchgeführt. Dieser Unterschied ist sehr hoch.

In der KG wurden 67,3 % der Behandlungen (413) von Verhaltenstherapeuten durchgeführt, hier wurden nur 32,1% der Behandlungen (197) in TP und 0,7% in AP (4) durchgeführt. Auch dieser Unterschied ist sehr hoch.

Diese Unterschiede sind unter anderem deshalb sehr wichtig, weil auf diesen Unterschieden das gute Abschneiden bei den Auswertungen beruht: Die späteren Befragungen zur Zufriedenheit der Patienten und Behandler zu diversen Inhalten des TK-Modells wurden ja verfahrensunspezifisch durchgeführt.

Da die Verhaltenstherapie weder in dem VT- spezifischen Beziehungsgeschehen noch in den Wirkfaktoren und den Behandlungsprozessen beeinträchtigt wurden, sind die guten Ergebnisse in der Befragung für die TP und AP nicht aussagefähig, weil in diesen Fragen die große Aussagemehrheit von VT Behandlern zu VT-Behandlungen gemacht wurden.

Aus dem Vergleich der Durchschnittszahlen für AP in der regulären Richtlinienpsychotherapie (etwa 5 %), in der KG2 3,3%, in der KG3 6,6% mit den Daten des TK-Modells IG 1,4% und KG 0,7% wurde deutlich, dass analytische Psychotherapie signifikant seltener beantragt wurde, als in der regulären Richtlinienpraxis. Hier wäre der Hinweis angebracht gewesen, dass die geringe Teilnahme der Psychoanalytiker allein darauf beruhte, dass alle psychoanalytischen Fachgesellschaften ihren Mitgliedern von der Teilnahme abgeraten hatten.

Die Nichtbenennung der Veränderung der Rückmeldungen, die nachweisbare Unterrepräsentation von VT und AP gegenüber der VT im Vergleich mit der Richtlinienpraxis und die einfache rechnerische Zusammenfassung aller Verfahren im Auswertungsteil und in der Ergebnisdarstellung lassen erkennen, dass die in § 65 SGB V Gesetz geforderte Unabhängigkeit der Untersuchung nicht gewährleistet sein könnte.

Die Befürchtung, dass die Untersuchung selbst und auch die Mitglieder der Forschergruppe nicht neutral und unvoreingenommen waren, lässt sich nicht nur aus folgendem Kommentar entnehmen:

Bei der Diskussion, ob die teilnehmenden Behandler möglicherweise nicht repräsentativ für die Gesamtgruppe der niedergelassenen Psychotherapeuten sind, werden die hier angeführten Spannungsfelder nicht aufgeführt. Stattdessen überlegen die Forscher zu der Frage, ob das Modellprojekt: „...möglicherweise besonders motivierte und erfolgreiche Therapeuten angesprochen haben könnte“ (TK – Abschlussbericht S. 165). Der eigentliche Nachweis der Fragwürdigkeit der Neutralität und Unabhängigkeit der beteiligten Forscher wird jedoch dann deutlicher, wenn die Interessenkonflikte, wie sie in der Kritischen Studie in Kapitel 4 (Sasse, 20122 (a) S. 205 – 216) aufgezeigt werden, berücksichtigt würden.

**5a. Der Versuch aus den Ergebnissen der Patienten- wie Therapeutenbefragungen zu klären, ob die Arbeitsbeziehung belastet wurde oder ob sich die Rückmeldungen negativ auf die therapeutische Beziehung ausgewirkt haben, ist wissenschaftlich nicht zu begründen.**

Sowohl bei den Fragen an die Patienten wie an die Therapeuten wurde der Unterschied zwischen den Verfahren nicht mehr erfasst. Allein diese Vermischung der Verfahren bei den Auswertungen führt zur Nichtbrauchbarkeit der Daten bezogen auf die TP und AP, wenn daraus verfahrensspezifische Argumente abgeleitet werden sollten..

In der realen Versorgung liegen die Zahlen im Gutachterverfahren grundlegend anders als im Auswertungsteil des TK-Modells: 2011 wurden in der Realversorgung 164857 Gutachten (52%) in TP und AP erstellt, 151456 Gutachten (48%) wurden in VT erstellt. Schon dieser

höhere Realanteil in der Versorgung macht deutlich, dass in diesem Modellprojekt systematisch die Richtlinienrealitäten nicht abgebildet wurden.

Das wird auch aus dem TK- Bericht selbst erkennbar: In der KG2 werden 49 % in VT und 50,8 % in TP / AP abgerechnet, in der KG3 werden nur 40,5 % Verhaltenstherapie abgerechnet aber 59,5 % in TP und AP.

Sowohl bei den Angaben zu Therapeutenratings, Patientenratings, zu den Entscheidungsregeln, zur Evaluation aus Therapeutesicht, aus Patientensicht und aus Gutachtersicht, zur Effektivität und zu den Nebenfragestellungen ist deshalb immer zu berücksichtigen, dass hier ausschließlich die durch Patienten wie Therapeuten Drop Out veränderten Daten benutzt werden konnten, die zudem in etwa im Verhältnis 67 zu 33 verhaltenstherapeutisch beeinflusst wurden. Dieser Unterschied wurde in der Ergebnisdarstellung explizit nicht benannt, lässt sich aus den angegebenen Daten erheben und entspricht in keiner Weise der Richtlinienrealität.

Bei den Patientenangaben werden zur Frage:

„Die Atmosphäre bzw. die Arbeitsbeziehung zwischen meinem Therapeuten / meiner Therapeutin und mir hat sich durch die Rückmeldungen zum Positiven verändert“ folgende Antworten abgegeben:

Für 17,4 % der Patienten trifft diese Aussage voll zu.

Für 23,3 % der Patienten trifft diese Aussage eher zu.

Für 40,4 % trifft diese Aussage weder / noch zu.

Für 6,7 % trifft diese Aussage eher nicht zu.

Für 11,9 % trifft diese Aussage überhaupt nicht zu.

Hier könnte fiktiv gedeutet werden, nachdem von 1060 Anfangsbehandlungen nun nur noch 253 Patienten antworten, liegt die Vermutung nahe, dass eine zustimmende Aussage überwiegend aus den Verhaltenstherapien stammen könnte und die ablehnenden Aussagen aus den tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen. Wie die ausgefallenen 807 Patienten geantwortet hätten bleibt unklar, insbesondere dann, wenn sie die Fragen, die ich für eine Katamnese vorgeschlagen hatte, zu beantworten gehabt hätten (Sasse, 2011 (a) S. 195,196). Allgemeine Aussagen wie: „Die Zufriedenheit betrifft alle Verfahren gleich“ können auf dieser Datenbasis nicht wissenschaftlich fundiert abgegeben werden. Die notwendige Differenzierung wird nicht vorgenommen, die notwendige Aufklärung der Patienten hat gefehlt.

Zu der Aussage: Die grafischen Rückmeldungen und die Handlungsempfehlungen haben sich negativ auf die Beziehung zur Patientin / zum Patienten ausgewirkt, antworteten

0,4 % der Behandler: Trifft voll zu.

3,7 % der Behandler: Trifft eher zu.

16,0% der Behandler: Trifft weder / noch zu.

20,2 % der Behandler: Trifft eher nicht zu.

59,7 % der Behandler: Trifft überhaupt nicht zu.

Entsprechende positive Antworten finden sich auch bei der Frage, ob sich die Rückmeldungen negativ auf den Behandlungsverlauf ausgewirkt hätten.

Auch hier ist zu bedenken, dass jedem beantwortenden Therapeut klar war, dass er damit seinem Interesse, das Gutachterverfahren abschaffen zu wollen, geschadet hätte; diese Perspektive muss bei der Gewichtung der Antworten deshalb berücksichtigt werden, weil die Befürworter des Gutachterverfahrens ihren Mitgliedern empfohlen hatten, nicht am Modellvorhaben teilzunehmen. Damit sind die teilnehmenden Therapeuten nicht mehr als repräsentativ für alle Therapeuten anzusehen.

Eine wissenschaftlich korrekte Aussage wäre:

Von ursprünglich 1060 begonnenen Behandlungen wurden zu dieser Frage von 481 Behandlungen Antworten vorgelegt. Davon waren 67,5 % Verhaltenstherapien, deren negative Beeinträchtigung nie behauptet wurde.

Es bleibt unklar, wie die Antworten der Mehrheit aus denjenigen 579 Behandlungen, die ausgefallen sind, gelautet hätten.

Eine wissenschaftlich begründete Aussage, ob die Beziehungen oder Behandlungsprozess negativ oder positiv beeinflusst wurden, lässt sich weder statistisch aus dem vorliegenden Datenmaterial verfahrensspezifisch abgeben, noch reicht zur Beantwortung dieser Fragen die alleinige Therapeutenaussage als Grundlage aus.

Die überwiegend positiven Rückmeldungen sind überwiegend den verhaltenstherapeutischen Mehrheitsverhältnissen im TK – Modell zuzuweisen.

## **6. Begründung zur Einführung der fünften Forderung:**

### **Erfüllung von umfassender Transparenz vor und während der Untersuchungen**

A. Der chronologische Ablauf der Kritik und deren Nicht – Berücksichtigung.

In der Anlage zu diesem Text findet sich eine vielschichtige Dokumentation von institutionellen Reaktionen wie Nicht – Reaktionen und zustimmenden wie kritischen Stellungnahmen zum TK - Modell.

Nach der Vorstellung des Erstentwurfes gab es intensive Bemühungen von Seiten der Fachgesellschaften wie von Seiten der TK zur Konsensfindung.

Erst nach dem Scheitern dieser Bemühungen begann die kritische und auch konfrontative Auseinandersetzung (s. Anlage 2.).

Schon vor der Genehmigung dieses Modellvorhabens durch das BVA hatten sich viele Psychoanalytiker kritisch zu Wort gemeldet. Auch ich hatte mich (unter Nutzung von anderen kritischen Stellungnahmen) nach dem Scheitern der Konsensbemühungen an die TK und an das Bundesversicherungsamt gewendet und hier schon auf Basis der psychoanalytischen Krankheits- und Behandlungstheorie und mit Bezug auf erste empirische Nachweise auf die Gefährdungen hingewiesen, die sich für die Patienten, für das jeweilige therapeutische Arbeitsbündnis, für die Behandlungsprozesse und auch für die sozialrechtlich anerkannten Verfahren der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie ergeben mussten.

Diese vor Beginn der Experimente aufgezeigte Kritik, die von vielen Forschern und Fachgesellschaften bestätigt und ergänzt wurde, basierte auf den genannten fachlichen Aspekten aus Theorie und Praxiserfahrung. Zu diesem frühen Zeitpunkt konnte noch keine breite empirische Basis für die Fehler im Rechengang und Gefährdungen für die Patienten vorgelegt werden. Insofern ist es nachvollziehbar, dass das Bundesversicherungsamt auf dieser (empirisch noch nicht ausreichend mehrdimensionalen) Grundlage die Kritik zwar zur Kenntnis nahm, darin jedoch keine ausreichende Grundlage für eine Ablehnung des TK-Modellvorhabens erkennen konnte (s. dazu Anlage 1.2.).

Dennoch hätte dieser Disput aus heutiger Sicht, genauso wie die Unabhängigkeit und Neutralität der Forschergruppe, die das TK-Modell konzeptuell erstellt hatten, einer genaueren Prüfung unterzogen werden können. Besonders bedauernd ist hier aufzuzeigen, dass diejeni-

gen Fachgesellschaften, aus denen diese Verfahren seit Jahrzehnten entwickelt wurden, in denen die Wirksamkeitsnachweise erarbeitet wurden und die in mehr als 50 staatlich anerkannten Ausbildungsstätten für die Ausbildung und Fortbildung verantwortlich sind, zu keinem Zeitpunkt vom BVA oder einer KV zur Kooperation herangezogen wurden. Möglicherweise liegt hier ein Schlüssel für die Entstehung derart gravierender Fehlentwicklungen.

Bei der Genehmigung der Verlängerung durch das BVA (5.11. 2006) lag meine Studie vom August 2006 mit dem Titel: „Studie zur Qualitätsbeschreibung von psychoanalytisch begründeten Therapien und zur Prüfung der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit des Modellversuches der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ vor. Die empirische Begründung lag damit ebenso vor wie die detaillierte Beschreibung der Wirksamkeitsmerkmale und der Qualitätsmerkmale der beiden analytisch begründeten Verfahren.

Leider entstand auch hierdurch kein Problembewusstsein bei den Aufsichtsorganen. Durch Vermittlung eines Vorstandsmitgliedes der Psychotherapeutenkammer (PP und KJP) NRW kam es jedoch zu einem klärenden Gespräch mit dem zweiten Projektleiter des TK-Modellvorhabens. Die Anerkennung der möglichen Patientengefährdungen durch fehlerhafte Rückmeldungen führte dazu, dass der Inhalt der Bewertungen (s. Anlagen) geändert wurde. Diese Änderung beruht allein auf der Bereitschaft der TK-Projektleitung, die aufgezeigten Schädigungen zu verhindern, inhaltlich war keines der Aufsichtsorgane daran beteiligt, oder nahm dazu Stellung.

#### B. Fehlende Transparenz im TK-Modell bei wesentlichen Inhalten.

1. Patienten müssen gemäß der Regelungen für Modellvorhaben im SGB V über alle Risiken vor Teilnahme an einem Modellvorhaben aufgeklärt werden. Alle psychoanalytischen Fachgesellschaften haben ihren Mitgliedern (s. Anlage 1.7.) nach dem Scheitern der Kooperationsbemühungen vor Beginn der Experimente von der Teilnahme am Modellvorhaben öffentlich abgeraten. Bei der KV Hessen demonstrierten über 800 Psychotherapeuten gegen das TK-Modell. Kritiker hatten vielfach in Kammern und Beratenden Fachausschüssen auf die Gefährdungen hingewiesen.

Über diese Fakten wurden kein Patient und kein teilnehmender Psychotherapeut informiert, auch im Abschlussbericht fehlt jeder Hinweis auf diesen für psychoanalytische Fachgesellschaft einmaligen Schritt. Die eigentlichen Unterschiede zwischen der Verantwortungsverchiebung vom Behandler auf den Patienten und der Aussetzung des Gutachterverfahrens mit den fachlichen Implikationen wurden den Patienten nicht mitgeteilt.

2. Die Begründung für die erhebliche Korrektur des zentralen Wirkfaktors und den bewertenden Rückmeldungen (s. o.) während des laufenden Experimentes, wurde weder den Patienten, noch den Psychotherapeuten mitgeteilt. Im TK - Abschlussbericht wird lediglich darauf hingewiesen, dass die Bewertungen Mitte 2007 „optimiert“ wurden (TK - Abschlussbericht 13 Anhang: Optimierung der Rückmeldungen im Projektverlauf S. 191).

3. Der Autor der geänderten Rückmeldungen wird im Abschlussbericht nicht genannt, es wird der fragwürdige Eindruck erweckt, als ob die Wissenschaftler des TK – Modells die Änderungen aus eigener Initiative und eigenständig verfasst hätten.

4. Wesentliche Ergebnisse werden in der Ergebnisdarstellung nicht benannt, auch wenn sie im umfangreichen Datenmaterial aufgezeigt wurden (s. folgenden Abschnitt).

#### C. Das Versagen der gesetzlich verantwortlichen Aufsichtsbehörden.

Das Bundesversicherungsamt war vor der Genehmigung über die Probleme informiert worden. Das Anschreiben und die Antwort finden sich in der Anlage. Die drei Kassenärztlichen Vereinigungen hatten die Kritik ebenfalls erhalten, sie hatten zum Teil gar nicht, zum Teil nicht wieder geantwortet. Ohne weitere Auswirkung blieb das Anschreiben an die beteiligten Psychotherapeutenkammern (mit Ausnahme der Kammer in Hessen s. Anlagen 1. und 2.), der Aufsichtsbehörde beim NRW – Gesundheitsministerium (s. Anlage 1.2.), bei der Patientenbeauftragten der Bundesregierung und beim Gemeinsamen Bundesausschuss (s. Anlage 1.3.).

Auch hier soll nicht nachträglich lamentiert werden, sondern vorausschauend deutlich gemacht werden, dass eine strukturelle Änderung unverzichtbar ist, um für die Zukunft sicher zu stellen, dass sich diese ungunstigen Vorgänge nicht wiederholen und dass die gesetzlichen Vorgaben des SGB V eingehalten werden.

D. Diskussion nach Veröffentlichung des TK – Abschlussberichtes 2011.

Unter Punkt 1.2 des TK – Abschlussberichtes wurde veröffentlicht (S.12):

„Die zentralen Fragestellungen des Projektes waren:

1. Führt der Einsatz von Qualitätsmonitoringinstrumenten des TK – Modells in ambulanten Psychotherapien zu einer höheren Ergebnisqualität (Effektivität) im Vergleich zur traditionellen Richtlinienpsychotherapie?
2. Kann das TK – Modell die Effizienz der ambulanten Psychotherapie nachhaltig verbessern?

Es zeigen sich auch bei Berücksichtigung möglicher Confoundervariablen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG auf den zur Bewertung der Ergebnisqualität herangezogenen Skalen und multiplen Ergebniskriterien. Die erste Studienfrage ist somit zu verneinen. Auch die zweite Studienfragestellung muss mit nein beantwortet werden“ (TK – Abschlussbericht S. 12).

Damit scheinen die Bedenken gegen eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie gegenstandslos geworden zu sein.

Dennoch muss aber auf diejenigen realen Hintergründe verwiesen werden, die zu diesem nicht-signifikanten Ergebnis beitrugen.

In jeder empirischen Studie die den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit erhebt, muss eine feste Variable kontinuierlich während der Dauer des Experimentes zur Anwendung kommen, wenn Unterschiede zwischen IG und KG mit Bezug auf die Wirkung dieser Variablen begründet werden.

Im TK-Modell wurden wesentliche Veränderungen während der laufenden Experimente eingeführt:

- Der Hauptwirkfaktor im TK-Modell wurde während der Experimente grundlegend in seiner doppelten Motivationsabsicht geändert.
- Die sehr häufig zu erwartenden Fehlbewertungen der Behandlungen wurden seit 2007 abgeschafft.
- Die bis dahin vorhandenen massiven Beeinträchtigungen des therapeutischen Arbeitsbündnisses wurden dadurch verhindert.
- Die Frage, ob und welcher Patient über die bewertenden Rückmeldungen informiert wird (Kontinuität des Einsatzes der Variablen), ist im Verlauf unterschiedlich gehandhabt worden:

2003 wird in der Projektbeschreibung der TK die Einbeziehung der Patienten begründet: „Die Offenlegung und Diskussion von Messwerten gegenüber und mit dem Pati-

enten wird von vielen Patienten als eine Stärkung ihrer eigenen Befähigung erlebt (empowerment)“ (Projektbeschreibung 2003, S. 3). 2005 werden die Patienten in der Broschüre „Informationen für Patienten der TK“ folgendermaßen informiert: „Ihr Therapeut ruft die Ergebnisse auf und bespricht sie gegebenenfalls mit Ihnen“ S. 3). 2005 mussten sich die Behandler in ihrer Teilnahmeerklärung verpflichten, „dass ich ..., den Patienten ausreichend über die Datenerhebung und –verarbeitung informiere und den Verwendungszweck erläutere ... “. Und: „Ich verpflichte mich, jeden neuen TK-Patienten über das Modellverfahren zu informieren“.

Später wurde im Internet (häufig gestellte Frage) argumentiert, es läge in der Verantwortung des Behandlers, ob, wann und wie er den Patienten informiert und wie der Austausch darüber stattfände. Kriterien dafür lagen nicht vor.

Als Ergebnis dieser Unklarheiten, bezüglich des kontinuierlichen Einsatzes der Variablen, zeigt sich folgendes Ergebnis im TK-Abschlussbericht:

Von ursprünglich 1708 Patienten lagen 601 (gemischt VT, TP, AP) Antworten vor, 1107 Ausfälle sind hier festzustellen.

Von den Antworten sind mehrheitlich verhaltenstherapeutische Antworten eingegangen. Auf die Frage: „Mein Therapeut/meine Therapeutin hat mir die grafischen Rückmeldungen und Reports zu den Fragebögen gezeigt und mit mir besprochen“ gaben 66,2 % der Patienten an: Trifft voll zu.

16,7 % der Patienten an: Trifft eher zu.

3,6 % der Patienten an: Trifft weder / noch zu.

3,6 % der Patienten an: Trifft eher nicht zu.

9,8 % der Patienten an: Trifft überhaupt nicht zu.

Bei den Therapeutenangaben gab es folgendes Ergebnis:

Von 501 beendeten Therapien wurden für 234 Therapien (66% von 501) von den Therapeuten angegeben, dass sie die Ergebnisse in den Fragebögen mit den Patienten besprochen haben.

Unter diesen Umständen muss reflektiert werden, ob die Nicht-Signifikanz der Ergebnisse darauf zurückzuführen sein kann, dass signifikante Unterschiede eben daran gebunden sind, dass die Untersuchungsvariable unverändert und kontinuierlich während des gesamten Experimentes angewendet wird.

Auch der Umstand, dass bei den Auswertungen VT, TP und AP Behandlungen zusammengerechnet wurden, lässt vermuten, dass auch hier denkbar signifikante Unterschiede zwischen den Verfahren überhaupt nicht erfasst werden konnten.

#### E. Presseerklärung der TK.

Nachdem der Abschlussbericht der TK veröffentlicht worden war, wurde in einem Bericht im Ärzteblatt (PP) 2011, S. 249 der Projektleiter zitiert, der sich für den Verzicht auf das Gutachterverfahren ausspricht. Dazu gab es klare, kontroverse Reaktionen von verschiedenen Berufs- und Fachverbänden.

In der Presseerklärung zur TK – Studie vom 26.Mai 2011 (s. Anlage 3.1.) verweist der Projektleiter darauf, dass in der Interventionsgruppe „nicht wesentlich mehr Therapiesitzungen abgerechnet wurden als in der Kontrollgruppe“. Später wird behauptet: „Trotz der unterschiedlichen Bewilligungspraxis in beiden Gruppen konnten jedoch keine signifikanten Qualitätsunterschiede festgestellt werden.“

#### F. Kurzfassung der Kritik im Ärzteblatt (PP)

Im Ärzteblatt (PP) 2011 Heft 8 S. 376, 377 (s. Anlage 3.3.) wurden die von mir vorgetragenen Kritikpunkte veröffentlicht. Es gab darauf nur sehr wenige Reaktionen, die sich einzig auf die wissenschaftlichen Fehler im Modell bezogen; die verfahrensspezifischen Kritikpunkte wurden von keiner Stelle aufgegriffen.

Eine Reaktion von Seiten der TK oder der involvierten Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kammern gab es nicht.

#### G. Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirates vom 11. Mai und August 2012.

Besondere Aufmerksamkeit verdient der ungewöhnliche Umstand, dass der Wissenschaftliche Beirat des TK – Modells, nach erfolgter Veröffentlichung des TK - Abschlussberichtes 2011, noch eine eigene Stellungnahme im Mai 2012 abgegeben hat und danach eine weitere umfangreichere Stellungnahme ankündigt.

In dem Bericht im Ärzteblatt (PP) Juni 2011 S. 249 wird dem Projektleiter folgende Aussage zugeschrieben: „Die Studie zeige, dass die Therapiequalität ohne Gutachten nicht schlechter sei und auch nicht mehr Therapiestunden abgerechnet würden.“

Der Wissenschaftliche Beirat verweist in seinem Schreiben vom 11. 05. 2012 (s. Anlage 3.2.) im Gegensatz darauf hin, dass es doch einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gibt: Die Behandlungen im regulären Gutachterverfahren sind signifikant kürzer gewesen, die Stundenanzahl der Behandlungen in der Interventionsgruppe waren signifikant höher.

Zwar werden diese signifikanten Unterschiede im TK-Abschlussbericht sehr wohl unter der großen Datenmenge angegeben, der Projektleiter hat auch in der Presseerklärung auf die Unterschiede hingewiesen, aber dennoch hat der Wissenschaftliche Beirat die Notwendigkeit gesehen, diese Signifikanz (ich verweise mit Bezug auf die Angaben im Abschlussbericht auf den weiteren signifikanten Unterschied bei der Genehmigungspraxis und nicht nur bei den tatsächlich abgerechneten Stunden) besonders aufzuzeigen.

Es bleibt nach meiner Auffassung noch weiter zu klären, ob dieser signifikante Unterschied möglicherweise auf anderen Gründen beruht, als auf denen, die nun zu diskutieren sind. Denn möglicherweise enthält die Nach - Veröffentlichung dieses Ergebnisses durch ein Kontrollorgan, eine doppelte Brisanz:

Zum Einen ist es bemerkenswert, dass die der formulierten Hypothese widersprechenden Ergebnisse bei der Ergebnisdarstellung im TK-Bericht nicht genannt werden, denn immerhin hätte die beabsichtigte Änderung des Gutachterverfahrens zu einer erheblichen Einbeziehung des beteiligten Verlages und der beteiligten Wissenschaftler in die Praxis und damit auch in die Finanzierung der Richtlinien - Psychotherapie geführt.

Hierdurch wird die Vermutung der tendenziösen Nicht-Benennung von widersprechenden wissenschaftlichen Fakten im Ergebnisteil gefördert, auch wenn diese Ergebnisse im Detailbericht aufgezeigt wurden.

Der zweite Aspekt erscheint aber brisanter und daher zu diskutieren:

Der Umstand, dass die Behandlungen im regulären Gutachterverfahren signifikant kürzer waren und weniger Stunden andauerten, kann auch als Indikator dafür diskutiert werden, dass dadurch empirisch belegt wird, dass eine direktive Beeinflussung von Patienten in der Psychotherapie durch externe Bewertungen, dass die Schädigung des therapeutischen Arbeitsbündnisses und dass die negative Beeinflussung von verfahrensspezifischen Methoden und Behandlungsansätzen dazu geführt haben könnten, dass die dadurch beeinflussten Behand-

lungen signifikant länger gedauert haben und mehr Stunden in Anspruch genommen werden mussten.

Auch der Umstand der ungewöhnlich hohen Abbruchquote verweist auf diese zu diskutierenden Hintergründe.

## **7. Übersicht der fünf neuen Prüfkriterien für zukünftige Anwendungsforschung in der Richtlinienpsychotherapie.**

Auf Grundlage der hier aufgezeigten Vorkommnisse ist zu prüfen, ob folgende Prüfkriterien für zukünftige (wünschenswerte und notwendige) Forschungen im Bereich der Wirksamkeits- und Qualitätsuntersuchungen in der Richtlinienpsychotherapie eingeführt werden müssen, um schon vor Genehmigung eines Modellvorhabens und vor Aufhebung der Richtlinien – Psychotherapie die aufgezeigten Fehlentwicklungen sicher auszuschließen.

Das BVA muss die Erfüllung dieser Prüfkriterien vor Genehmigung neuer Modellprojekte überprüfen.

Mit Abs. 2 § 64 SGB V eröffnet der Gesetzgeber die Möglichkeit, durch Vereinbarungen der gesetzlichen Krankenkassen und der KBV in Bundesmantelverträgen die Voraussetzungen und Bedingungen für Modellvorhaben festzulegen.

Die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung könnten diese Kriterien im Bundesmantelvertrag im Konsens vereinbaren, deren Erfüllung fordern und - unabhängig von einer Regelung im Bundesmantelvertrag, auch vor dem Abschluss von eigenen Anwendungsforschungsverträgen überprüfen.

Diese Prüfkriterien sind auch vor jeder Modifikation der Psychotherapie - Richtlinie zwingend zu berücksichtigen.

1. Patientengefährdungen durch externe, direktive Beeinflussungen oder Einbeziehung von persönlichen Patientenangaben müssen ausgeschlossen werden, die Verantwortung für den Wirksamkeitsnachweis, die Qualität und damit für die Bewilligung von Behandlungen darf nicht von den Psychotherapeuten auf die Patienten verschoben werden.
2. Das psychotherapeutische Arbeitsbündnis wird durch verfahrensspezifisch unterschiedliche Beziehungsformen gebildet, sie dürfen nicht gefährdet oder geschädigt werden.
3. Die Belastung von verfahrensspezifischen Behandlungsmethoden und den verfahrensspezifischen Wirkfaktoren ist auszuschließen.
4. Die Benachteiligung von den sozialrechtlich anerkannten spezifischen Psychotherapieverfahren durch verfahrensunspezifische Untersuchungsansätze ist zu prüfen. Verfahrensunspezifische Vorgehensweisen sind daraufhin zu untersuchen, ob sie diejenigen Verfahren bevorzugen, die von der Forschergruppe oder den Kostenträgern präferiert werden. Der Nachweis der Befolgung der Empfehlungen der Sachverständigenkommission nach Einbeziehung von Leistungserbringern aller zu untersuchenden Verfahren (und damit der Fachgesellschaften, die in den wissenschaftlich und sozialrechtlich geprüften und anerkannten Verfahren die staatlich geregelte Ausbildung sicher stellen) schon im Vorfeld der Planung von zukünftiger Anwendungsforschung / Modellverfahren / Modifikation des Gutachterverfahrens, ist unverzichtbar.
5. Die Forderung nach Transparenz erfordert:
  - Information der Patienten und Psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung über die Risiken und die tatsächlichen Veränderungen in der geplanten Anwendungsforschung.
  - Veröffentlichung von Kritik, falls Gefährdungen für die vier vorher genannten Punkte benannt werden. Die Information von Patienten und Behandler muss durch die Forschergruppe erfolgen.

- Die Veröffentlichung auch von denjenigen Ergebnissen, die den formulierten Hypothesen widersprechen, ist zu gewährleisten.
- Änderungen des Hauptwirkfaktors oder wesentlicher Forschungsanteile und die Begründung der Veränderung während des Forschungsvorhabens sind zum Änderungszeitpunkt zu veröffentlichen.

Nach den geschilderten Erfahrungen mit dem TK – Modellvorhaben halte ich eine entsprechende Ergänzung der bisherigen Prüfvorgänge für unverzichtbar, nicht nur um der Verantwortung entsprechend § 70 SGB V gerecht zu werden, sondern auch im Sinne eines förderlichen gesundheitspolitischen Diskurses, zur kollegialen Kooperation, zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit derartiger Projekte und insbesondere zum Schutz und Erhalt der verfahrensspezifischen Rahmenbedingungen.

#### Literatur:

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.

DGPT, DGPM, DPV, DGP, DGAP, DGIP, 2011: Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13-15 der Psychotherapie-Richtlinie für die psychoanalytisch begründeten Verfahren. In: Forum der Psychoanalyse, Band 27, Sonderheft, Springer Medizin.

Klaufenflügel, J. 2007: TK-Modell vhpv-Mitgliederrundbrief Nr.49, 18.05.2007 S. 25 – 27.

Rudolf, G., Grande, T. 2003: Stellungnahme zum TK-Modell (s. Anlage .....

Sasse, H. 2001: „Das Gutachterverfahren in der psychotherapeutischen Versorgung“. In: Psychotherapeut, 46: S. 278 – 285), Springer Medizin.

Sasse, H. 2004: Abschließender Untersuchungsbericht über das Qualitätssicherungsvorhaben der Techniker Krankenkasse: Internetgestütztes Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie. Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V.

Sasse, H. 2006: Studie zur Qualitätsbeschreibung von psychoanalytisch begründeten Therapien zur Prüfung der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit des Modellversuches der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“:

Sasse, H. 2011 (a): 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. Kostenfreies E-Book (<http://dgip.de/publikationen>), ISBN 978-3-935374-01-9.

Sasse, H. 2011 (b): Wissenschaftlich nicht akzeptabel, in: Deutsches Ärzteblatt (PP) Heft 8, August 2011, S. 376, 377.

TK, 2003: „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“. Projektbeschreibung für ein Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach § 63 Abs. 1 SGB V. Stand 4.November 2003.

TK, 2011: „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ Abschlussbericht. Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach § 63 Abs. 1 SGB V. ISBN 978-3-00-035022-1.

Vogel, H. 2012: „Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats zum Modellprojekt der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ vom 11. 05. 2012.

Vogel, H. 2012: „Versorgungsforschung im Feld ist möglich“. Deutsches Ärzteblatt (PP) Heft 8, August 2012, S371 – 372.

Anlagen:

Exemplarische Chronologie der Kommunikation mit den öffentlich–rechtlichen Körperschaften.

Autor:

Dr. Heiner Sasse, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker und Lehranalytiker DGIP / DGPT. Supervisor, Dozent und Lehranalytiker am Alfred-Adler-Institut Düsseldorf.

Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Einzel- und Gruppentherapie.

Interessenkonflikte liegen vor, sie werden im E-Book auf S. 229 dargestellt.

## **Anlagen:**

Exemplarische Chronologie der Kommunikation mit den öffentlich - rechtlichen Körperschaften BVA, KV Hessen, KV Baden-Württemberg, KV Westfalen-Lippe, den Psychotherapeutenkammern in NRW, Hessen und Baden-Württemberg, KBV, GBA, MGSFF NRW.

### **1. Kritische Stellungnahmen und Reaktionen vor Beginn der Datenerhebung.**

- 1.1. Stellungnahme an Fachausschuss KV Hessen zum TK Modell Prof. Rudolf 2003
- 1.2. Anschreiben Dr. Sasse an BMGS, MGSFF NRW und BVA vom Mai 2004 und Okt.2004, die Antwort der TK an das BVA und die Antwort des BVA und MGSFF
- 1.3. Zwei Antworten des Gemeinsamen Bundesausschuss 2004, 2005
- 1.4. Stellungnahme der DPG Prof. Wellendorf 2005

- 1.5. Stellungnahme des DPV Institutes Freiburg 2005
- 1.6. Unterschriftensammlung KV Hessen 2005
- 1.7. Aufruf zur Nicht-Teilnahme von DGAP, DGIP; DGPT, DPG, DPV 2005
- 1.8. Antwort LPPKJP Hessen Nov. 2004
- 1.9. Vertragsabschluss der KV Hessen August 2005 und Presseinformation Sept.2005
- 1.10. Exemplarische Abläufe bei der KV WL 2003 -
- 1.11. Gemeinsame Erklärung TK / Psychotherapeuten-Kammer NRW Sept. 2004
- 1.12. Antwort der Psychotherapeuten-Kammer NRW vom Okt. 2004

## **2. Kritische Stellungnahmen und Reaktionen während der Untersuchung.**

- 2.1. Antwort KBV auf die Studie 2006 (Sasse) Juni 2006
- 2.2. Anschreiben und Antwort Psychotherapeuten-Kammer NRW Juli 2006
- 2.3. Anschreiben und Antwort LPK Baden-Württemberg und Antwort August 2006
- 2.4. Anschreiben und Antwort KV Hessen August 2006
- 2.5. Anschreiben KV WL Juni 2006 ohne Antwort
- 2.6. Anschreiben KV Baden-Württemberg Juni 2006 ohne Antwort
- 2.7. Anschreiben TK nach Änderung der Bewertungen Mai 2007

## **3. Kritische Stellungnahmen und Reaktionen nach Abschluss der Untersuchung.**

- 3.1. TK-Pressemitteilung Mai 2011
- 3.2. Anschreiben BVVP und Deckblatt BVVP Magazin April 2011
- 3.3. Anschreiben an den Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirates Nov. 2010 und Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates 2012
- 3.4. Artikel im Deutschen Ärzteblatt: „Wissenschaftlich nicht akzeptabel“ August 2011