

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

A. A.

Psychosomatische Klinik

Geschäftsführender Direktor:
Prof. Dr. med. G. Rudolf

Telefon: (0 62 21) 56-5814

Telefax: (0 62 21) 56-5330

E-mail: gerd_rudolf@med.uni-heidelberg.de

69115 Heidelberg, den 10.2.2003/-de

Stellungnahme zum TK-Modellvorhaben

Auf Anfrage der analytischen Kollegen des Fachausschusses Hessen nehmen wir aus der Sicht klinischer Psychotherapieforschung Stellung zu dem TK-Modellvorhaben und speziell dem Thesenpapier von Fydrich/Nagel/Richter.

1. Problemstellung: Monitoring auf der Grundlage von Patienten-Selbsteinschätzung

In dem Modellvorhaben der TK geht es um die Installierung eines Monitoringverfahrens zur Entscheidung über Fortführung und Umfang ambulanter Psychotherapien. Die Problematik dieses Vorhabens besteht darin, dass sich das Monitoringverfahren im Kern auf Patientenselbstbeurteilungen stützt. Die in der Beschreibung des Vorhabens enthaltene Liste dazu vorgesehener Instrumente zeigt, dass diese Selbstbeurteilungen sich auf Symptome bzw. Symptomveränderungen beziehen. Es wird ausgeführt, dass die einzusetzenden Fragebögen störungsspezifisch ausgewählt werden sollen. Die Störungen werden in dem Modell anhand des ICD-10 kategorisiert.

Dieses Modell setzt voraus, dass die zu behandelnde Störung regelhaft oder in der überwiegenden Zahl der Fälle mit der Symptomatik identisch ist, die durch die Instrumente erfasst werden. Dies entspricht aber weder der klinischen Erfahrung noch der Auffassung der hauptsächlichen psychotherapeutischen Schulen, auch nicht der kognitiven Verhaltenstherapie. Das bedeutet, dass die therapeutisch relevanten Veränderungen nur einen indirekten Bezug zur Symptomveränderung aufweisen und dass diese nicht oder nur in besonderen Fällen den Stand der Veränderung – bezogen auf die zugrundeliegende Störung – direkt widerspiegelt.

Typische Beispiele sind:

- Patienten, bei denen sich die Symptomatik durch die haltgebende therapeutische Beziehung rasch mindert, ohne dass sich die zugrundeliegenden und krankheitsbedingenden Muster des Erlebens und Verhaltens geändert haben.
- Patienten, bei denen sich die Symptomatik zeitweise verstärkt, wenn durch die Änderung zugrundeliegender Muster des Erlebens und Verhaltens eine vorübergehende, aber therapeutisch günstige Labilisierung eintritt.
- Besonders häufig schwer kranke Patienten, die durch ihre Störung bedingt bei sich selbst gar keine und nur eine geringe Symptomatik erleben, so dass das Ausmaß der krankheitswertigen Auffälligkeiten in der Selbstbeurteilung unterschätzt bzw. völlig falsch eingeschätzt wird.

Die hier angesprochenen, durch Selbsteinschätzungen nicht erfassten und auch nicht erfassbaren Störungsaspekte betreffen alle Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bzw. komorbider Persönlichkeitsstörung, darüber hinaus aber alle weiteren Patienten, die mit Hilfe des ICD-10 lediglich deskriptiv-symptombezogen klassifiziert werden und deren Störung dennoch im wesentlichen persönlichkeitsbedingt ist. Das in dem Expose der TK dargestellte Expertenrating bzgl. der Eignung von Selbsteinschätzungs-Instrumenten belegt klar, dass nach mehrheitlicher Auffassung der 5 befragten Experten sogar für die enger begrenzte Gruppe der Persönlichkeitsstörungen kein valides Erfassungsinstrument für das Monitoring zur Verfügung steht.

2. Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Modells

1. Als Rückmeldung von Warnzeichen oder Hinweis auf Symptombesserungen kann das geplante Monitoring eine Hilfestellung für Supervision und therapeutisches Handeln und eine ergänzende Information für gutachterliches Urteilen sein.
2. Jedoch ist ein Entscheidungsalgorithmus zur Fortführung oder Beendigung von Psychotherapien, der alleine oder wesentlich auf dem geplanten Monitoring beruht, klinisch unangemessen, führt notwendigerweise zu Fehlentscheidungen und schadet somit den Patienten.
3. Die Entscheidung über Indikation und Behandlungsumfang kann nur im Rahmen einer übergeordneten klinischen Beurteilung des jeweiligen Falles durch eine Instanz erfolgen, der alle Informationen zur Verfügung gestellt werden. Das bedeutet, dass den Gutachtern erneut die entscheidende Rolle zufallen müsste, aufgrund einer breiten (evtl. durch das Monitoring verbesserte) Informationsbasis Entscheidungen über Indikation und Behandlungsumfang zu treffen.
4. Anstelle einer klinisch begründeten Entscheidung ist in dem Modellprojekt das Entscheidungsverfahren bisher nicht expliziert und somit nicht nachvollziehbar.
Nach dem derzeitigen Plan findet man an dieser Stelle eine „black box“ mit allen Risiken der willkürlichen Einflussnahme, z.B. auch im Sinne einer Mengenbeschränkung aus Kostenspargründen ohne Rücksicht auf den wirklichen Bedarf.

3. Unzureichende wissenschaftliche Begründung

1. Das im TK-Modell beschriebene Monitoringverfahren wurde von Wissenschaftlern entwickelt, die entweder als Psychotherapieforscher bisher wenig in Erscheinung getreten sind oder aber einen ausschließlich mathematisch-methodischen Forschungshintergrund haben. Die praxisferne Methodenorientierung des Vorhabens mag in dieser für praktisch klinische Erfordernisse wenig geeigneten Konstellation ihre Ursache haben.
2. Das zugrunde gelegte Modell Aquasi wurde bisher zur Qualitätssicherung in Psychosomatischen Kliniken eingesetzt, ist aber für die hier vorliegenden Erfordernisse nicht ausreichend evaluiert. Der DKV-Studie, die eine weitere Basis für das Vorhaben bildet, lassen sich keinerlei Erkenntnisse dazu entnehmen, welche Folgen eine Implementierung des geplanten Monitorings für psychotherapeutische Behandlungen und die betroffenen Patienten tatsächlich haben könnte und wie schädlich diese möglicherweise sind.
3. Die Autoren des Modells versprechen in einer kurzen Erläuterung die fehlenden wissenschaftlichen Nachweise im Zuge einer Erprobungsphase erbringen zu können. Auch dies erscheint bei kritischer Betrachtung ganz überzogen und unrealistisch. In der bisherigen Psychotherapieforschung konnte ein solcher Entscheidungsalgorithmus nicht entwickelt werden und es ist unwahrscheinlich, dass eine solch einfache Lösung möglich ist. Die Mehrzahl der im Zusammenhang damit angesprochenen Forschungsfragestellungen müsste in sorgfältig geplanten und gut kontrollierten Studien untersucht werden, was unter den Bedingungen der praktischen Versorgung und ohne sehr umfangreiche Forschungsressourcen gar nicht vorstellbar

A. A.

ist. Es besteht daher das weitere Risiko, dass schädliche Wirkungen des Verfahrens gar nicht erfasst werden und auf eine spätere Bewertung keinen Einfluss nehmen können.

4. Schlussfolgerungen

1. Das beschriebene Monitoring erscheint wissenschaftlich und klinisch nicht ausreichend begründet und daher für die gutachterliche Einschätzung von Behandlungsindikation und Behandlungsumfang ungeeignet.
2. Aufgrund der beschriebenen Situation suggeriert das Modell eine Rationalität der Mengenregulierung, die in Wahrheit logisch nicht expliziert bzw. begründet ist. Es handelt sich vielmehr um eine Scheinlogik und es ist daher der Verdacht begründet, dass hier nur nach einer irgendwie plausibel erscheinenden Begründung gesucht wurde, um Kosten um jeden Preis und ohne besondere Rücksicht auf die psychotherapeutischen Erfordernisse einsparen zu können.
3. Die angeschnittenen Fragen der Psychotherapieforschung (Suche nach Verlaufsprädiktoren, Frage nach der Relevanz quantitativer Maße, Fragen der Versorgungsforschung) können auf der Grundlage dieses Designs nicht beantwortet werden.
4. Der Anspruch auf ein "Neues Gutachterverfahren", lässt sich in einem solchen Projekt nicht verwirklichen, zumal die Klage über die Ineffektivität des alten Gutachterverfahrens als Polemik imponiert, die sachlich nicht begründet werden kann. Erst kürzlich wurde das bestehende Gutachterverfahren evaluiert und seine Effizienz für die Qualitätssicherung in der Psychotherapie belegt. (Rudolf et al. 2002a, 2002b, 2003).
5. Als positiv bewerten wir die Anregung, die Entscheidungen über Indikation und Behandlungsumfang auf eine breitere Datenbasis zu stellen und dabei auch symptombezogene Selbsteinschätzungen von Patienten und standardisierte Diagnostik durch den Therapeuten einzubeziehen. Zur verantwortungsvollen Handhabung solcher Daten bedarf es aber eines Gutachters, der sie in einen klinischen Kontext stellt. Für die klinische Beurteilung unverzichtbar sind
 - ausführliche anamnestische Angaben, welche Krankheitsverlauf und Vorbehandlung einschließen
 - psychodynamische oder verhaltensanalytische Interpretation des Krankheitsgeschehens
 - Begründung des Therapeuten für ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen (Differentialindikation)
 - Darlegung eines verfahrensspezifischen Behandlungsplanes durch den Therapeuten
 - Formulierung von Therapiezielen durch den Therapeuten im Blick auf das gewählte Verfahren und den speziellen Patienten
 - Diskussion prognostischer Gesichtspunkte durch den Therapeuten
 - Formulierung von Therapiezielen durch den Patienten.

Ohne eine Berücksichtigung der wichtigsten klinischen Gesichtspunkte ist eine angemessene Bewertung psychotherapeutischer Vorgänge nicht möglich.

Prof. Dr. med. G. Rudolf

Dr. phil. T. Grande

An die Abteilung II
des Bundesversicherungsamtes
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Dr. Heiner Sasse
Ruhrstr. 39
58452 Witten
15. Mai 2004

**Betrifft: Prüfung eines Modellvorhabens der Techniker Krankenkasse:
Internetgestütztes Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie.
Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Aufsichtsbehörde, die Modellvorhaben im Rahmen des § 63 Abs. 1 des SGB V vor der Zulassung als Modellvorhaben prüfen muss, bitte ich Sie hiermit, die folgenden schwerwiegenden Kritikpunkte an dem Modellversuch der TK bei Ihrer Entscheidung zu berücksichtigen.

Mit dem TK Modellvorhaben soll untersucht werden, ob sich ambulant durchgeführte Psychotherapien, die wie bisher erst nach Bewilligung durch ein externes Gutachterverfahren durchgeführt werden von denjenigen Psychotherapien unterscheiden, in denen das Gutachterverfahren ausgesetzt ist und der Behandler stattdessen Computer gestützte Bewertungen über die jeweilige Psychotherapie erhält.

Kern der Bewertungen ist der statistische Vergleich von Daten, die aus Patientenfragebögen stammen und die miteinander im Verlauf der Behandlung verrechnet werden. Unterschiede in der Behandlung sollen nach Auffassung der TK so ermittelt werden können, die Qualität der Behandlungen dadurch erfassbar sein.

Bei dem TK Modellvorhaben handelt es sich nicht um ein Modell, mit dem neue Methoden, neue Verfahren oder andere Ansätze untersucht werden sollen, sondern es handelt sich stattdessen darum, dass bestehende Gutachterverfahren auszusetzen. Stattdessen sollen dem Behandler Bewertungen über den Verlauf zugeschickt werden, die in den Prozess der Behandlung unmittelbar und direkt zeitnah eingreifen sollen.

Es handelt sich um eine Versorgungsstudie an etwa 3000 Psychotherapien deren Ergebnisse nach Vorgabe der TK später in der praktischen Versorgung zu Veränderungen führen sollen. Diesem Ziel angemessen müssen entsprechende Anforderungen an die Qualität der Untersuchung gestellt werden.

Im Folgenden soll kritisiert werden, dass dieses Modellvorhaben:

- 1. zentrale wissenschaftliche Grundbedingungen nicht erfüllt,**
- 2. vorhersehbar falsche und fachlich unverantwortliche Bewertungen über ambulante Psychotherapien abgibt,**
- 3. die unverzichtbare Forderung nach Schutz der Behandlungsprozesse und der Patienten nicht berücksichtigt.**

Zu 1.: Zentrale wissenschaftliche Grundbedingungen werden im TK Modellvorhaben nicht erfüllt:

• **Zur Frage der Objektivität der Untersucher und der Untersuchung.**

Unter Objektivität wird in der Testpsychologie das Ausmaß verstanden, in dem das Testergebnis in Durchführung, Auswertung und Interpretation unabhängig ist vom Testleiter. Hintergrund dieser Überlegungen sind u. a. seit Jahren mit großer Intensität geführte berufspolitische Konflikte um:

- das Gutachterverfahren
- das Spannungsfeld zwischen den anerkannten und Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie (VT) und Psychoanalytischer Therapie (PsaTh) sowie den so genannten „nicht“ anerkannten Verfahren
- unterschiedliche berufsgruppenspezifischen Interessen der bei Wahlen miteinander konkurrierenden Berufsverbände (Deutscher Psychotherapeuten Verband (DPTV), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) einer Gruppe von Hochschullehrer (DGPs) sowie den Fachvertretern der psychotherapeutischen Verfahren (u. a. Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP) und Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP).

Während sich die rein psychologischen Berufsverbände häufig gegen das Gutachterverfahren ausgesprochen haben sehen die Vertreter der Fachgesellschaften, in denen die Verfahren entwickelt wurden und ausgebildet werden, das Gutachterverfahren als unverzichtbar an (Sasse, 2001).

Viele psychologische Hochschullehrer der DGPs sehen in einer allgemeinen Psychotherapie, integrativen Therapie oder auch Neuropsychotherapie die Zukunft der Psychotherapie. Sie fordern die Anbindung der Ausbildungsstätten an die Hochschulen, ohne dabei zu berücksichtigen, dass die Richtlinienverfahren sozialrechtlich als auch berufsrechtlich verankert sind und sich in Theorie, Ausbildung, Behandlungspraxis, Behandlungsmethoden und -zielen, Symptomverständnis, in psychotherapeutischen Wirkfaktoren und Beziehungsprozessen so sehr voneinander unterscheiden, dass die Versuche sie zu vereinheitlichen, zu vergleichen, zu linearisieren und an die psychologischen Fakultäten zu binden nur als ungesetzliche und unwissenschaftliche Vereinnahmungsabsichten zu beschreiben sind.

In diesen doch erheblichen Konflikt- und Konkurrenzfeldern ist die Objektivität des TK Modells massiv in Frage zu stellen. Ein fachlich in Verhaltenstherapie ausgebildeter und ein VT Ausbildungsinstitut leitender Psychotherapeut ist verantwortlich für die Grundorientierung des Modells, der für die Auswertung zuständige Psychologe hat sich darauf festgelegt, dass die Ergebnisqualität der wichtigste Faktor sei. Dieses Verständnis ist für viele Bereiche nachvollziehbar, bezogen auf die Psychotherapie ist sie nicht akzeptabel und zeigt das Ausmaß der fachlich-psychotherapeutischen Unterschiede.

Der bei der KV Westfalen Lippe zuständige Vorstandsvorsitzende ist als Verhaltenstherapeut in der ärztlichen Ambulanzleitung eines verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitutes tätig und die von ihm zur fachlichen Akzeptanz bei der Landespsychotherapeutenkammer angefragten und namentlich benannten Personen aus dem Kammervorstand sind allesamt Verhaltenstherapeuten.

So gesehen besteht eine klar benennbare Tendenz im TK Modell: Die Vertreter der psychoanalytischen Therapie wurden systematisch nicht berücksichtigt. Es gibt den nur schwerlich zu übersehenden Machtanspruch der psychologischen Hochschullehrer in Kooperation mit psychologischen Berufsverbänden und den in der Ausbildung aktiven Verhaltenstherapeuten, mittels einer Versorgungsstudie zusammen mit einer Krankenkasse die Vorstellungen eines einzelnen Verfahrens durchzusetzen.

Die Konflikte um Einführung von neuen Verfahren in die Kassenärztliche Versorgung, um das Gutachterverfahren, um die Definitionsmacht in den Fragen der Qualitätssicherung und die aktuelle Konkurrenz um Ausbildungskandidaten bilden eine massiv wirk-

same Hintergrundmotivation, die bei der Frage nach Objektivität von wissenschaftlichen Untersuchungen unbedingt mit berücksichtigt werden muss. (s. Anlage 1: Streitschrift S.1 – 16).

Auch wenn diese Interessenlagen alle in sich berechtigt erscheinen, partikuläre Richtigkeit aufweisen und selbstverständlich als legitim zu bezeichnen sind, müssen gerade diese Interessenlagen bei wissenschaftlichen Untersuchungen reflektiert werden, weil Partikularinteressen nur im Falle einer tatsächlich an Wahrheit, Wahrhaftigkeit und Objektivität orientierten Wissenschaft mit deren Ergebnissen begründet werden dürfen.

In diesem Konfliktfeld versuchte die TK, ihr Modell zunächst bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Südbaden, später bei der KV Hessen und seit etwa einem Jahr auch bei der KV Westfalen Lippe (KV WL) einzuführen.

Dabei musste die TK ihre Entwürfe mehrfach weitgehend modifizieren, einige der ursprünglich vorgesehene Vergleiche und Motive mussten aus fachlich-wissenschaftlichen Gründen aufgegeben werden.

Es geht zahlenmäßig um etwa 3000 Psychotherapien von etwa 600 Psychotherapeuten die zunächst in diesen Modellregionen untersucht werden sollen, später soll dieses Verfahren dann bundesweit angewendet werden.

Spätestens zu diesem Zeitpunkt wird auch das Interesse der Verlage an diesen Modellen nachvollziehbar.

Diese problematische Entwicklung beruht m. E. darauf, dass die TK unter Missachtung zentraler Empfehlungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (s. Anlage 1: Streitschrift S.11) die Grundkonzeption mit einer erkennbar durch Eigeninteressen (TK, DPTV, DGPs, VT) verbundenen kleinen verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Arbeitsgruppe entwickelt hat. Vertreter der psychoanalytischen Therapie waren, obgleich ihre Verfahren und deren Behandler von dem Modellversuch maßgeblich erfasst werden sollten, ausgeschlossen.

Im Verlauf dieser Entwicklung habe ich als Vertreter eines psychoanalytischen Fachverbandes (DGIP) auf Grundlage vieler Argumente von KollegInnen aus Südbaden und Hessen in einer umfangreichen Streitschrift zur Qualitätsbestimmung in der Psychotherapie vom 30. September 2003 (s. Anlage 1) das Modell auf der Grundlage der TK-Vorlage vom 10.04.03 fachlich kritisiert.

Auf die ausgesprochene Bitte des TK Vertreters sandte ich ihm im Anschluss an eine Diskussion bei der KV-WL einen Vorschlag zu, nach dessen Umsetzung das Modell auch aus psychoanalytischem Verständnis zulässig wäre (s. Anlage 2).

Nach einer weiteren Podiumsdiskussion des psychoanalytischen Fach- und Berufsverbandes (DGPT) mit den TK Vertretern in Frankfurt kam es zu einer erneuten Anpassung des TK Modells und zu einer Neuvorlage vom 05.09.03. In deren Folge wurden die bisher vorgesehenen Zwangsmassnahmen nach entsprechenden Bewertungen abgeschafft und für die Diagnostik zwei psychoanalytisch sinnvolle Untersuchungsverfahren mit einbezogen. Wichtig ist, dass diese Methoden aber nicht in die Computer gestützte Bewertung aufgenommen werden können.

Zentral bleibt die Kritik daran, dass alle Behandlungen zu gleichen Behandlungszeitpunkten untersucht werden sollen, obwohl klar ist, dass dieses Vorgehen den psychoanalytischen Verfahren nicht entspricht, weil die Veränderungsvorgänge in den Verfahren unterschiedlich sind. Dabei wird z.B. an keiner Stelle reflektiert, welche Auswirkungen es hat, wenn in der

VT zwischen der 1. und der 75. Stunde sechs mal jeder Patient mit den gleichen Fragebögen konfrontiert wird und in der analytischen Psychotherapie acht mal zwischen der 1. und der 295. Sitzung konfrontiert wird.

Durch die Arbeit von Brockmann u. a. (s. Anlage 3) wird zudem deutlich, dass der in dieser Arbeit nachgewiesene Veränderungsunterschied zwischen den Verfahren erst nach der sieben Jahreskatamnese deutlich wird.

Insgesamt erfüllt auch die letzte modifizierte Fassung nicht die Kriterien einer wissenschaftlich begründeten Untersuchung für die Anwendungsformen der psychoanalytischen Therapie (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie).

Zum aktuellen Stand der psychoanalytischen Therapie einschließlich der vorliegenden empirischen Wirksamkeitsnachweise verweise ich auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik, und Tiefenpsychologie (DGPT) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP) der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG), der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV), der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP) und der Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten (VAKJP) vom März 2004.

Auch die modifizierte TK Vorlage kritisierte ich mit einer Zweiten Streitschrift vom 09.02.2004, (s. Anlage 4) diesmal **verbunden mit vier konkreten Veränderungsforderungen, die nach Berücksichtigung zu mindest zu einem Minimalkonsens hätten führen können.**

Mit der mehrheitlichen Entscheidung des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Westfalen Lippe vom 24.03.04 mit Stimmen von DPTV, BVVP, Vereinigung der Kasenpsychotherapeuten, VT Fachverbandsvertretern, wurde der Vorstand der KV-WL trotz der ungelösten fachlichen Fragen mit der Aufnahme der Verhandlungen mit der TK beauftragt. „Das Modell ist prinzipiell durchverhandelt.“ (Protokoll S. 2).

Der Vorsitzende der KV-WL (VT-Ausbildungsleiter) wies in der Fachausschusssitzung am 24.03.04 darauf hin, dass auch die Psychotherapeutenkammer das Modell unterstütze. Er benennt drei Personen aus Vorstand und Gremien der Kammer, die allesamt für Verhaltenstherapie zugelassen sind und keine Berechtigung zur Stellungnahme für die PsaTh besitzen. Es gibt keine verabschiedete Stellungnahme der Kammer.

Damit ist jedoch die fachliche Diskussion innerhalb der KV Gremien der KV-WL durch demokratische Mehrheitsentscheidung definitiv zu Ende.

Deshalb bleibt den Kritikern nur noch der Weg über die sozialrechtlich vorgesehenen Prüf- und Aufsichtsinstanzen.

Ich bitte deshalb um Prüfung der folgenden Kritikpunkte an der wissenschaftlichen Konzeption des Modells (detaillierte Begründungen finden Sie in den beiliegenden Streitschriften):

- Es gibt an keiner Stelle eine auch nur annähernde Klärung oder wenigstens Auseinandersetzung mit der Frage um die inhaltliche Definition von Qualität von Psychotherapie. Damit wird der § 70 des SGBV, in dem Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit unverzichtbar für jede Behandlung gefordert wird missachtet.
- Als ausschließliches Qualitätskriterium wird unzulässigerweise nur eine quantitative Berechnung herangezogen, Qualität nur anhand von Quantität zu bewerten ist nicht akzeptabel.

- Die Annahme, eine Bewertung von Psychotherapie sei alleine auf Grund von miteinander verglichenen Patientenangaben auf standardisierten Fragebögen wissenschaftlich fundiert möglich, ist ein pseudowissenschaftlicher Aberglaube.
- Die Beurteilung von Qualität muss verbindlich die drei Aspekte der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität in ihrem unauflösbaren Zusammenhang betrachten und gewichten. Eine einseitige Gewichtung der Ergebnisqualität, wie sie von Wittchen im TK Modell vorgenommen wird, ist wissenschaftlich nicht haltbar.
- Qualitätsuntersuchungen einer Dienstleistung muss immer der Dienstleistung, ihren Methoden, Zielen und den entsprechenden Prozessen angemessen sein, dazu müssen die Dienstleister maßgeblich bei der Beschreibung der Qualität der Dienstleistung berücksichtigt werden.
- Die Vergleichbarkeit der Untersuchungs- und Kontrollgruppe innerhalb eines Verfahrens wird durch folgende Sichtweise als unzulässig abgelehnt:
 Wenn in statistischen Gruppenvergleichen bewertende und mit dem Anspruch auf Umsetzung in der Krankenversorgung Ergebnisse angestrebt werden, dann müssen die zu vergleichenden Gruppen in den für die Untersuchung relevanten Kriterien auch tatsächlich vergleichbar sein. Das ist im TK Modell nicht der Fall.
 Durch keinen Untersuchungsaspekt wird überhaupt erfasst, was in den Therapien geschieht. Die Vergleichbarkeit der Gruppen damit zu begründen, dass die Behandler, die auf unterschiedlichste Arten und Weisen (s. Streitschrift S. 16-31) eine Kassenzulassung erhalten haben, alle das Gleiche, also Vergleichbares tun, erscheint wissenschaftlich gerade auf dem Hintergrund der unterschiedlichen Verfahren und der unterschiedlichen Ausbildungen unhaltbar. Die Untersuchung von Köhlke (1998) hat ergeben, dass Behandler angeben, andere Verfahren, Methoden oder Ansätze anzuwenden, als in den Richtlinienverfahren vorgegeben sind.
 Aber der Vergleich einer Untersuchungsgruppe (Therapiegruppe (VT oder PsaTh) ohne Gutachterverfahren) mit einer Kontrollgruppe (Therapiegruppe (VT oder PsaTh) mit Gutachterverfahren) ist deshalb wissenschaftlich unzulässig, weil an keiner Stelle untersucht wird (und schon gar nicht sichergestellt) ist, dass die durchgeführten Therapien in beiden Gruppen überhaupt vergleichbar sind. Während in der Kontrollgruppe durch das Gutachterverfahren vor Therapiebeginn ein ausführlicher Bericht des Behandlers für einen Gutachter vorgelegt wird und dadurch extern sichergestellt werden soll, dass eine Erkrankung mittels der Diagnostik eines Richtlinienverfahrens untersucht wird, eine verfahrensspezifische Indikation erstellt wird und ein detaillierter und für den Einzelpatienten passender Behandlungsansatz entwickelt wird, fehlen diese Arbeiten in der Untersuchungsgruppe. Stattdessen besteht hier die Sorge, dass andere Verfahren als Richtlinienverfahren zur Anwendung kommen.
 Wegen der Unterschiede der psychotherapeutischen Verfahren und der Übergangsregelungen im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes sind andere Verfahren als die Richtlinienverfahren von der Kassenbehandlung ausgeschlossen, obgleich viele Behandler andere Ausbildungen absolviert haben.
 Auf dieser Basis ist es also unsicher, ob beim Vergleich von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe tatsächlich das gleiche Verfahren in beiden Gruppen zur Anwendung kommt. Stattdessen steht zu befürchten, dass in der Untersuchungsgruppe etwas anderes zur Anwendung kommt als in der Kontrollgruppe. Denn wie soll in mehreren Therapien das Gleiche oder Vergleichbare stattfinden, wenn schon in der Therapieplanung vor Therapiebeginn gerade die Unterschiede (mit und ohne Bericht in einem Richtlinienverfahren an den Gutachter) gewollt herbeigeführt werden.
- Die Vergleichbarkeit der Gruppen von unterschiedlichen Verfahren wird durch folgende Argumente als unzulässig abgelehnt:

Wenn in statistischen Gruppenvergleichen bewertende und mit dem Anspruch auf Umsetzung in der Krankenversorgung Ergebnisse angestrebt werden, dann müssen die zu vergleichenden Gruppen in den für die Untersuchung relevanten Kriterien auch tatsächlich mit Methoden untersucht werden, die beide Untersuchungsgruppen in gleicher Weise erfassen können. Das ist im TK Modell auch nicht der Fall, wenn, wie beabsichtigt auch die beiden Verfahren miteinander verglichen werden sollen. Im TK Modell wird der Unterschied zwischen den Verfahren (VT und PsaTh) nicht berücksichtigt. Das TK Modell lässt die seit Jahrzehnten in den Psychotherapierichtlinien beschriebenen Therapieprozesse und Ziele der PsaTh völlig außer Acht. In der von Rudolf et. al. 2003 vorgelegten Praxisstudie analytische Langzeittherapie werden die analytischen Therapieziele operationalisiert und ihre empirische Erfassbarkeit aufgezeigt, mit gänzlich anderen Behandlungskonzepten als in der Verhaltenstherapie (s. Anlage 5). Insofern ist nicht sichergestellt, dass bei den Vergleichen tatsächlich fair mit den Verfahren umgegangen wird. Das TK Modell beruht eindeutig auf verhaltenstherapeutischen Konzepten und entspricht deren Vorstellungen.

- Die Ergebnisse der Frankfurt-Hamburg Langzeittherapiestudie von Brockmann, Schlüter und Eckert (s. Anlage 3) zeigt in der 7 Jahreskatamnese deutliche Unterschiede auf mehreren Ebenen zwischen den Verfahren VT und PsaTh. Ein Ergebnis dieser Praxisstudie ist, dass sich die Gruppe der Patienten soweit voneinander unterscheiden, dass eine Vergleichbarkeit der Verfahren auf Grund der Unterschiede in den Patientengruppen unzulässig sind. Nach dieser Studie unterscheiden sich die Patientengruppen bezüglich der Schulbildung, des Medikamentengebrauches, der symptomatischen Belastung und der Art der Zuweisung zur Psychotherapie so sehr, dass ein Vergleich der Behandlungen wegen dieser Unterschiede unzulässig ist. Unzulässig ist er deshalb, weil die Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapieergebnissen nicht auf das Verfahren zurückgeführt werden können, sondern auf unterschiedlichen Patientenmerkmalen beruhen. Damit gibt es ernstzunehmende Hinweise darauf, dass Patientengruppen der unterschiedlichen Verfahren hier also der Vergleich zwischen den Untersuchungsgruppen der VT und PsaTh wissenschaftlich unzulässig (s. Anlage 4: Zweite Streitschrift S. 1 – 11) ist. Ein weiteres Ergebnis dieser empirischen Praxisstudie zeigt den Unterschied in der Entwicklung der interpersonellen Kompetenz und Fähigkeiten der Patienten. In den untersuchten analytischen Therapien verändert sich dieser Bereich erst massiv 3.5 Jahre nach Beendigung der Therapie, anders als in der VT weiter (s. Anlage 3, S. 2.). Das bedeutet aber, dass entsprechend lange Katamnesezeiträume wissenschaftlich unverzichtbar sind, wenn die Unterschiede der Verfahren tatsächlich erfasst werden sollen. Im TK Modell soll nur eine 1 Jahres Katamnese durchgeführt werden, erneut eine direkte Benachteiligung der PsaTh nach den Ergebnissen von Brockmann. Fragen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit können nur wissenschaftlich fundiert verglichen werden, wenn die unterschiedlichen Zeiträume zur Veränderung auch entsprechend im Untersuchungsdesign berücksichtigt sind.

In dem Modellvorhaben der TK werden vorhersehbar falsche und fachlich nicht verantwortliche Bewertungen über ambulante Psychotherapien abgegeben.

Es soll eine wissenschaftlich begründete Bewertung von Verläufen von ambulanten Psychotherapien erfolgen. Auf der Basis von vier Fragebögen, die von Patienten ausgefüllt werden und der Veränderung der Daten dieser Fragebögen im Verlauf mehrerer Datenerhebungen sollen Bewertungen der Therapien statistisch durch den Computer erfolgen und den behandelnden TherapeutInnen mitgeteilt werden.

Unter der Reliabilität oder Zuverlässigkeit einer Meßmethode versteht man die Genauigkeit, mit der diese Methode ein Merkmal misst. Unter der Validität oder Gültigkeit versteht man die Messgenauigkeit eines Tests in bezug auf ein Kriterium. Zur Beantwortung dieser Fragen sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

Erstens: Psychotherapiepatienten leiden in den meisten Fällen unter einer mehr oder weniger massiven Fehleinschätzung ihrer eigenen Person (z.B. Minderwertigkeits- oder Überlegenheitserleben). Völlig ohne Zweifel ist die Bedeutsamkeit dieser Patientenangaben für den Therapieverlauf, für die Therapieplanung, für Prognose und Indikationsstellung. Aber allein die Veränderung dieser Patientenmeinung über sich selber als ausschließliches Bewertungskriterium zu gewichten ist wissenschaftlich unzulässig, weil eine Veränderung dieser Selbsteinschätzung aus zu vielen Gründen (Suggestion, Anpassung, Unterwerfung, Angst usw.) erfolgen kann, ohne dass dies ein tatsächlicher Therapieerfolg sein muss. Deshalb sind andere Daten zur Einschätzung des Therapieergebnisses unverzichtbar. So werden z.B. in der Rudolf Studie neben den Patientenfragebögen die Einschätzungen der Behandler sowie Daten aus Erhebungen von externen Untersucher zur Interpretation herangezogen.

Zweitens: Die psychotherapeutischen Prozesse in dem analytischen Verfahren werden seit Jahrzehnten untersucht und beforscht. Die Bewertung eines Prozesses ist nicht nur deshalb fragwürdig, weil jede explizite Bewertung eine Vergleichbarkeit mit anderen Verläufen zur unabdingbaren Voraussetzung hat. Es ist wissenschaftlich in den analytischen Verfahren unstrittig, dass auch mit empirischen Vergleichen, also mit den quantitativen Methoden der gruppenstatistischen Forschung gearbeitet und geforscht wird. Danach ist es gesicherter Kenntnisstand, dass der Therapieprozess u. a. abhängig ist von der emotionalen, kognitiven und körperlichen Struktur des Patienten, der unbewußten Konfliktlage des Patienten, seinen unbewußten Beziehungserfahrungen, seinen Abwehrmechanismen und Motivationslagen. Im Zusammenwirken mit den entsprechenden Anteilen der TherapeutInnen, ihren Empathie- und Introspektionsfähigkeiten, ihren therapeutischen Fähigkeiten zur therapeutischen Beziehungsgestaltung und –nutzung ergeben sich die Prozesskonstellationen, die sich als hilfreich und wirksam oder aber als unwirksam und im schlimmsten Fall als schädigend erweisen. Alle diese typisch psychoanalytischen Konzepte werden nicht erfasst.

Wenn empirische gruppenstatistische Verfahren herangezogen werden, dann müssen sie wie im Falle der Rudolf Studie nicht nur die subjektiven Patientenaussagen, sondern auch die Angaben des Behandlers und Angaben durch neutrale Untersuchungen von entsprechend geschulten Beobachter das Datenmaterial enthalten, dass dann wiederum nur von ausgebildeten Fachleuten interpretiert und gedeutet werden kann.

So könnten auch empirisch begründete Bewertungen vorgenommen werden. Im TK Modell sind diese Bewertungen aber nicht nur reduktionistisch, einseitig und ungeeignet, es ist noch schlimmer.

Die Bewertungen gehen von einem linearen Verlauf von Therapieentwicklungen aus. In der empirisch-psychoanalytischen Forschungsarbeit von Rudolf et. al. konnte empirisch nachgewiesen werden, dass Therapieverläufe entsprechend der bearbeiteten z.T. unbewußten Themen und Erfahrungen des Patienten sehr individuell unterschiedlich, aber nur selten geradlinig verlaufen. Vielen Patienten geht es symptomatisch phasenweise schlechter als zu Behandlungsbeginn wenn unvorherberechenbar ein bis dahin verdrängtes Thema bewusst wird. Diese symptomatische Verschlechterung des Zustandsbildes ist in allen psychoanalytischen Theorievorstellungen ein wünschenswerter regressiver Vorgang, wenn anschließend eine durch die Verarbeitung und Durcharbeitung gesündere Selbstregulation möglich wird. Diese phasenweise Verschlechterung und anschließende Stabilisierung auf höherem Strukturniveau konnte in der Praxisstudie unzweifelhaft empirisch belegt werden, nachdem die klinische Erfahrung dies seit Jahrzehnten aufzeigte.

Die im TK-Modell vorgesehenen Bewertungen der Therapien nach:

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

lassen also ungeachtet der vorgesehenen Ausrufezeichen hinter den Bewertungen erkennen, dass diese Bewertungen, auch in der Form von Empfehlungen, in vielen Fällen vorhersehbar falsch sein werden. Denn das TK Monitoring beruht darauf, dass allein aus den unterschiedlichen Daten der Patientenangaben in Annäherung oder in Abweichung an die Daten einer Normalpopulation entsprechende Bewertungen abgeleitet werden. Diese Berechnung geht also von gradlinigen, linearen Entwicklungen aus, ganz im Gegensatz zur Realität der psychoanalytischen Therapien.

Zusammengefasst lässt sich also unzweifelhaft zeigen, dass die Bewertungsprozeduren im TK Modell, die gerade die Grundlage des Monitorings sein sollen, nicht nur wissenschaftlich fragwürdig sind sondern vorhersehbar in erheblichem Umfang zu häufigen Fehlbewertungen führen werden.

Wenn aber diese Fragen nicht reflektiert werden, schon gar nicht in einer zu kontrollierende Fragestellung mit untersucht werden, dann werden die Unzulänglichkeiten des Modells unübersehbar.

Auf jeden Fall ist aber zu fordern, dass die Patienten vor Behandlungsaufnahme am Experiment über diese Risiken umfassend und aufrichtig aufzuklären sind.

Neben diesen doch erheblichen Verstößen gegen Grundlagen wissenschaftlichen Vorgehens (Objektivität, Validität und Reliabilität) zeigen sich aber weitere unzulässige Vorgehensweisen bei Fragen des Behandler- und Patientenschutzes.

Die unverzichtbare Forderung nach Schutz der Behandlungsprozesse und der Patienten wird im TK Modellvorhaben nicht berücksichtigt.

Wenn Untersucher in einem wissenschaftlichen Modellvorhaben Behandler über der Verlauf und den Behandlungsprozess mittels Bewertungen der Therapie informieren wollen, dann haben die Untersucher sicher zu stellen, dass die bewertenden Angaben richtig und wahr sind. Es ist nicht hinzunehmen, wenn Behandler vorhersehbar falsche Bewertungen über ihre Therapieverläufe erhalten. Der Hinweis darauf, dass diese Fehlbewertung der Therapie, die nach TK Vorstellungen sowohl dem Behandler als auch dem Patienten durch den Behandler mitgeteilt werden kann, keinerlei institutionelle Folgen nach sich zieht, greift psychisch definitiv zu kurz:

Oder kann man naiverweise davon ausgehen, dass z.B. ein Patient im Rahmen einer Behandlung seiner Persönlichkeitsstörung trotz vorhersehbar falscher Bewertungen über den Therapieverlauf, sei es zu positiv oder zu negativ, von den Bewertungen seelisch unbeeindruckt bleibt? Dass keine Zweifel an der Behandlung auftauchen, Ängste und Misstrauen zwischen Behandler und Patienten entstehen? Oder unberechtigte Hoffnungen auf nicht begründete Genesung geweckt werden?

Dieses Modell zum Qualitätsmonitoring entpuppt sich bei fachlicher Betrachtung als ein Modell, in dem die Behandlung und die therapeutische Beziehung sträflich gefährdet werden kann. Hier wird, wie in guten Qualitätssicherungsmaßnahmen der zu untersuchende Prozess nicht gestört, sondern belastet. In keiner medizinischen Behandlung wäre vorstellbar, dass derartige Fehlurteile von den Behandlern akzeptiert würden: Vergleichbar wäre z.B. eine fehlerhafte Rückmeldung eines wissenschaftlich legitimierten Untersuchungsinstitutes bei einer Krebserkrankung, wenn irrtümlich eine positive oder fälschlicherweise eine negative Entwicklung angegeben würde. Immer wäre aus Gründen des humanen Patientenschutzes zu fordern, dass die Rückmeldung abgesichert sein muß.

Sollen diese Kriterien für einen Psychotherapiepatienten nur wegen der oben genannten Hintergründe nicht gelten?

Auch wenn ich an dieser Stelle nicht schon im Vorfeld beweisen kann, dass diese Kunst- und Behandlungsfehler vor allem zu Lasten des Patienten entstehen, so ist doch unverzichtbar

auch im Patienteninteresse zu fordern, dass die Modellentwickler ihrer Pflicht nachkommen, Untersuchungsmethoden zu entwickeln, mit denen eine Patientenschädigung ausgeschlossen wird. Sonst sind sie als inhuman abzulehnen, der Paragraph 70 im SGB V lässt dafür keine Spielräume zu, verpflichtend schreibt er für jede Behandlung die Erfüllung der Kriterien von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit vor.

Jede verobjektivierte Rückmeldung einer wissenschaftlichen Auswertungsstelle muss als Beeinflussung des Behandlungsprozesses erkannt werden. Genau dies ist ja der entscheidende Unterschied der Untersuchungsgruppen im Modellversuch, der Behandler soll ja durch die Rückmeldung seine Therapie zeitnah reflektieren und gegebenenfalls verändern.

Der Hinweis der TK Vertreter darauf, dass der Behandler eine falsche Bewertung der Therapie als Empfehlung schon richtig einzuordnen weiß, ist aber nicht nur als Sarkasmus abzuweisen. Denn: wenn die Bewertung durch den Computer wahr ist, wenn die Bewertung stimmt, dann muß sie ernst genommen werden, dann hat diese Bewertung zu entsprechenden Konsequenzen im Therapieprozess zu führen. Ansonsten wird dem Patienten Schaden zugefügt. Ob eine Rückmeldung falsch ist oder nicht, darf dann also nicht als beliebiges Entscheidungskriterium dem Behandler überlassen werden. Es handelt sich hier also um eine Scheinargumentation: Nur weil klar und unwiderlegbar aufgezeigt wurde (s. Anlage 4, S. 5 – 10), dass falsche Bewertungen mit Sicherheit und in erheblichem Umfang an den Behandler (und möglicherweise auch an den Patienten) gegeben werden, sollen nun diese Fehler keine Bedeutung oder Folgen für die Behandlung mehr haben.

Zur Frage der Bewertungen lässt sich also abschließend sagen, dass sie entweder als unzulässig gestrichen werden müssen, oder das gesamte TK Modell muss als wissenschaftlich unseriös und Behandler und Patienten gefährdend abgelehnt werden.

- Eine weitere die Patienten unmittelbar betreffende Auswirkung liegt darin, dass im Experiment die in den Psychotherapierichtlinien vorgeschriebene Prüfung entfällt, ob tatsächlich ein wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkanntes Verfahren zur Anwendung kommt.

Im TK Modell wird nun durch den Wegfall des Gutachterverfahrens die Verfahrensfrage in der Untersuchungsgruppe nicht mehr beachtet oder geprüft. Das Gutachterverfahren bietet den einzigen Ansatz, die Struktur- und Prozessqualität von psychotherapeutischen Prozessen extern zu prüfen und damit zumindest auf der konzeptuellen Ebene der Therapieplanung dem Behandler die Pflicht aufzuerlegen, gemäß der Richtlinienverfahren seine Behandlungsansätze darzustellen.

Damit ist es aber auch ein Verfahren, mit dem den Patienten gegenüber versucht wird sicherzustellen, dass im Kassenrecht nur berufs- und sozialrechtlich anerkannte und überprüfte Verfahren zur Anwendung kommen. Diese Sicherstellung der Versorgung der Patienten mit anerkannten Verfahren war ein wesentliches Motiv für die Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes.

Ich kann an dieser Stelle die Argumentation nur wiederholen: Es kann im Vorfeld nicht behauptet oder gar bewiesen werden, ob in dem TK Modell die Behandler der Übergangsregelungen die Verfahren anwenden, die sie ursprünglich erlernt haben, also keine Richtlinienverfahren. Auch bietet das Gutachterverfahren natürlich auch in keiner Weise die absolute Gewähr dafür, dass hinter den geschlossenen Türen der Behandlungszimmer tatsächlich ein anerkanntes Verfahren zur Anwendung kommt, aber auch hier gilt die Anforderung an die Entwickler des TK Modells: Wie können sie sicherstellen, dass eine Verfahrensprüfung durchgeführt wird, oder aber zumindest die Patienten darauf aufmerksam ma-

chen, dass im TK Modell diese Fragestellung nicht geprüft wird und falls Fehlentwicklungen durch die Anwendung nicht anerkannter Verfahren auftauchen, entsprechende Verantwortungen klären. Auch dieses Risikopotential wird im TK Modell nicht reflektiert.

Auf keinen Fall können wissenschaftlich begründete Aussagen über die anerkannten Verfahren der psychoanalytischen Therapie gemacht werden, nur weil entsprechende Abrechnungsziffern angegeben werden, ohne zu prüfen, ob der jeweilige Behandler überhaupt als Anwender der Verfahren entsprechend ausgebildet und nur dadurch dafür legitimiert sind, oder ob diese Verfahren überhaupt zur Anwendung kommen.

Das Gebiet der Psychotherapie ist in der Behandlungsrealität eben schwieriger, als mancher psychologische Wissenschaftler sich vorzustellen vermag. Die Unterschiede zwischen den Verfahren, den Patienten und den Behandlern sind zu groß, als dass man sie so vernachlässigen darf, wie es in dem auf reduktionistischen Konzepten beruhenden TK Modell versucht wird.

Abschließend bitte ich Sie, diese Argumentation bei Ihrer Entscheidung bei der Anerkennungsprüfung des TK Modells als Modellversuch im Rahmen des § 63 zu berücksichtigen.

Für weitere Rückfragen oder vertiefende Diskussion stehe ich gerne zu Ihrer Verfügung.

Mit der Bitte um eine Antwort
verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Dr. Heiner Sasse

2. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP). Stellv. Mitglied des beratenden Fachausschusses Psychotherapie bei der KV-WL. Mitglied der Konsensuskonferenz Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT). Dozent, Supervisor und Lehranalytiker am Alfred Adler Institut Düsseldorf, staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für die psychoanalytisch begründeten Verfahren. Von der KBV und den Primär- und Ersatzkassen bestellter Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie.

Literatur s. Anlage 4 außer:

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) in Zusammenarbeit mit DGAP, DGPM, DGIP, DPG, DPV, VAKJP: Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse 2004, Band 20 Heft 1. Springer, Berlin.

A.2.

Bundesversicherungsamt

Bitte beachten Sie unsere neue Anschrift seit März 2004

**Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn**

II 3 - 59015.03 - 4026/2003
Geschäftszeichen, bei Antwort bitte angeben

**Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn**

Bundesversicherungsamt Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Herrn
Dr. Heiner Sasse
Ruhrstr. 39

58452 Witten

Telefonvermittlung: 0228 619 - 0
Telefondurchwahl: 0228 619 - 1551
Telefax: 0228 619 - 1866
E-Mail: Dirk.Gottschalk@BVA.de

Tag: 09. Juni 2004
Bearbeiter(in): Herr Gottschalk

— Modellvorhaben der TK „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“

Ihre Eingabe vom 15.05.2004

Sehr geehrter Herr Dr. Sasse,

wir haben Ihr Schreiben mit Interesse zur Kenntnis genommen. Das betreffende Genehmigungsverfahren ist bislang nicht abgeschlossen. Wir werden die Gelegenheit nutzen, Ihre Ausführungen bei der weiteren Prüfung der Genehmigungsfähigkeit des Modellvorhabens zu berücksichtigen.

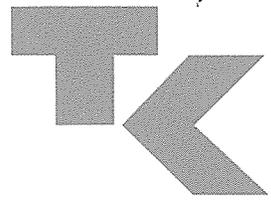
Das Genehmigungsverfahren wird voraussichtlich noch längere Zeit in Anspruch nehmen. Nach Abschluss unserer Prüfungen werden Sie von uns weitere Nachricht erhalten.

— Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. Kreischer

Beglaubigt:

Verw.-Angest.





Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg

Bundesversicherungsamt
Herr Dr. Markus
Villemombler Str.76

53123 Bonn

**Techniker
Krankenkasse**

Hauptverwaltung

Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

Versorgungsmanagement/
Projekte
Referatsleiter

Für Rückfragen:
Andreas Nagel
Tel. 040-6909-1698
Fax 040-6909-1646
Andreas.Nagel@tk-online.de

cc: ~~X~~ Dr. Heiner Sasse, Witten
Dr. Christoph Straub, Mitglied des Vorstandes der TK

29. Juni 2004

TK-Modellvorhaben Internetgestütztes Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie; Schreiben von Herrn Dr. Heiner Sasse vom 15. Mai 2004 an das BVA

Sehr geehrter Herr Dr. Markus,

die Techniker Krankenkasse arbeitet an der abschließenden Konzeption zum Modellvorhaben "Internetgestütztes Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie", zu Ihrem Hause bestanden in Vergangenheit bereits Kontakte in diesem Kontext.

Im Rahmen dieser Arbeiten haben wir von dem Schreiben Herrn Dr. Sasses an das Bundesversicherungsamt erfahren. Herr Dr. Heiner Sasse hatte uns eine Kopie des Briefes zukommen lassen.

Zu diesem Schreiben beziehen wir hiermit Stellung.

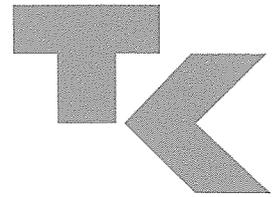
1. In dem projektierten Modellvorhaben "Internetgestütztes Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie" geht es darum, die Wirksamkeit des herkömmlichen Gutachterverfahrens in einer systematischen Untersuchung mit einem modifizierten Gutachterverfahren vergleichend zu beurteilen. Dabei steht folgende Frage im Mittelpunkt: Ist das modifizierte Gutachterverfahren hinsichtlich der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit dem seit über 30 Jahren bestehenden herkömmlichen Gutachterverfahren überlegen? Die Ausführungen von Herrn Dr. Sasse zu Problemen der Vergleichbarkeit von Therapiemethoden greifen für das Modellvorhaben nicht.
2. Die Hauptzielrichtung des Projektes ist nicht ein Vergleich psychotherapeutischer Methoden, wie Herr Dr. Sasse beschreibt, sondern eine Evaluation unterschiedlicher Strategien der Qualitätssicherung in zwei Untersuchungsarmen. Es werden unterschiedliche Therapiemethoden der Psychotherapie berücksichtigt um die Versorgungsrealität abzubilden;

Techniker
Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

Tel. 040-6909-0
Fax 040-6909-1800
www.tk-online.de

Commerzbank
BLZ 200 400 00
Konto 221035900

Vorstand
Prof. Dr. Norbert Klusen (Vorsitzender)
Helmuth Doose
Dr. Christoph Straub
Verwaltungsrat
Wolf Garling (Vorsitzender)



2 - bva_qspt290604.doc

Dies bedeutet jedoch nicht, dass diese Therapiemethoden wertend miteinander verglichen werden.

3. In der Psychotherapie war bisher keine übergreifende Verständigung zu Qualitätskriterien möglich. Es gibt seit fast 50 Jahren in der Psychotherapieforschung Anstrengungen und Reflexionen über Fragen der Evaluation und die Definition und messtechnische Operationalisierung von Therapieerfolgen. Am Ende eines aufwändigen und von der TK moderierten Abstimmungsprozesses über die modellhafte Festlegung von Qualitätskriterien und Instrumente konnte ein breiter Konsens aller an dem Behandlungsprozess Beteiligter hergestellt werden.
4. Der TK und den mitwirkenden Wissenschaftlern sowie Experten sind keine Studien bekannt, die die Äußerung untermauerten, dass durch das Ausfüllen von Fragebögen, der Rückmeldung der Ergebnisse und eine evtl. anschließende Ergebnisdiskussion Patientenschäden hervorgerufen würden. Im Gegenteil hat der Sachverständigenrat für die konsertierte Aktion im Gesundheitswesen die explizite Berücksichtigung von Selbstbeurteilungsinstrumenten (Patientenfragebögen), schnelle objektivierte Rückmeldungen und eine Fokussierung der Behandlung auf die Ergebnisqualität gefordert. Die adäquate Berücksichtigung des Patientenurteils schadet nicht sondern stärkt die Position der Versicherten.
5. Die von Herrn Dr. Sasse der TK zugeschriebenen versorgungspolitischen Absichten geben dessen persönliche Einschätzung wider, haben jedoch keinen Bezug zu Inhalten des Modellvorhabens.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass eine Bilanzierung der in den letzten Monaten intensiv geführten wissenschaftlichen Diskussion zum Projekt keinen Anlass bietet, die Projektkonzeption des Modellvorhabens "Internetgestütztes Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie" maßgeblich zu modifizieren. Einer direkten bilateralen Diskussion mit Herrn Dr. Sasse stehen wir, wie in der Vergangenheit auch, weiter offen gegenüber.

Die Vorbereitungen für das Modellvorhaben befinden sich in der Endphase. Die TK steht derzeit unmittelbar vor Vertragsabschlüssen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Den Antrag auf eine Satzungsänderung werden wir im September unserem Verwaltungsrat zur Genehmigung vorlegen.

In diesem zeitlichen Zusammenhang würden wir Ihnen die endgültige Fassung zur Prüfung und Genehmigung vorlegen und auf die in Ihrem Schreiben vom 8. Januar 2004 genannten offenen Punkte eingehen.

Für Rückfragen stehen Ihnen Herr Nagel als Projektleiter (040/6909-1698), Herr Dr. Hecke als Fachreferatsleiter (-2760) und auch ich gerne (-2439) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hardy Müller'.

Hardy Müller

Techniker
Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

Tel. 040-6909-0
Fax 040-6909-1800
www.tk-online.de

Commerzbank
BLZ 200 400 00
Konto 221035900

Vorstand
Prof. Dr. Norbert Klusen (Vorsitzender)
Helmuth Doose
Dr. Christoph Straub
Verwaltungsrat
Wolf Garling (Vorsitzender)

Praxis für Psychoanalyse und Psychotherapie

Dr. H. Sasse
Diplom - Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

• Dr. Heiner Sasse Schwelmerstr. 232 58285 Gevelsberg •

An das Bundesversicherungsamt
Referat V III
Zu Hd. Herrn Dr. Gawlik

Friedrich Ebert Allee 38

53113 Bonn

•

Dr. Heiner Sasse

Psychoanalytiker DGIP / DGPT
Einzel- und Gruppentherapie
Supervision / Lehranalyse

Schwelmerstr. 232
58285 Gevelsberg, den 18.10.04
Tel. 02302 81454
Fax: 02302 81494
email: Heiner.Sasse@t-online.de

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

Sehr geehrter Herr Dr. Gawlik,

Herr Gottschalk teilte mir telefonisch mit, dass Sie den Auftrag erhalten haben, die inhaltliche und fachliche Prüfung des Modellvorhabens der Techniker Krankenkasse vorzunehmen.

Die Techniker Krankenkasse hat das Modell nach meiner Eingabe vom 15.05.04 in einigen Bereichen geändert, so dass nun ein neuerlicher und verbesserter Bericht dazu notwendig geworden ist

Deshalb bitte ich Sie freundlich, meinen abschließenden Untersuchungsbericht für dieses intensiv und kontrovers diskutierte Vorhaben in Ihre Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

Für Fragen oder Erläuterungen in diesem doch sehr komplexen Feld stehe ich gerne zur Verfügung.

Für eine kurze Bestätigung des Eingangs meines Schreibens wäre ich dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Heiner Sasse

A. 2.



Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

Herrn
Dr. Heiner Sasse
Ruhrstr. 39

58452 Witten

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1551

FAX +49 (0) 228 619 - 1866

E-MAIL Dirk.Gottschalk@BVA.de

INTERNET www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Herr Gottschalk

DATUM 19. Januar 2005

AZ II 3 - 59015.0 - 4026/03

(bei Antwort bitte angeben)

Ihre Eingabe vom 15.05.2004 zum Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ nach § 63 Abs. 1 SGB V

Ihr letztes Schreiben vom 30.10.2004

Sehr geehrter Herr Dr. Sasse,

bezugnehmend auf Ihre Eingabe möchten wir Ihnen zunächst dafür danken, dass Sie sich mit dieser Angelegenheit intensiv auseinandergesetzt und uns bei unserer Prüfung damit unterstützt haben. Wie bereits in der Vergangenheit mitgeteilt, haben wir Ihre umfangreichen Ausführungen bei der Prüfung der Genehmigungsfähigkeit des o.g. Modellvorhabens - soweit wie möglich - berücksichtigt.

Insbesondere Ihre vorgetragenen Kritikpunkte wurden ausführlich geprüft. Die Techniker Krankenkasse (TK) wurde hinsichtlich verschiedener Punkte um Stellungnahme gebeten. Das Ergebnis unserer Prüfungen ist, dass wir mit Bescheid vom 07. Januar 2005 das o.g. Modellvorhaben der TK nunmehr genehmigt haben, da die vom Gesetzgeber in den §§ 63 ff. SGB V hierfür geforderten Voraussetzungen vorliegen.

Im Rahmen des Modellvorhabens „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ erfolgt eine randomisierte kontrollierte Studie, die zwei Therapiearme hat. In diesen wird ein bisher ungeprüftes Verfahren der Qualitätssicherung der ambulanten Psychotherapie mit dem von Ihnen favorisierten Gutachterverfahren als Therapiestandard verglichen. Das Ergebnis des Modellvorhabens ist offen. Es besteht daher durchaus die Möglichkeit, dass sich das Gutachterverfahren als überlegen erweist. Die TK hat die Beschreibung des Ran-

domisierungsverfahrens in Bezug auf die Therapeuten im Übrigen inzwischen nachge-
reicht. Hierdurch wird gewährleistet, dass Therapeuten aller drei Therapierichtungen in
beiden Untersuchungsarmen vertreten sind.

Seitens des Bundesversicherungsamtes wurde die TK u.a. auch dazu aufgefordert, darzu-
stellen, wie die „Qualität in der psychotherapeutischen Behandlung“ definiert und gemes-
sen werden soll. Zu diesem Zweck wurden von der TK mehrere wissenschaftlich aner-
kannte Messinstrumente und Fragebögen eingereicht.

Im Übrigen besteht bei jeder Studie seitens der behandelnden Ärzte die Pflicht, die Pa-
tienten über die Studie und eventuelle Nebenwirkungen aufzuklären. Es steht den Patien-
ten darüber hinaus frei, am Modellvorhaben teilzunehmen oder nicht.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. Vornehm-Berger

Beglaubigt:


Verw.-Angest.





1.2.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW • 40190 Düsseldorf

Herrn
Dr. Heiner Sasse
Ruhrstrasse 39

58452 Witten

Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf

Bearbeitung: Volker Ulatowski
volker.ulatowski@mgsff.nrw.de
Durchwahl: (0211) 855 - 3476
Fax: (0211) 855 - 3526

Aktenzeichen (bei Antwort bitte angeben)

Mai 2004

Prüfung eines Modellvorhabens der Techniker Krankenkasse: Internetgestütztes Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie. Ihr Schreiben vom 15.05. 2004

Sehr geehrter Herr Dr. Sasse,

vielen Dank für Ihre o.g. Schreiben. Ich möchte hierzu wie folgt Stellung nehmen:

Nach § 63 Abs. 5 SGB V sind Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten in den jeweiligen Satzungen der Krankenkassen festzulegen, die Modellverfahren vereinbaren wollen.

Das von Ihnen angesprochene Modellvorhaben nach § 63 SGB V betrifft die Techniker Krankenkasse, die der Aufsicht des Bundes unterliegt. Eine entsprechende Satzungsregelung ist daher nicht von uns, sondern vom Bundesversicherungsamt zu genehmigen.

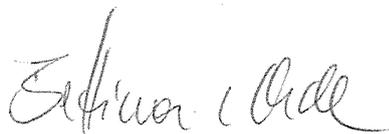
Im Rahmen der Rechtsaufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen können wir nur tätig werden, wenn diese gegen Gesetz oder sonstiges in der Sozialversicherung geltendes Recht verstoßen.

1/2

Aus den von Ihnen eingereichten Unterlagen kann ich keinen Verstoß gegen Gesetz und sonstiges in der Sozialversicherung geltendes Recht seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe erkennen. Vielmehr handelt es sich bei den Verhandlungen über ein Modellvorhaben um einen Vorgang, der im Ermessen der Selbstverwaltungsorgane dieser Körperschaften liegt und bei dem eine Mitwirkung der Aufsicht gesetzlich nicht vorgesehen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



(Bettina am Orde)



1.3.

Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V
Unterausschuss „Psychotherapie“

Besuchsadresse:
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Ihr Ansprechpartner:
Christof Wiesner

Telefon:
02241-9388-52

Telefax:
02241-9388-36

E-Mail:
christof.wiesner@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Wi

Datum:
8. November 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg

Dr. Heiner Sasse
Ruhrstr. 39

58452 Witten

Ihr Schreiben vom 30. Oktober 2004

Sehr geehrter Herr Dr. Sasse,

haben Sie vielen Dank für Ihr Schreiben vom 30. Oktober 2004, hier eingegangen am 3. November 2004. Ihre Anfrage wird von der Geschäftsführung des Unterausschuss „Psychotherapie“ beantwortet.

Ihr Bericht wird dem Unterausschuss „Psychotherapie“ zur Kenntnis gegeben, wenn das Thema „Qualitätssicherung“ zur Beratung ansteht. Bis dahin bitten wir Sie um ein wenig Geduld.

Zentraler Ansprechpartner für die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss ist die
Koordinierungsstelle Vertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss
Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf

der wir eine Kopie Ihres Schreibens weiterleiten werden.

Mit freundlichen Grüßen
i.A.

Christof Wiesner
Referent

Dr. Edith Pfenning
Leiterin der Abteilung 1



1.3.

**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V
Unterausschuss „Psychotherapie“

Besuchsadresse:
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Ihr Ansprechpartner:
Christof Wiesner

Telefon:
02241-9388-52

Telefax: *
02241-9388-36

E-Mail:
christof.wiesner@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Wi

Datum:
11. Februar 2005

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg

Dr. Heiner Sasse
Ruhrstr. 39

58452 Witten

Ihr Schreiben vom 30. Oktober 2004

Sehr geehrter Herr Dr. Sasse,

wir kommen zurück auf unser Schreiben vom 8. November 2004.

Der Unterausschuss „Psychotherapie“ hat Ihren Bericht zum Qualitätssicherungsvorhaben der TK in seiner Sitzung am 9. Februar 2005 zur Kenntnis genommen.

Die Mitglieder kamen überein, dass zum jetzigen Zeitpunkt kein Beratungsbedarf zu diesem Thema besteht. Die Mitglieder räumten die Möglichkeit ein, dass der Unterausschuss Psychotherapie die Thematik ggf. wieder auf die Tagesordnung nimmt, wenn erste (Zwischen-) Ergebnisse aus dem laufenden Modellvorhaben zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie vorliegen.

Mit freundlichen Grüßen
i.A.

Christof Wiesner
Referent

Prof. Dr. Franz Wellendorf • Kuhsenbarg 6a • 28870 Fischerhude

Geschäftsführender
Vorstand der DPG

Vorsitzender

Prof. Dr. phil.
Franz Wellendorf
Kuhsenbarg 6A
28870 Fischerhude
Tel.: 04293 - 72 28
Fax: 04293 - 16 73
wellendorf@dpg-psa.de

Stellv. Vorsitzende

Dr. disc. pol.
Ursula Kreuzer-Haustein
Am Feldborn 22
33077 Göttingen
Tel.: 0551 - 48 48 16
Fax: 0551 - 44 71 5
kreuzer-haustein@dpg-
psa.de

Schatzmeister

Dr. med. Bernhard Janta
Klinik Wittgenstein
Söhlingstr. 60
57319 Bad Berleburg
Tel.: 02751 - 81 21 1
Fax: 02751 - 81 27 5
janta@dpg-psa.de

Geschäftsführer

Dr. phil. Thilo Eith
Jenaer Str. 23
10717 Berlin
Tel.: 030 - 85 37 60 9
Fax: 030 - 85 72 77 25
eith@dpg-psa.de

Geschäftsstelle

Goerzallee 5
12207 Berlin
Tel.: 030 - 84 31 61 52
Fax: 030 - 84 31 61 53
geschaeftsstelle@dpg-
psa.de
www.dpg-psa.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in Hessen, Südbaden und Westfalen-Lippe wird das Modellprojekt der TK demnächst umgesetzt, d. h. in naher Zukunft werden auch die Mitglieder der dortigen DPG-Institute von TK und KV gemeinsam angeschrieben und um Teilnahme an dem Projekt gebeten.

Wie Sie wissen, hat der Vorstand der DPG sich zusammen mit der DGPT eingehend und schon sehr lange mit dem Projekt beschäftigt. Er sieht im Modellprojekt der TK ein für die Qualitätssicherung ungeeignetes Projekt. Viel brisanter scheint uns aber zu sein, dass das Projekt eine große Gefahr für die Richtlinienpsychotherapie insgesamt, insbesondere aber für die analytische Langzeitpsychotherapie ist.

Es gibt mehrere schwerwiegende Bedenken gegen das TK-Modell. Neben der ungelösten Problematik der Algorithmus-Konstruktion und der Evaluation sind vor allem folgende Punkte wichtig:

1. Die Frage der Verbindlichkeit der Einbeziehung der Patienten – sowohl der grundsätzlichen Einbeziehung aller Patienten bei Behandlern, die im veränderten Gutachterverfahren arbeiten, als auch der aktiven Einbeziehung bei der Rückmeldung – ist nicht geklärt. Verweise auf die immer vorhandene (und berufsethisch begründete) Verantwortung des Therapeuten, die ihm vorbehalten, einzelne Patienten nicht einzubeziehen, genügen nicht.
2. Die Rolle des Trust Centers: Seine Unabhängigkeit erscheint in der gegenwärtigen Planung als fraglich, weil der Hogrefe Verlag als Hauptlieferant von Testmaterialien in Deutschland massive wirtschaftliche Interessen an dem Projekt verfolgt.
3. Die Überprüfung durch eine anerkannte Ethikkommission: Eine solche Überprüfung ist heute Standard bei jedem ernsthaften Forschungsprojekt, das Patienten einbezieht. Für das TK-Projekt ist sie bisher nicht erfolgt.
4. Die ausschließliche Erfolgsbeurteilung durch die Patienten bei den Zwischenmessungen: Sie wird vermutlich durch Bias, nämlich eine Verzerrung durch Übertragungseffekte, verfälscht.

5. Die Beschränkung der Beurteilung auf die symptomatische Ebene: Nach allen Ergebnissen der neueren Psychotherapieforschung ist für Verbesserungen des Befindens die therapeutische Beziehung die entscheidende Variable, für die Beständigkeit von Therapieerfolgen sind es jedoch die strukturellen Veränderungen.

Wir empfehlen deshalb den Mitgliedern dringlich, sich nicht an dem Projekt zu beteiligen und dies auch öffentlich der KV und der TK gegenüber mitzuteilen, wie es hessische Kollegen derzeit in einem offenen Brief an die 1. Vorsitzende der KV Hessen tun.

Wir würden es begrüßen, wenn sich möglichst viele DPG-Mitglieder, vor allem in den genannten Ländern, dieser Initiative anschließen würden, damit in den späteren öffentlichen Berichten über das Projekt die Nichtteilnahme von Psychoanalytikern nicht als Desinteresse fehl interpretiert werden kann, sondern als spezifische fachlich-inhaltlich begründete Ablehnung dargestellt werden muss.

Es ist zu befürchten, dass viele Mitglieder die Brisanz dieses Projekts nicht ausreichend wahrnehmen. Wir bitten Sie daher, das Projekt ausreichend rechtzeitig vor der Einschreibung der Behandler, d. h. sehr zeitnah, in Ihren Instituten zu diskutieren und diese Mail über Ihren Institutsverteiler an die Mitglieder weiterzuleiten.

Die DGPT hat inzwischen ihre Stellungnahme an die TK weitergeleitet, in der sie mitteilt, dass sie die Teilnahme am TK-Modell ihren Mitgliedern nicht empfehlen kann.

Mit herzlichen Grüßen



(Prof. Dr. Franz Wellendorf)

Institut der DPV (Zweig der IPV) e.V.

Schwaighofstr. 6 D-79100 Freiburg
Tel.: 0761 / 77221 Fax: 0761 / 77 210
e-mail: psf-sekretariat@t-online.de

Als Ausbildungsinstitut anerkannt von der
Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV)
Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie
Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
dem Regierungs-Präsidium Stuttgart
und der Ärztekammer Südbaden

P S F e.V. Schwaighofstr. 6 79100 Freiburg

An *Herrn Nagel*, TK Hamburg, Versorgungsmanagement & Projekte
den Leiter der Bezirksdirektion Freiburg der KV Baden-Württemberg, *Herrn Jaitner*
den stellvertretenden Leiter der Bezirksdirektion der KV Baden-Württemberg, *Herrn Hinz*
den Sprecher der Bezirksdirektion der KV Baden-Württemberg, *Herrn Fechner*
Frau Dr. Regine Simon, Vorsitzende des vvps

TK-Projekt

Freiburg, den 09.09.2005

Liebe Frau Simon, Sehr geehrte Herren,

letzte Woche, bei der Rückkehr aus den Ferien erreichte uns Ihr Anschreiben vom 01.08.2005 mit den Informationen und der Aufforderung zur Teilnahme am TK Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“.

Im Auftrag der Mitglieder des Psychoanalytischen Seminars Freiburg möchten wir Ihnen die mehrheitlich unterstützte Weigerung der Kolleginnen und Kollegen, an diesem Projekt teilzunehmen, mitteilen und wie folgt begründen:

Aus **methodischen** Gründen ist das Untersuchungsdesign trotz der inzwischen erfolgten Veränderungen mit der psychoanalytischen Methode nicht vereinbar. Die psychoanalytische Methode - das gilt für die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie gleichermaßen - ist im Wesentlichen auf die kontinuierliche und systematische Bearbeitung des Beziehungsgeschehens zwischen Patient und Therapeut gegründet. Die Psychoanalyse benutzt zur Beschreibung dieses Geschehens - des therapeutischen Prozesses - die Begriffe Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Der möglichst störungsfreie Ablauf dieses Interaktionsgeschehens ist eine wichtige unerlässliche Voraussetzung für die professionelle Durchführung psychoanalytisch begründeter Therapien. Für den Psychotherapeuten bedeutet das, dass er möglichst alle Funktionen, die nicht in das therapeutische Interaktionsgeschehen gehören, unterlässt. Aus diesem Grund zum Beispiel werden körperliche Befundberichte, wie sie im Rahmen des Gutachterverfahrens gebraucht werden, bei nicht in die Therapie involvierten ärztlichen Kollegen eingeholt.

Nach Maßgabe dieser methodischen Vorgaben, die dem Schutz der therapeutischen Beziehung dienen und als wesentliche Voraussetzung des therapeutischen Prozesses gelten müssen, ist es als Kunstfehler zu werten, wenn der Analytiker-Therapeut die im Modellvorhaben vorgesehenen Fragebögen an seine Patienten weitergibt und mit diesen bespricht. Ein solches Vorgehen würde den Rahmen des Patienten für die eigene Gestaltung der

Interaktion beeinflussen, beschneiden und verzerren. Das heißt, es muss in einem solchen Fall mit einer ungewöhnlichen Verfälschung des Prozesses gerechnet werden, was sowohl den therapeutischen Prozess selbst, sein Ergebnis, aber auch das Ergebnis der Fragebogenaktion beeinträchtigen wird.

Für Forschungsvorhaben wie das hier vorgeschlagene braucht es deshalb für die psychoanalytisch begründeten Verfahren grundsätzlich ein anderes Vorgehen als das hier geplante: die Befragung mit Fragebögen ebenso wie die Durchführung psychometrischer Verfahren muss zum Schutz des therapeutischen Prozesses außerhalb der therapeutischen Beziehung von neutraler Seite durchgeführt werden. Beispielhaft verweisen wir hier auf das Vorgehen der Katamnesestudie der DPV (Literatur: Leuzinger-Bohleber, M., Rieger, B., Stuhr, U., Beutel, M. 2002: „Forschen und Heilen“ in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Stuttgart, Kohlhammer Verlag)

Weitere – eher **politische** - Bedenken bezüglich des Modellvorhabens haben sich für uns aus der Darstellung der Ziele ergeben, wie Sie sie auch in ihrer Informationsschrift formulieren.

Sie sprechen von einem „**Qualitätssicherungsverfahren**“, das sie erproben möchten: aufgrund der oben dargestellten methodischen Unvereinbarkeit Ihres Vorhabens mit den psychoanalytisch begründeten Verfahren können die vorgeschlagenen Instrumente in diesem Bereich nicht als Methoden der Qualitätssicherung gelten. Es gilt allenfalls, der Psychoanalyse angemessene Verfahren der Qualitätssicherung zu entwickeln. Ihre Behauptung mit **Fragebögen** seien die Patienten stärker als bisher an der Gestaltung ihrer Psychotherapie beteiligt, ist insofern irreführend, als Fragebögen in ihrer Auswertung immer an statistischen Normen orientiert sind. Sie können zwar wichtige und interessante allgemeine wissenschaftliche Ergebnisse liefern, übergehen aber häufig die individuelle Erfahrung, die im Fokus psychotherapeutischer Behandlung steht. Diese, ihre Begründung des Modellvorhabens unterstellt implizit, dass beim bisherigen Vorgehen der Patient nicht oder nicht ausreichend gehört wurde und nicht in die Entscheidung einbezogen wurde. Ihre Formulierung bessere „**diagnostische und adaptive Entscheidungsstrategien**“ erproben zu wollen, lassen befürchten, dass die bisherigen Möglichkeiten ambulanter Psychotherapie eingeschränkt werden sollen.

Ihre Fragen im Hinblick auf das **Gutachterverfahren** zielen, wenn nicht auf dessen Abschaffung so doch auf eine grundsätzliche Änderung dieser bisher bewährten Vorgehensweise. Natürlich sind Überlegungen zu einer Verbesserung des Gutachterverfahrens sinnvoll und notwendig. Es ist wünschenswert es wissenschaftlicher Untersuchung zugänglich zu machen.

Außerdem haben wir Zweifel, ob der große finanzielle Aufwand, den dieses Modellvorhaben erfordert, angesichts der zu erwartenden Ergebnisse gerechtfertigt ist. Die Umsetzung dieses Modells - wahrscheinlich auch in abgewandelter Form nach Beendigung der Modellphase - im Rahmen der Regelversorgung bedeutet neben der zu erwartenden Beschädigung des therapeutischen Raumes zusätzlich auch erhebliche finanzielle Belastungen für jeden niedergelassenen Psychotherapeuten und wahrscheinlich auch für die Krankenkasse.

Mit freundlichen Grüßen

Erika Kittler
Leiterin örtlicher Ausbildungsausschuss
Stellv. geschäftsführende Vorsitzende

Helga Kremp-Ottenheim

Bernd Münk
geschäftsführender
Vorsitzender

Psychoanalytiker übergeben mehr als 800 Unterschriften gegen TK-Modellprojekt

Rund 800 Unterschriften gegen das Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der Psychotherapie“ hat am 12. September 2005 eine Gruppe von hessischen PsychotherapeutInnen an die Vorstandsvorsitzende der KV Hessen, Dr. med. Margita Bert, übergeben. Die Abordnung, die mit ihrer Kritik lt. eigenen Angaben 40 % der in Hessen zugelassenen PsychotherapeutInnen vertritt, kritisierte vor allem die politische Stoßrichtung des Modellprojektes. Stellvertretend äußerte Ingrid Möslein-Teising, ärztliche Psychotherapeutin aus Bad Hersfeld: „Das Modellprojekt widerspricht unserem grundsätzlichen Verständnis von Psychotherapie. Bei diesem Modellprojekt steht zwar ‚Qualitätssicherung‘ drauf, doch tatsächlich ist ‚Kostensparnis‘ drin.“ Die Gruppe, die sich vorwiegend aus Psychoanalytikern zusammensetzt, plädierte für ein Beibehalten des bisherigen Gutachterverfahrens, weil nur so eine adäquate Behandlung der Patienten sichergestellt werden könne.



Ausdruck des Protests: Dr. Margita Bert nimmt 800 Unterschriften entgegen Foto: Karl Roth

Die KV-Vorsitzende zeigte zwar Verständnis für das Anliegen der Anwesenden, verwies jedoch auch auf einen im zuständigen Fachausschuss Ende 2004 gefassten Beschluss, das Modellprojekt durchzuführen. Ziel des Projekts ist es, neue Wege in der ambulanten Psychotherapie zu erforschen und durch eine wissenschaftliche Studie abzusichern. Die in Hessen niedergelassenen PsychotherapeutInnen hatten bis Ende September Gelegenheit, sich bei der KV Hessen um die Teil-

nahme zu bewerben. Das im Mai 2005 in Westfalen-Lippe gestartete Modellprojekt hat bisher mehrheitlich positive Resonanz auf Therapeuten- und Patientenseite gefunden.

Karl Matthias Roth

Schlüsselwörter

Psychotherapie – Modellprojekt – Qualitätsmonitoring

Karrieretraining für Ärztinnen

Das Referat „Ärztinnen“ der Landesärztekammer Hessen (Vorsitzende: Dr. med. Susan Trittmacher) bietet interessierten Ärztinnen, die ihre Karriere gezielt voranbringen wollen, die Gelegenheit zu einem Intensivseminar mit erfahrenen Experten zu folgenden Themenschwerpunkten:

- Zielfokussierung
- Selbstpräsentation
- Gesprächsführung

Die Veranstaltung findet am

Samstag, dem 3. Dezember 2005, 9.00 – 13.00 Uhr

in der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, statt. Die Zahl der Plätze in diesem Seminar ist begrenzt, die Teilnahmegebühr beträgt 40 Euro. Der Besuch dieser Veranstaltung wird von der Landesärztekammer Hessen mit 4 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Das Anmeldeformular erhalten Sie bei Dr. Susanne Köhler, die Ihnen auch für weitere Fragen gerne zur Verfügung steht (Telefon: 069 97672-142 bzw. -195, Telefax: 069 97672-224, E-Mail: susanne.koehler@laekh.de).

ANZEIGE

Anwaltskanzlei Samira Bothe

Rechtsanwältin

Tätigkeitsschwerpunkt: Medizinrecht

- Vertragsarztrecht, insb. Honorarkürzung
 - Arzneimittelregress
 - Berufsrecht, Vertragsgestaltung
 - Arzthaftungsrecht
 - Kranken- und Pflegeversicherungsrecht
- Vertrauensanwältin der Stiftung Gesundheit – Fachanwältin für Familienrecht –
Wilhelmstraße 2, 61231 Bad Nauheim
Tel. 06032/92 73 73, Fax 06032/92 73 83
E-Mail: info@kanzlei-bothe.de www.kanzlei-bothe.de



1.7.

- DGAP** Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e.V.
- DGIP** Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie e.V.
- DGPT** Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
- DPG** Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V.
- DPV** Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V.

Korrespondenzadresse

DGPT-Geschäftsstelle
Johannisbollwerk 20
20459 Hamburg
Tel: 040/ 319 26 19
Fax: 040/ 319 43 00
E-Mail: Schildt@dgpt.de
21. April 2005

Techniker Krankenkasse
Hauptverwaltung
Herrn Andreas Nagel
Versorgungsmanagement und Projekte
Bramfelder Straße 140

22305 Hamburg

Modellvorhaben Qualitätsmonitoring Psychotherapie

Sehr geehrter Herr Nagel,

leider blieb unser Schreiben an Sie vom 29. März ohne inhaltliche Antwort.

Wir müssen feststellen, daß die dort angesprochenen zentralen Bedenken bezüglich des Modellprojekts nicht ausgeräumt wurden. Insbesondere ist nicht erkennbar und absehbar, daß die von uns unter Ziff. 2 benannte Problematik der Algorithmus-Konstruktion und der Evaluationsmethodik befriedigend geklärt werden kann.

Auch die Frage der Verbindlichkeit der Einbeziehung der Patienten - sowohl der grundsätzlichen Einbeziehung aller Patienten bei Behandlern, die im veränderten Gutachterverfahren arbeiten als auch der aktiven Einbeziehung bei der Rückmeldung - ist nicht geklärt. Verweise auf die grundsätzlich immer vorhandene (und berufsethisch begründete) Verantwortung des Therapeuten, die ihm vorbehalten, einzelne Patienten nicht einzubeziehen – Sie hatten sich in diesem Sinne gegenüber nachfragenden Niedergelassenen geäußert - helfen hier nicht wirklich weiter. So wird z.B. in den Patienten-Materialien für Westfalen-Lippe kein entsprechender Hinweis an die Patienten gegeben, was wir bereits im vorgenannten Schreiben problematisiert hatten.

A. Z.

Wir möchten Sie darüber hinaus auch auf die fortbestehenden ernsthaften inhaltlichen Bedenken hinweisen, die bisher nicht ausgeräumt sind. Es sind dies:

- Die Rolle des Trust Centers: Seine Unabhängigkeit erscheint in der gegenwärtigen Planung als fraglich, weil der Hogrefe Verlag als Hauptlieferant von Testmaterialien in Deutschland massive wirtschaftliche Interessen an dem Projekt verfolgt.
- Die Überprüfung durch eine anerkannte Ethikkommission: Eine solche Überprüfung ist heute Standard bei jedem ernsthaften Forschungsprojekt, das Patienten einbezieht. Für das TK Projekt ist sie bisher nicht erfolgt.
- Die ausschließliche Erfolgsbeurteilung durch die Patienten bei den Zwischenmessungen: Sie wird vermutlich durch Bias, nämlich eine Verzerrung durch Übertragungseffekte, verfälscht.
- Die Beschränkung der Beurteilung auf die symptomatische Ebene: Nach allen Ergebnissen der neueren Psychotherapieforschung ist für Verbesserungen des Befindens die therapeutische Beziehung die entscheidende Variable, für die Beständigkeit von Therapieerfolgen sind es jedoch die strukturellen Veränderungen.

Unser seinerzeit in Frankfurt begonnener Dialog hat also letztendlich nicht zu verbindlichen und fachlich vertretbaren Ergebnissen geführt, so daß wir unseren Mitgliedern die Teilnahme am Modellprojekt nicht empfehlen können. Wir bedauern diese Entwicklung, da die DGPT Modellprojekten gegenüber grundsätzlich positiv eingestellt ist und wir - wie Sie wissen - selbst aktiv eine Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens anstreben.

Mit freundlichen Grüßen

gez.
Dr.med. Jörg Rasche
1. Vorsitzender der DGAP

gez.
Dr.phil. Heiner Sasse, Dipl.-Psych.
1. Vorsitzender der DGIP

gez.
Prof.Dr.phil. Franz Wellendorf
1. Vorsitzender der DPG

gez.
Dr.rer.soc. Manfred Schmidt, Dipl.-Psych.
Vorsitzender der DPV

gez.
Dipl.-Psych. Anne A. Springer
Vorsitzende der DGPT

F.d.R.:

Holger Schildt
Justitiar der DGPT

Landeskammer für
Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten
Hessen

LPPKJP HESSEN Gutenbergplatz 3 · 65187 Wiesbaden

Dr. Heiner Sasse
Ruhrstr. 39

58452 Witten



LPPKJP HESSEN

Geschäftsstelle
Gutenbergplatz 3 · 65187 Wiesbaden
Telefon 06 11. 724 93 87
Telefax 06 11. 724 95 23
e-mail
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Präsident

Sehr geehrter Herr Kollege Sasse,

haben Sie herzlichen Dank für die Zusendung Ihrer ausgezeichneten, detaillierten Stellungnahme.

Wie Sie vielleicht wissen, hatte unsere Kammer mit der TK ein Gespräch geführt, weil sie von uns eine Befürwortung der Einführung ihres Modells in Hessen erreichen wollte. Wir vereinbarten eine gemeinsame Resolution, in der die größten Befürchtungen ausgeschlossen werden sollten.

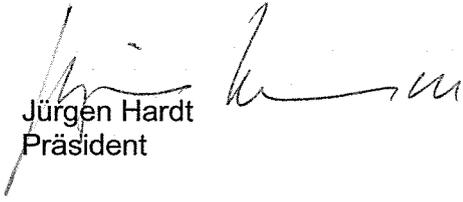
Wegen interner Spannungen innerhalb der TK (Wechsel in der Abteilungsleitung) wurde der schon bei uns vorliegende Entwurf von der TK, nachdem wir unsere Korrekturen angebracht hatten, nie unterzeichnet. Jetzt ist die TK wieder an uns herangetreten, weil sie versucht, das Modellprojekt auch in Hessen zu implantieren.

Wir sehen uns in unseren Befürchtungen durch das Verhalten der TK bestätigt und können unseren Mitgliedern nicht empfehlen, sich an einem solchen Modell zu beteiligen.

Ihre ausführlich dargestellten Bedenken, die mir als Psychoanalytiker natürlich sofort einleuchten, werden nicht in gleichem Maße von allen Kollegen geteilt, aber sie sind als ernstzunehmende Bedenken auch von Kollegen anderer als psychoanalytischer und tiefenpsychologischer Fachrichtungen ernst genommen worden.

Ich erlaube mir, Ihre Ausführung an die Kollegen des Vorstandes weiterzuleiten. Ihre Ausführungen werden unsere „wissenschaftliche“ Argumentation befruchten.

Mit freundlichen Grüßen


Jürgen Hardt
Präsident

Ihr Schreiben vom

Datum

08. Nov. 2004

AnsprechpartnerIn
Inka Grühne

Telefon
0611/7249387

e-mail
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de

Körperschaft des öffentlichen Rechts für
Psychologische Psychotherapeuten und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Präsident Jürgen Hardt
Vizepräsident Hans Bauer
BeisitzerInnen Uta Cramer-Düncher
Elisabeth Schneider-Reinsch
Marion Schwarz
Angelika Wolff
Manfred Burkart
Dr. Frank Roland Deister
Thomas Merz
Wilfried Schaeben

Geschäftsführer Johann Rautschka-Rücker

Deutsche Apotheker und Ärztebank
Wiesbaden
Konto Nummer 000 532 472 6
BLZ 510 906 36



KV Hessen · Landesstelle · Postfach 15 02 04 · D-60062 Frankfurt/Main

An alle in der
Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
zugelassenen psychotherapeutisch tätigen
Ärzte u. psychologischen Psychotherapeuten

Landesstelle

Vorstand

Georg-Voigt-Straße 15
D-60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04
D-60062 Frankfurt

Ansprechpartner
Christine Spinger
Tel.: (0 69) 79 50 2-747
Fax: (0 69) 79 50 2-500
E-Mail: Christine.Spinger
@kvhessen.de

26. August 2005

Qualitätsmonitoring in der Psychotherapie bei Erwachsenen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat einen viel beachteten Vertrag mit der Techniker Krankenkasse (TK) über einen Modellversuch zum Qualitätsmonitoring in der Psychotherapie bei Erwachsenen abgeschlossen. Vorausgegangen waren umfangreiche inhaltliche Diskussionen des Konzeptes im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie, der Psychotherapeutenkammer Hessen und verschiedenen Berufsverbänden, die zu diversen Änderungen des ursprünglichen Modells führten.

Es ist prinzipiell zu begrüßen, dass eine Krankenkasse die Initiative ergriffen hat, neue Formen der Qualitätssicherung für die Psychotherapie zu erproben und gleichzeitig Vertreter der Berufsgruppe sowie die Kassenärztliche Vereinigung an Planung, Durchführung und Evaluation des Modellversuches zu beteiligen. Die wichtigsten Eckpunkte sind diesem Schreiben als Anlage beigefügt.

Der Modellversuch wird begleitet von einem wissenschaftlichen Beirat, in welchem ausgewiesene Wissenschaftler aus der psychotherapeutischen, psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Behandlungsrichtung vertreten sind.

Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland erscheint es immer wichtiger, zeitgemäße Qualitätssicherungsmaßnahmen auch in der Psychotherapie zu etablieren, um die Effizienz und Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Verfahren im ambulanten Bereich zu untersuchen und damit den Stellenwert der Psychotherapie innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu definieren.

Das Modellprojekt der TK erfasst alle Richtlinienverfahren der Erwachsenen-Psychotherapie. Es ist auf 3 ½ Jahre angelegt und soll eine Alternative zum herkömmlichen Gutachterverfahren als Qualitätssicherungsinstrument in der Psychotherapie erproben.

Teilnahmevoraussetzung ist, dass Sie im letzten Jahr mindestens 15 Sitzungen GKV-Richtlinien-Psychotherapie wochendurchschnittlich durchgeführt haben.

...

1.9.

Schreiben
der KV Hessen
Landesstelle
Vorstand

vom
26. August 2005
Seite 2 von 2

Die Teilnahme ist für Psychotherapeuten als auch für Patienten freiwillig. Die im Rahmen des Modellversuches durchgeführten Therapien werden dann wie bisher vergütet. Der zusätzliche Aufwand im Rahmen der Teilnahme am Qualitätsmonitoring wird nach den dafür zusätzlich ausgehandelten Gebührennummern gesondert und extrabudgetär vergütet.

Sämtliche durch das Modellvorhaben anfallende Kosten trägt die Techniker Krankenkasse. Zudem werden die benötigten Unterlagen und Fragebögen von der TK zur Verfügung gestellt. Die teilnehmenden Psychotherapeuten werden von Experten kostenlos geschult. Für die jeweiligen Schulungen werden Fortbildungspunkte vergeben.

Bei Interesse an diesem Projekt erklären Sie bitte Ihre Teilnahme mittels beiliegendem Formular bis spätestens **16.09.2005** bei der KV Hessen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Frau Spinger, KV Hessen, Tel.: 069-79 502-747

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Gerd W. Zimmermann
stellv. Vorsitzender

Anlagen



A. G.

**Modellprojekt «Qualitätsmonitoring» startet:
Techniker Krankenkasse und Kassenärztliche Vereinigung
Hessen wollen Verbesserungen in der psychotherapeuti-
schen Versorgung erzielen**

Landesstelle

Abteilung
Kommunikation und
Öffentlichkeitsarbeit

Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt / Main
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt / Main

Tel.: 069 / 7 95 02 - 467
Fax: 069 / 7 95 02 - 501

presse@kvhessen.de
www.kvhessen.de

FRANKFURT, den 2. September 2005 – Die rund 1.500 in Hessen niedergelassenen psychotherapeutisch tätigen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten haben bis zum 16.09.2005 Zeit, sich um die Teilnahme am Modellprojekt „Qualitätsmonitoring“ bei der KV Hessen zu bewerben. Ziel des Modellvorhabens ist es, neue Wege der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie zu erforschen und durch eine wissenschaftliche Studie abzusichern.

„Wir sind überzeugt, dass wir gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse durch das 'Modellprojekt Qualitätsmonitoring' wichtige Erkenntnisse darüber gewinnen werden, wie die psychotherapeutische Versorgung der hessischen Patientinnen und Patienten weiter verbessert werden kann“, so Dr. Gerd W. Zimmermann, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der KV Hessen. „Das Modellprojekt ist ein wichtiger Baustein in unserem Vorhaben, die in den letzten Jahren bereits erfolgreich umgesetzten Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der KV Hessen konsequent fortzusetzen. Nicht zuletzt erhoffen wir uns Aufschlüsse darüber, ob der Einsatz von Qualitätsmonitoring-Instrumenten zu einer höheren Ergebnisqualität und Effizienz in der ambulanten Psychotherapie führt.“

Durch das Modellprojekt sollen neue Qualitätssicherungsverfahren erprobt sowie wissenschaftlich bewertet werden, ob Entscheidungsstrategien in der ambulanten Psychotherapie verbessert werden können. Zudem sollen mit dem Monitoring Alternativen zu dem seit über 35 Jahren unverändert bestehenden Gutachterverfahren entwickelt werden.

Der aus dem Englischen stammende Begriff „Monitoring“ beschreibt das kontinuierliche Verfolgen des Therapieverlaufs, beispielsweise mittels grafisch dargestellter psychometrischer Tests, die vom Patienten zu bestimmten Sitzungszeitpunkten ausgefüllt werden und dem Therapeuten vertiefende Reflektionen zum Krankheitsbild sowie zu Therapieverlauf und -planung erlauben. Auch werden die Therapeuten regelmäßig zur Entwicklung befragt.

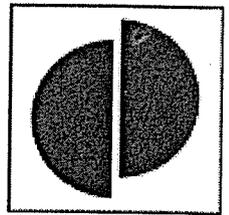
Insgesamt können 244 psychotherapeutisch tätige Ärzte bzw. psychologische Psychotherapeuten in Hessen an dem Modellprojekt, das bis 2007 läuft, teilnehmen. Sollte es mehr Interessenten als Teilnahmeplätze geben, entscheidet das Los. Zur Abgeltung des zusätzlichen Aufwandes u. a. für Dokumentation und Beratung des Patienten wurden gesonderte Vergütungen vereinbart.

Den am Projekt teilnehmenden Patienten bieten sich verschiedene Vorteile: So wird im Modell der Wunsch vieler Versicherter nach weiteren Informationen zu ihrer Erkrankung sowie dem Verlauf und den Ergebnissen der Behandlung berücksichtigt, was das Verständnis der Patienten stärkt. Die im Vergleich zum traditionellen Gutachterverfahren stärkere Berücksichtigung der persönlichen Angaben des Patienten ist zudem ein wichtiger neuer Bestandteil der Qualitätssicherung, denn die Begutachtung der Behandlung beruht bisher auf dem klinischen Bericht des Therapeuten. Durch das Modell wird erprobt, ob durch die stärkere Einbeziehung des Patienten die Qualität der Behandlung weiter verbessert werden kann. Das Studiendesign sieht eine Teilnahme von maximal 970 hessischen Patienten vor, die bei der Techniker Krankenkasse versichert sein müssen.

Hinweis an die Redaktionen:

Wenn Sie weitere Fragen haben wenden Sie sich gerne an die Abteilung Kommunikation der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Denise Jacoby, Telefon 0 69 / 795 02 – 580, Karl Matthias Roth, Telefon 0 69 / 795 02 - 755, Silvia Herzinger, Telefon 0 69 / 795 02 – 682, Telefax 0 69 / 795 02 – 501, E-Mail: presse@kvhessen.de. Weitere Presseinformationen finden Sie im Internet unter www.kvhessen.de.

1. 10.



Dipl. Psychologe
Manfred Singmann
Psychotherapeut

Dipl. Manfred Singmann · Poststraße 51 · 57319 · Bad Berleburg

An die Mitglieder
Der Landeskonferenz der Psychotherapeutenverbände
In der KVWL

Poststraße 51
57319 Bad Berleburg
Telefon:
(02751) 27 59
Telefax:
(02751) 61 19
E-Mail:
SingmannM@aol.com
Privat:
Sudetenstr. 27
Telefon:
(02751) 22 30

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Anlage erhalten Sie eine Kopie zum sog. TK-Modell. Diese wurde am 28.4.2003 in der KVWL in kleinem Kreis (Dr. Thamer, Dr. Kriedel; Frau Weingarten und ich) vorgestellt. Die Initiative hierzu ging von Dr. Thamer aus, der zunächst nur ein Informationsinteresse für die KVWL erkannte. Auf der nächsten Sitzung der LaKo und auch im beratenden Fachausschuss soll hierzu diskutiert werden.

Das Anliegen der Studie besteht darin, in einem Modellversuch eine Alternative zum bisherigen Gutachterverfahren an einer Stichprobe von 3000 Behandlungsfällen zu erproben. Die Studie wird von einem Gremium namhafter Fachleute begleitet, so dass eine mißbräuchliche Interpretation der Ergebnisse eher unwahrscheinlich ist. Alle weiteren Informationen entnehmen Sie bitte der Kopie. In der Diskussion werden Frau Weingarten und ich Fragen dazu beantworten, soweit dies uns möglich ist.

Meine persönliche Bewertung:

Ich halte das vorgelegte Modell für eine sehr gute Alternative zum Gutachterverfahren mit folgenden Argumenten:

- das fragwürdige Gutachterverfahren kann nach wiss. Überprüfung durch ein ggf noch zu modifizierendes Verfahren ersetzt werden, das auf obj. Datenbasis aufbaut.
- es ermöglicht den Einstieg in eine sinnvolle individuelle Qualitätssicherung
- es macht deutlich, dass eine professionelle Psychotherapiepraxis dringend weiterer Investitionen bedarf, hier: EDV gestützte Testdurchführung.

Ich halte es für sinnvoll, dass die Pilotstudie durchgeführt wird. Die Teilnahme an einer solchen Studie muß unbedingt freiwillig sein. Ich schlage dem beratenden Fachausschuss vor, für eine (freiwillige) Teilnahme der KVWL zu stimmen, falls in den bisherigen geplanten Modellregionen keine Mehrheit für eine (freiwillige) Teilnahme zustande kommt.

Mit kollegialem Gruß

Bad Berleburg, 21.05.2003

Ärzte Zeitung, 24.9.2004

A. 10.

Neues Modell zur Qualitätssicherung für die ambulante Psychotherapie

KV Westfalen-Lippe und Techniker Krankenkasse starten Modellprojekt

DORTMUND (iss). Die Techniker Krankenkasse (TK) und die KV Westfalen-Lippe beginnen am 1. Oktober mit einem "Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie". Damit wird ein neues Qualitätssicherungsmodell erprobt. Ziel ist es, unter Einbeziehung der Patienten die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern.

"Wir werden empirische Daten bekommen, die Aussagen zur Effizienz der psychotherapeutischen Versorgung an einem großen Kollektiv zulassen", so der KVWL-Vorsitzende Dr. Ulrich Thamer. Mit dem Qualitätsnachweis könne auch die Position der Psychotherapie in der ambulanten Versorgung gestärkt werden.

Das Modellprojekt nach Paragraph 63 Sozialgesetzbuch V erfaßt alle Richtlinienverfahren der Erwachsenenpsychotherapie. Es ist auf dreieinhalb Jahre angelegt. Die Dokumentationen von Diagnose und Therapie durch ärztliche und psychologische Therapeuten werden flankiert durch direkte Erhebungen bei Patienten.

Sie füllen zu Beginn, während und zum Abschluß der Therapie psychometrische Selbstbeurteilungsbögen aus. Die Meßergebnisse werden in einer Datenstelle erfaßt und von dort an die Therapeuten weitergegeben. Die Daten sind Basis für Empfehlungen zur Aufnahme und Fortsetzung der Psychotherapie.

400 Therapeuten und 1200 Patienten sollen in das freiwillige Projekt einbezogen werden. Je die Hälfte bildet eine Kontrollgruppe, bei der weiter mit dem bisherigen Gutachterverfahren gearbeitet wird.

"Die neuen Instrumentarien zur Qualitätssicherung können helfen, die verschiedenen Therapien zielgerichteter einzusetzen", hofft Dr. Christoph Straub, Vorstand der TK.

Mit dem neuen Dokumentationsverfahren werde es besser möglich, die Erfolge der Therapie zu messen. Dabei gehe es der TK nicht darum, einzelne Therapien auszugrenzen, betont Straub. "Wir wollen sehen, wie wir die psychotherapeutische Versorgung effizienter gestalten können." Die TK erhofft sich beispielsweise auch Aufschlüsse darüber, ob die genehmigten Stundenzahlen immer voll ausgeschöpft werden müssen.

Die Kasse verhandelt noch mit zwei weiteren KVen, um das Modell in unterschiedlichen Regionen testen zu können. "Ich hoffe, daß wir schnell zu weiteren Abschlüssen kommen", sagt Straub.

"Es ist in unserem Interesse, die Qualitätssicherung in der Psychotherapie weiterzuentwickeln", betont Manfred Singmann, stellvertretender Chef des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KVWL. Zur Qualitätssicherung gehöre auch die Einführung einer psychometrischen Datenbasis.

"Bisher fielen die Entscheidungen ausschließlich aufgrund der klinischen Erfahrung der Psychotherapeuten", so Singmann. Im Fachausschuß habe es kontroverse Diskussionen über die Beteiligung am Projekt gegeben. Die Mehrheit habe aber dafür gestimmt. Singmann hofft, daß genügend Psychotherapeuten zur Teilnahme bereit sein werden: "Ich halte das Projekt für eine sehr

1.10.

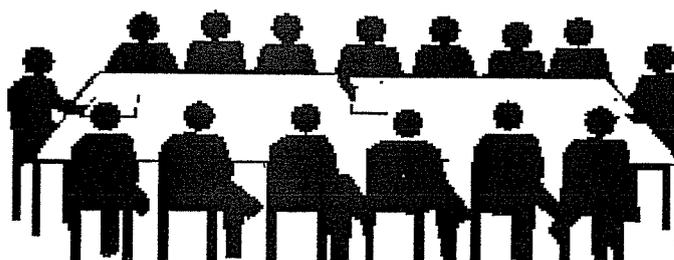
Niederschrift

über die 15. Sitzung

des

Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie

am 08.09.2004



Beginn: 17.00 Uhr

Ende: 19.15 Uhr

Teilnehmer:

Herr Dr. med. Greitemeier

**Vorstandsmitglied und zuständiger
Referent für den Ausschuß**

Ärztliche Mitglieder

Dr. med. Freifrau von Hodenberg

Vorsitzende

Herr Dr. med. Ganschow

Frau Dr. med. Scheurer

(nicht stimmberechtigt)

Frau Hüther

Frau Dr. med. Störmann-Gaede

Herr Dr. med. Woldt

und den Finanzforderungen im Beschluss aus. Nur so könne der Ausschuss dokumentieren, dass er dem Modell nur zustimme, wenn seine Finanzforderungen erfüllt würden.

Frau Dr. von Hodenberg lässt abstimmen. Für eine getrennte Abstimmung sprechen sich acht Mitglieder aus, für eine Junktinabstimmung drei.

Daraufhin eröffnet die Vorsitzende die Diskussion zum Inhalt des TK-Modells. Herr Schuster regt drei Ergänzungen/Änderungen an:

- **Präambel**

Vor dem Vertrag solle eine Präambel eingebaut werden (in Anlehnung an die gemeinsame Erklärung der LPPKJP Hessen und der TK zum TK-Modell; vgl. Anlage 3)

- **Beirat**

Der Projektbeirat soll aus 4 Teilnehmern bestehen. Zusätzlich sollen jeweils ein Vertreter der PTK und der ÄK beteiligt werden. Dabei soll nicht nur ein VT-Vertreter sondern auch ein Vertreter der psychodynamischen Verfahren berücksichtigt werden.

- **Evaluation**

Neben der quantitativen Evaluation solle auch eine qualitative Evaluation vorgesehen werden.

Die Vorschläge werden erörtert. Sodann stellt die Vorsitzende den Inhalt des **TK-Modell** zur Abstimmung:

-	Ja-Stimmen:	4
-	Nein-Stimmen	4
-	Enthaltungen	3.

*Abstimmungs-
ergebnis*

Erörtert wird sodann, ob ein weiterer Beschluss zum Finanzbedarf sinnvoll sei. Dies wurde bejaht. Der Finanzbedarf wird wie folgt formuliert: Grundsätzlich soll sich die Honorierung der teilnehmenden Psychotherapeuten an Stundensätzen orientieren mit 1450 Punkten x 5,11 Cent – entsprechend der Honorierung der antragspflichtigen

A. 10.

Praxis für Psychoanalyse und Psychotherapie

D. Glatz, H.W. Krönung, U. Osbelt, Dr. H. Sasse
Diplom - Psychologen, Psychologische Psychotherapeuten

ohne Reaktion

Dr. Heiner Sasse Ruhrstr. 39, 58452 Witten

Dr. Heiner Sasse

An den Vorstand der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
Herrn Dr. Thamer

Psychoanalytiker DGIP / DGPT
Einzel- und Gruppentherapie
Supervision / Lehranalyse

Robert Schimrigk Str. 4-6

Ruhrstr.39
58452 Witten, den 30.10.2004

44141 Dortmund

Tel. 02302 81454
Fax: 02302 81494
email: Heiner.Sasse@t-online.de

Sehr geehrter Herr Thamer ,

ich wende mich erneut wegen der in meinen Augen sehr problematischen Entwicklung zum Qualitäts-
sicherungsexperiment der Techniker Krankenkasse an Sie.

Ich möchte Sie zunächst über meinen neuen abschließenden Untersuchungsbericht zum TK
Qualitätsmonitoring informieren, die Ergebnisse meiner Arbeit sind am Ende des Berichtes ab Seite 52
zusammengefasst. Er liegt dem Bundesversicherungsamt vor.

In wenigen Tagen wird der Bericht unter www.dgip.de in der Rubrik Qualitätssicherung als kosten-
freies download zur Verfügung stehen.

Das TK Modellvorhaben zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie wurde bei der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe trotz Ablehnung durch den beratenden Fachausschuss
von Ihnen mit der TK vertraglich vereinbart. Nach vielen Jahren der kollegialen Kooperation und Ihrer
Unterstützung der Psychotherapie im Prozess der Psychotherapeutengesetzgebung bedaure ich sehr,
dass ein derartiger Konflikt entstand.

In meinen Augen ist es ein unzulässiges Vorgehen eines Vorsitzenden der KV, wenn Sie mit klaren
Eigeninteressen als Verhaltenstherapeut und als gewählter Vertreter der Facharztgruppe gegen den
Sachverstand der psychoanalytischen KollegInnen der KV entscheiden. Es gibt keine psychoanalyti-
sche Fachgesellschaft die das Modell direkt unterstützt.

Nun, so ist es leider, jetzt bitte ich aber zumindest um folgende Umgangsweise mit dem Konflikt.
Nachdem die KVWL, verschiedene Berufsverbände der Psychologen und die Psychotherapeuten-
kammer in NRW für das TK Modell werben, hoffe ich, dass die Kritik zu mindest in soweit berück-
sichtigt wird, als dass sowohl Behandler als auch Patienten auf die nachgewiesenen schädigenden
Nebenwirkungen aufmerksam gemacht werden. Ich konnte in meiner Untersuchung, die sich auf über-
einstimmende empirische Ergebnisse der Studien von Rudolf, Brockmann, Schleussner und die
TRANS OP bezieht, zweifelsfrei belegen, dass die Rückmeldungen des Computers in den beiden psy-
choanalytisch-tiefenpsychologischen Verfahren gerade dann falsch sein werden, wenn ein besonders
sensibler Behandlungsprozess in seiner krisenhaften Zuspitzung stattfindet. Das ist als schädigend für
den Behandlungsprozess nicht hinzunehmen. Zumindest müssen die Patienten und Behandler auf diese
Nebenwirkungen aufmerksam gemacht werden.

Weitere wissenschaftlich nicht hinzunehmende Unzulänglichkeiten sind aufgezeigt worden.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie in Ihren Werbemaßnahmen auf die dargestellten Nebenwirkungen
hinweisen würden und die Kolleginnen und Kollegen der KVWL über meinen Bericht informieren
würden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Heiner Sasse

KVWL - 44127 Dortmund

18-70 354

Herrn
Dr. phil. Dipl.-Psych. Heinrich Sasse
Ruhrstr. 39

58452 Witten

Verwaltungsstelle Dortmund

Ihr Ansprechpartner: Andreas Kintrup
Durchwahl: 0251/929-1030
Telefax: 0251/929-1079
E-Mail: andreas.kintrup@kvwl.de

Ihre Nachricht vom:

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: AVII Ah/EI

Datum: 23.12.2004

TK-Modellvorhaben Qualitätsmonitoring in der Psychotherapie bei Erwachsenen

Sehr geehrter Herr Kollege Sasse,

die KVWL hat als erste KV einen Vertrag mit der Techniker Krankenkasse (TK) über den Modellversuch abgeschlossen. Vorausgegangen waren dem Vertragsabschluss umfangreiche inhaltliche Diskussionen des Modells im beratenden Fachausschuss Psychotherapie, der Psychotherapeutenkammer NRW und verschiedenen Berufsverbänden, die konstruktive Änderungen des ursprünglichen Modells zur Folge hatten. Mittlerweile sind andere Kassenärztliche Vereinigungen diesem Signal gefolgt.

Es ist zu begrüßen, dass eine Krankenkasse die Initiative ergriffen hat, neue Formen der Qualitätssicherung für die Psychotherapie zu erproben und Vertreter der Berufsgruppe in hohem Maß an Planung, Durchführung und Evaluation des Modellversuchs zu beteiligen. Die gemeinsam vereinbarten Essentials zur Durchführung der Studie und der Auswertung der erhobenen Daten finden Sie in der gemeinsamen Erklärung von Psychotherapeutenkammer NRW und TK, die diesem Schreiben beigelegt ist.

Der Modellversuch wird begleitet von einem wissenschaftlichen Beirat, in dem ausgewiesene psychotherapeutische Wissenschaftler psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Orientierung vertreten sind, und regionalen Projektbeiräten, in denen auch Vertreter der niedergelassenen Psychotherapeuten beteiligt sind. Die Techniker-Krankenkasse übernimmt alle anfallenden Kosten.

Die Implementierung von zeitgemäßen Qualitätssicherungsmaßnahmen in die Psychotherapie ist wichtig, um die Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu bestätigen und die Position der Psychotherapie in der GKV dauerhaft abzusichern.

.../2

noll mast. W. K. v. T. v. 1. 10.

Das Modellprojekt der TK erfasst alle Richtlinienverfahren der **Erwachsenenpsychotherapie**. Es ist auf dreieinhalb Jahre angelegt und soll eine Alternative zum herkömmlichen Gutachterverfahren als Qualitätssicherungsinstrument in der Psychotherapie erproben.

Teilnahmevoraussetzung ist, dass Sie im letzten Jahr mindestens etwa **15 Sitzungen GKV Richtlinien-Psychotherapie wochendurchschnittlich** durchgeführt haben.

Die Teilnahme ist für Psychotherapeuten und Patienten freiwillig. Die im Rahmen des Modellversuches durchgeführten Therapien werden wie bisher vergütet. Der zusätzliche Aufwand wird nach dafür ausgehandelten Positionen gesondert entschädigt. Die benötigten Testmaterialien werden von der TK zur Verfügung gestellt. Die teilnehmenden Psychotherapeuten werden von Experten kostenlos geschult. Für die Schulungen werden Fortbildungspunkte vergeben.

Wenn Sie Interesse an diesem Pilotprojekt haben und von den Vorteilen profitieren möchten senden Sie die beiliegende Teilnahmeerklärung bitte bis zum **14. Januar 2005** (Datum Poststempel) an die KVWL.

Einzelheiten zu diesem Projekt entnehmen Sie bitte den Anlagen. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Herrn Kintrup, KVWL, Tel. 0251/929-1030.

Wir empfehlen Ihnen die Teilnahme an diesem Modellvorhaben und sind gespannt auf die Ergebnisse.

Dr. Ulrich Thamer
1. Vorsitzender der KVWL

Dipl. Psych. Monika Konitzer
Präsidentin Psychotherapeutenkammer
NRW

Prof. Dr. Ingo Flenker
Präsident der ÄKWL

Dr. Juliana Frfr. v. Hodenberg
Sprecherin der ärztlichen
Psychotherapeuten im Beratenden
Fachausschuss für Psychotherapie

Dipl. Psych. Manfred Singmann
Sprecher der psychologischen
Psychotherapeuten im Beratenden
Fachausschuss für Psychotherapie

Gemeinsame Erklärung

der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen und der Techniker Krankenkasse zum TK-Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“

Düsseldorf, Hamburg, 17. September 2004

1. Die Beteiligten gehen davon aus, dass die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Behandlungen durch zahlreiche Studien belegt ist. Hingegen liegen nur wenige empirische Aussagen über die Ergebnis- und Verlaufsqualität ambulanter Psychotherapien in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Das Modellprojekt der Techniker Krankenkasse Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie untersucht psychotherapeutische Behandlungen durch niedergelassene Psychotherapeuten unter den Bedingungen der Regelversorgung. Es findet ein Vergleich von Behandlungen nach dem herkömmlichen Gutachterverfahren mit solchen nach einem modifizierten Qualitätsmonitoring-Verfahren (QM) statt. Im Untersuchungsfokus stehen die Wirkungen und Beiträge des modifizierten QM-Verfahrens für die interne und externe Qualitätssicherung der Behandlung im Vergleich zum herkömmlichen Qualitätssicherungsverfahren, dem Gutachterverfahren.
2. Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen begrüßt die Initiative der TK, mit dem Modellprojekt erstmals den Versuch zu unternehmen, im ambulanten Bereich der Verpflichtung nach § 135 SGB V nachzukommen, Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität zu erproben. Der Kern des Modellprojektes ist ein modernes Feedbacksystem, die die Patientenperspektive in den Mittelpunkt stellt und ein breites Spektrum an

A. A.

Dimensionen berücksichtigt: Symptomveränderungen, interpersonelles Verhalten, eine störungsspezifische Bewertung, die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Niedergelassenen Psychotherapeuten wird damit die Möglichkeit geboten, psychometrische Verfahren systematisch behandlungsbegleitend einzusetzen und Erfahrungen zu sammeln, ob die zeitnah rückgemeldeten Informationen für die Therapieplanung und -durchführung hilfreich sind.

3. Zur Klärung von Umsetzungsfragen, zur Kontrolle des Datenschutzes, zur Organisation von Studienforen werden regionale Projektbeiräte eingesetzt mit je einem Vertreter des Beratenden Fachausschusses, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Techniker Krankenkasse, einem Vertreter des Wissenschaftlichen Beirates und einem Vertreter der Psychotherapeuten- und Ärztekammer.
4. Zur Begleitung der Arbeit der Evaluatoren wird ein wissenschaftlicher Beirat eingesetzt. Der wissenschaftliche Beirat gibt ggf. Empfehlungen zur Feinjustierung der Auswertungsstrategie und überprüft die Korrektheit der Auswertung und die Plausibilität der Ergebnisinterpretationen. Der Beirat wird paritätisch mit Vertretern der Richtlinienverfahren – auf Vorschlag der Beratenden Fachausschüsse – besetzt. Die TK hat Interesse an dem wissenschaftlichen Diskurs und stellt den anonymisierten Rohdatensatz auf Vorschlag und mit Zustimmung der Beratenden Fachausschüsse interessierten und ausgewiesenen Psychotherapieforschern zur Verfügung.
5. Die Evaluation des Projekts wird auf der Basis psychometrischer Erhebungen (inkl. 1-Jahres Katamnese) und klinischer Befunde vorgenommen sowie auf der Basis von Befragungen der beteiligten Patienten, Therapeuten und Gutachter.
6. Der Evaluationsplan enthält verschiedene Strategien zur Maximierung der Generalisierbarkeit bzw. der Verallgemeinerbarkeit der Untersuchungsergebnisse, indem drei verschiedene Kontrollgruppen gebildet werden. Bei der Ergebnisinterpretation und möglichen allgemeingültigen Schlussfolgerungen auf die psychotherapeutische Versorgung in der Gesetzlichen

A.A.A.

Krankenversicherung wird die Selektion der Therapeuten und Patienten und der Aspekt der Freiwilligkeit der Teilnahme entsprechend berücksichtigt.

7. Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, die Techniker Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe legen Wert auf folgende Feststellungen:
 - a) Die sorgfältige Einhaltung des Datenschutzes hat oberste Priorität und wird vom Projektbeirat überprüft. Die Auswertungstelle (Trust Center), der Evaluator und die TK operieren ausschließlich mit verschlüsselten und anonymisierten Daten.
 - b) Der Datensatz wird nicht für ein „bench-marking“, d.h. für einen Vergleich der beteiligten Behandler mit einer Referenzgröße ausgewertet. Eine gezielte Steuerung oder Risikoanalyse ausgewählter Patienten war und ist kein Ziel des Projektes.
 - c) Die teilnehmenden Behandler werden in der Ausübung der jeweiligen psychotherapeutischen Verfahren durch das Modellvorhaben begleitet und unterstützt und in ihrer „Therapiefreiheit“ nicht eingeschränkt.
 - d) Die Transparenz der Datenauswertung und die Qualität der Dateninterpretation wird auch durch die Mitwirkung fachlich qualifizierte Personen in den regionalen Projektbeiräten und in dem wissenschaftlichen Beirat gewährleistet, die ein breites Spektrum theoretischer und klinischer Interessen repräsentieren.
 - e) Die Beteiligten stimmen darin überein, dass Fachtagungen und Konferenzen zu dem Projekt grundsätzlich unter der Beteiligung eines breiten Spektrums von Interessengruppen erfolgen sollten.

8. Bei der Bewertung des Projekts ist hervorzuheben, dass es sich um eine räumlich-zeitlich begrenzte modellhafte Erprobung eines neuen Verfahrens der Qualitätssicherung handelt. Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien könnte nur der Gemeinsame Bundesausschuss vornehmen. Eine derart breit angelegte Studie unter Einbezug aller Richtlinienverfah-



A. 12.

Psychotherapeuten
Kammer NRW

Die Präsidentin

Psychotherapeuten-Kammer NRW · Willstätterstraße 10 · 40549 Düsseldorf

Kenn.-Nr.: 011019040

Herr
Dr. Heiner Sasse
Schwelmerstr. 232

58285 Gevelsberg

Kontakt: Britta Grupe
Telefon.: 0211-522 847-28
Fax: 0211-522 847-15
E-Mail: b.grupe@ptk-nrw.de
Unser Zeichen: mk/bg

Datum: 15.10.04

Ihr Schreiben vom 28.09.04

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. Sasse,

der Modellversuch der Technikerkasse wurde seit Sommer 2003 in der Psychotherapeutenkammer NRW umfassend diskutiert. Unter anderem wurde das für den Modellversuch geplante Vorgehen den Mitgliedern der Kammerversammlung in einer mehrstündigen Veranstaltung von Vertretern der Techniker Krankenkasse vorgestellt und ausführlich erörtert. Auf der Grundlage dieser Diskussion fasste die 9. Kammerversammlung im Dezember folgenden Beschluss:

„Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW möge eine gemeinsame Erklärung von Psychotherapeutenkammer NRW und TK aushandeln, in der die vom QS-Ausschuss formulierten Bedenken und Forderungen einfließen.“

Entsprechend diesem Beschluss wurde vom Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW mit der Techniker Krankenkasse eine gemeinsame Erklärung ausgehandelt, die ich Ihnen in der Anlage beifüge.

Sie können daraus ersehen, dass die von Ihnen geäußerte Beurteilung des Modellversuchs hinsichtlich der psychodynamischen Verfahren von den Gremien der Kammer nicht geteilt wird.

Die Darstellung in der Presseerklärung der KVWL, dass das Modellvorhaben von der Psychotherapeutenkammer NRW unterstützt wird, ist also vollkommen zutreffend.

Mit freundlichen Grüßen

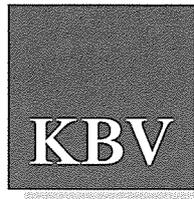
Monika Konitzer

Anlagen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Telefon 02 11 - 52 28 47 -0
Fax 02 11 - 52 28 47 -15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de
Apotheker- und Ärztekammer Köln
BLZ 370 606 15
Konto 0005 147 999

Körperschaft des öffentlichen Rechts für
Psychologische Psychotherapeutinnen und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
Präsidentin: Monika Konitzer
Vizepräsident: Dr. Heribert Joisten
Beisitzer: Hans-Peter Hansen, Ferdinand von Boxberg,
Dr. Wolfgang Groeger, Karl-Wilhelm Hofmann,
Karlfrid Hebel-Haustedt

2. A.



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Deutsche Gesellschaft für
Individualpsychologie e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Vorsitzender Herr Dr. Heiner Sasse
Marktstraße 12

99867 Gotha

Dezernat 2
Versorgungsqualität und Sicherstellung
Referat Psychotherapie
Referatsleiter Dr. med. Andreas Dahm
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Postfach 12 02 64, 10952 Berlin

Tel.: 030 / 40 05 – 12 32
Fax: 030 / 40 05 – 12 90
www.kbv.de

07.07.2006

Ihr Schreiben vom

23.06.2006 (Eingang 26.06.2006)

Ihr Zeichen

Unser Zeichen (bitte angeben)

Dr. D/to

AZ 360.391A

Ihre Studie zum Modellversuch der Techniker Krankenkasse "Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie"

Sehr geehrter Herr Dr. Sasse,

vielen Dank für die Übersendung Ihrer neuen Studie zum TK-Modellvorhaben. Wir haben diese mit Interesse gelesen und halten die dort vorgetragenen Argumente für sehr bedenkenswert. Wie Sie jedoch wissen, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen durchaus autonom in der Entscheidung über die Durchführung bzw. Unterstützungen entsprechender Modellvorhaben. Relevant werden entsprechende Überlegungen jedoch dann, sofern die Techniker-Krankenkasse aufgrund der Ergebnisse ihres Modellvorhabens entsprechende Änderungen bzw. Modifizierungen des bestehenden Gutachterverfahrens vorschlagen wird. Diese werden dann sicherlich im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu diskutieren sein, da dort die Durchführung des Gutachterverfahrens grundsätzlich geregelt ist, wobei dessen konkrete Ausgestaltung in den Psychotherapie-Vereinbarungen erfolgt. Wir würden es daher für sinnvoll halten, wenn Sie Ihre Studie – auch schon zum jetzigen Zeitpunkt – der Geschäftsführung des Unterausschusses Psychotherapie mit der Bitte auch um Kenntnisnahme durch die Mitglieder des Unterausschusses zur Verfügung stellen würden, damit der Unterausschuss rechtzeitig über die von Ihnen vorgetragenen Kritikpunkte bzw. Bedenken informiert ist. Der Geschäftsführer des Unterausschusses ist Herr Dipl. Psych. Christof Wiesner, Adresse: Gemeinsamer Bundesausschuss, Auf dem Seidenberg 3a, 53721 Siegburg.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dr. Dahm

An den Vorstand der
 Psychotherapeutenkammer NRW
 Frau Präsidentin Monika Konitzer

Willstätterstrasse 10
 40549 Düsseldorf

Sehr geehrte Frau Konitzer,

23.06.2006

hiermit übersende ich Ihnen eine neue Studie zum TK - Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“.

Wie Sie sicherlich wissen, haben alle fünf psychoanalytischen Fachgesellschaften, die 53 staatlich anerkannte Ausbildungsstätten vertreten, nach dem Scheitern der Gespräche mit den TK-Projektleitern ihre Mitglieder aufgefordert, an dem Modellvorhaben nicht teilzunehmen und die Anrufung einer neutralen Ethikkommission gefordert. Dies ist zwar zwischenzeitlich in der LÄK Hamburg mit befürwortendem Abschlußvotum geschehen, allerdings ohne den m.E. hierfür unerlässlichen Einbezug des Sachverständigen psychotherapeutischer Experten. Die LÄK Hessen hat sich dem Votum der LÄK Hamburg ohne weitere Detailprüfung angeschlossen.

Bei der KV Hessen haben in einer Unterschriftenaktion über 800 approbierte PsychotherapeutenInnen gegen das Modell protestiert. Die Psychotherapeutenkammer in Hessen hat sich gegen das Modell ausgesprochen, nachdem die TK den Dialog mit der Kammer an einem kritischen Punkt abbrach und keine gemeinsame Veröffentlichung mit der Kammer mehr wünschte, so dass der inhaltliche Dissens zwischen der hessischen Kammer und der TK nicht ausgeräumt werden konnte.

Der beratende Fachausschuss Psychotherapie der KV WL hat sich gegen das Modell ausgesprochen.

Niedergelassene teilnahmeberechtigte Kollegen primär der analytisch begründeten Verfahren in der KV Südbaden haben sich ebenfalls öffentlich wegen fachlich/inhaltlicher Bedenken gegen die Projektteilnahme ausgesprochen, was zur bekannten extrem niedrigen Teilnahmequote von Kollegen dieser Fachrichtung am Projekt in der Modellregion Südbaden führte.

Auf diesem Hintergrund habe ich eine neue fach-wissenschaftliche Studie erstellt, die sich mit dem Modellvorhaben aus fachlicher und aus wissenschaftlicher Sicht auseinandersetzt.

Die wichtigsten Ergebnisse möchte ich Ihnen und dem Vorstand der Kammer mitteilen:

1. Das Modellvorhaben kann nicht, wie behauptet, die Qualität des Behandlungsverlaufes wissenschaftlich begründet erfassen, ebenso kann der Behandlungsverlauf nicht wissenschaftlich fundiert bewertet werden.
2. Die Bewertungen des „Trust-Centers“ sind, empirisch auf der höchsten Evidenzstufe nachgewiesen, sehr häufig unkontrollierbar falsch.

3. Das Modellvorhaben erfüllt zentrale Bedingungen für empirische Forschung nicht.
4. Das Modellvorhaben gefährdet unzulässig die Wirkfaktoren der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Behandlungen.
5. Es ist im TK Modell nicht sichergestellt worden, dass tatsächlich die in unseren staatlich anerkannten Ausbildungsstätten angewendeten Verfahren durchgeführt werden, deshalb können keine wissenschaftlich fundierten Aussagen über die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie abgegeben werden.
6. Entgegen der von der TK in ihrem Verhaltenskodex abgegebenen Versprechen der Erfüllung der Kriterien: Neutralität, Evidenz und Transparenz, werden diese Kriterien nicht erfüllt.
7. Das Modellvorhaben erfüllt damit die gesetzliche Vorgabe nach Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenbehandlung (SGB V § 70) nicht.

Zur besseren Übersicht lege ich Ihnen neben der Originalstudie auch eine Zusammenstellung der Ergebnisse bei.

Ich möchte Sie hiermit bitten, meine Studie Kammer - intern oder -extern von einer qualifizierten neutralen Stelle einer Prüfung unterziehen zu lassen.

Dazu lege ich Ihnen die Hinweise zur Prüfung der Studie bei, um deren Berücksichtigung ich Sie freundlich bitte.

Sowohl die TK, als auch das Bundesversicherungsamt haben sich eindeutig festgelegt:

„Im Übrigen besteht bei jeder Studie seitens der behandelnden Ärzte die Pflicht, die Patienten über die Studie und die eventuellen Nebenwirkungen aufzuklären“ (BVA Anschreiben 2005).

Dieser Umstand verpflichtet die Kammer meiner Meinung nach unmittelbar zur Information aller teilnehmender Behandler der KVWL und aller teilnehmender Patienten über die in der Studie nachgewiesenen Fehler, Falschbewertungen und Behandlungsrisiken. Für alle sich aus dem Projekt ergebenden Folgen von Fehlbehandlungen ist ohnehin jeder Behandler persönlich verantwortlich.

Für den Fall, dass der Vorstand und die Kammer den Ergebnissen der Studie und der daraus abgeleiteten Informationspflicht für Patienten und Behandler nicht zustimmen sollten, bitte ich um eine fach-wissenschaftliche Begründung und die Angabe der Evidenzbasierung.

Ich versichere Ihnen, dass niemand in den psychoanalytischen Fachgesellschaften daran interessiert ist, einen öffentlichen Streit über die Sicherstellung oder Gefährdung der Qualität unserer Behandlungen durch die Psychotherapeutenkammer NRW auszutragen. Andererseits können wir in Verantwortung für unsere Mitglieder, für die Patienten und die Weiterentwicklung der Psychotherapie derartige Missstände nicht tolerieren.

Ich bitte Sie deshalb für den Konfliktfall auch um eine Rechtsmittelbelehrung.

In der Hoffnung auf eine klärende Stellungnahme unter KollegInnen verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Ihr

Dr. Heiner Sasse
Vorsitzender der DGIP



Psychotherapeuten
Kammer NRW

Psychotherapeuten-Kammer NRW · Willstätterstraße 10 · 40549 Düsseldorf

An die
Deutsche Gesellschaft
für Individualpsychologie e. V.
Herrn Vorsitzender Dr. Heiner Sasse
Marktstr. 12
99867 Gotha

Kontakt: Dr. D. Bunk
Telefon: 0211-522 847-29
Fax: 0211-522 847-59
E-Mail: d.bunk@ptk-nrw.de
Unser Zeichen: db/bg

Datum: 06.07.06

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Telefon 02 11 - 52 28 47 -0
Fax 02 11 - 52 28 47 -15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de
Apotheker- und Ärztebank Köln
BLZ 370 606 15
Konto 0005 147 999

**TK-Modellvorhaben Psychotherapie
Ihr Schreiben vom 23.6.06**

Sehr geehrter Herr Dr. Sasse,

vielen Dank für Ihr o. a. Schreiben.

Aufgrund der Sommerpause kann sich der Vorstand voraussichtlich erst nach Ende der Schulferien mit den Unterlagen beschäftigen, so dass ich Sie hinsichtlich einer Antwort um etwas Geduld bitten muss.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. phil. Detlef Bunk
wiss. Referent
Psychotherapeutenkammer NRW
Geschäftsstelle

Keine
bestee
Antwort!

Körperschaft des öffentlichen Rechts für
Psychologische PsychotherapeutInnen und
Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen
Präsidentin: Monika Konitzer
Vizepräsident: Karl-Wilhelm Hofmann
Beisitzer: Johannes Broil, Dr. Wolfgang Groeger,
Ferdinand von Boxberg

An den Vorstand der
Landespsychotherapeutenkammer
Baden - Württemberg

Herrn
Präsidenten Dr. Dietrich Munz

Hauptstätter Str. 89
70148 Stuttgart

Sehr geehrter Herr Dr. Munz,

23.06.2006

hiermit übersende ich Ihnen eine neue Studie zum TK - Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“.

Wie Sie sicherlich wissen, haben alle fünf psychoanalytischen Fachgesellschaften, die 53 staatlich anerkannte Ausbildungsstätten vertreten, nach dem Scheitern der Gespräche mit den TK - Projektleitern ihre Mitglieder aufgefordert, an dem Modellvorhaben nicht teilzunehmen und die Anrufung einer neutralen Ethikkommission gefordert. Dies zwar zwischenzeitlich in der LÄK Hamburg mit befürwortendem Abschlußvotum geschehen, allerdings ohne den m.E. hierfür unerlässlichen Einbezug des Sachverständigen psychotherapeutischer Experten. Die LÄK Hessen hat sich dem Votum der LÄK Hamburg ohne weitere Detailprüfung angeschlossen. Bei der KV Hessen haben in einer Unterschriftenaktion über 800 approbierte PsychotherapeutenInnen gegen das Modell protestiert. Die Psychotherapeutenkammer in Hessen hat sich gegen das Modell ausgesprochen, nachdem die TK den Dialog mit der Kammer an einem kritischen Punkt abbrach und keine gemeinsame Veröffentlichung mit der Kammer mehr wünschte, so dass der inhaltliche Dissens zwischen der hessischen Kammer und der TK nicht ausgeräumt werden konnte.

Der beratende Fachausschuss Psychotherapie der KV WL hat sich gegen das Modell ausgesprochen.

Niedergelassene teilnahmeberechtigte Kollegen primär der analytisch begründeten Verfahren in der KV Südbaden haben sich ebenfalls öffentlich wegen fachlich/inhaltlicher Bedenken gegen die Projektteilnahme ausgesprochen, was zur bekannten extrem niedrigen Teilnahmequote von Kollegen dieser Fachrichtung am Projekt in der Modellregion Südbaden führte.

Vor diesem Hintergrund habe ich eine neue fach-wissenschaftliche Studie erstellt, die sich mit dem Modellvorhaben aus fachlicher und aus wissenschaftlicher Sicht auseinandersetzt.

Die wichtigsten Ergebnisse möchte ich Ihnen und dem Vorstand mitteilen:

1. Das Modellvorhaben kann nicht, wie behauptet, die Qualität des Behandlungsverlaufes wissenschaftlich begründet erfassen, ebenso kann der Behandlungsverlauf nicht wissenschaftlich fundiert bewertet werden.

2. Die Bewertungen des „Trust-Centers“ sind, empirisch auf der höchsten Evidenzstufe nachgewiesen, sehr häufig unkontrollierbar falsch.
3. Das Modellvorhaben erfüllt zentrale Bedingungen für empirische Forschung nicht.
4. Das Modellvorhaben gefährdet unzulässig die Wirkfaktoren der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Behandlungen.
5. Es ist im TK Modell nicht sichergestellt worden, dass tatsächlich die in unseren staatlich anerkannten Ausbildungsstätten angewendeten Verfahren durchgeführt werden, deshalb können keine wissenschaftlich fundierten Aussagen über die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie abgegeben werden.
6. Entgegen der von der TK in ihrem Verhaltenskodex abgegebenen Versprechen der Erfüllung der Kriterien: Neutralität, Evidenz und Transparenz, werden diese Kriterien nicht erfüllt.
7. Das Modellvorhaben erfüllt damit die gesetzliche Vorgabe nach Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenbehandlung (SGB V § 70) nicht.

Zur besseren Übersicht lege ich Ihnen neben der Originalstudie auch eine Zusammenstellung der Ergebnisse bei.

Ich möchte Sie hiermit bitten, meine Studie Kammerintern oder -extern von einer qualifizierten neutralen Stelle einer Prüfung unterziehen zu lassen. Dazu lege ich Ihnen die Hinweise zur Prüfung der Studie bei, um deren Berücksichtigung ich Sie freundlich bitte.

Sowohl die TK, als auch das Bundesversicherungsamt haben sich eindeutig festgelegt: **„Im Übrigen besteht bei jeder Studie seitens der behandelnden Ärzte die Pflicht, die Patienten über die Studie und die eventuellen Nebenwirkungen aufzuklären“ (BVA Anschreiben 2005).**

Dieser Umstand verpflichtet Ihre Kammer meiner Meinung nach unmittelbar zur Information aller teilnehmender Behandler der KVBW und aller teilnehmender Patienten über die in der Studie nachgewiesenen Fehler, Falschbewertungen und Behandlungsrisiken. Für alle sich aus dem Projekt ergebenden Folgen von Fehlbehandlungen ist ohnehin jeder Behandler persönlich verantwortlich.

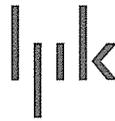
Für den Fall, dass der Vorstand den Ergebnissen der Studie und der daraus abgeleiteten Informationspflicht für Patienten und Behandler nicht zustimmen sollte, bitte ich um eine fachwissenschaftliche Begründung und Angabe der Evidenzbasierung.

Ich versichere Ihnen, dass niemand in den psychoanalytischen Fachgesellschaften daran interessiert ist, einen öffentlichen Streit über die Sicherstellung oder Gefährdung der Qualität unserer Behandlungen durch die Psychotherapeutenkammer BW auszutragen. Andererseits können wir in Verantwortung für unsere Mitglieder, für die Patienten und die Weiterentwicklung der Psychotherapie derartige Missstände nicht tolerieren.

Ich bitte Sie deshalb für den Konfliktfall auch um eine Rechtsmittelbelehrung.

In der Hoffnung auf eine klärende Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Baden – Württemberg verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Ihr
Dr. Heiner Sasse



2.3.

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg | Hauptstätter Straße 89 | 70178 Stuttgart

Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie e.V.
Vorsitzender Dr. Heiner Sasse

Marktstr. 12
99867 Gotha

Hauptstätter Straße 89 | 70178 Stuttgart
Fon 0711.674470-0 | Fax 0711.674470-15
Durchwahl
info@lpk-bw.de

07.08.2006

Präsident

TK-Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“

Ihr Brief vom 23. 06. 2006

Sehr geehrter Herr Dr. Sasse,

vielen Dank für Ihren Brief vom 23. 06. 2006, in dem Sie uns auf dem Hintergrund der Diskussionen über das TK-Projekt Ihre Sicht zum Projekt mitteilen.

Wir können Ihrer Bitte, dass die Psychotherapeutenkammer Ihre Studie prüfen möge, nicht nachkommen. Es handelt sich um eine wissenschaftliche Studie, die innerhalb wissenschaftlicher Gremien zu prüfen ist, was nicht Aufgabe einer Psychotherapeutenkammer sein kann.

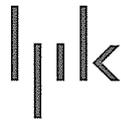
Sie fordern unsere Kammer weiterhin auf, unsere Kolleginnen und Kollegen vor der Studie zu warnen.

Hierzu besteht keine Rechtsverpflichtung, im Gegenteil sind wir nach geltender Rechtsprechung gehalten, mit Warnungen äußerst zurückhaltend umzugehen, um uns keinen

Schadensersatzansprüchen oder einer Unterlassungsklage von Seiten unserer Mitglieder oder anderer öffentlich rechtlicher Institutionen auszusetzen.

Die zuständigen Gremien zur Prüfung der von Ihnen vorgetragenen Bedenken und eventuell erforderlicher Konsequenzen für die Studie sind die Kontrollorgane der die Studie durchführenden KV- und der TK. Wir müssen davon ausgehen, dass die an der Studie beteiligten KVen als Körperschaft des öffentlichen Rechts ihrer Verpflichtung nachgekommen sind, die Studie im erforderlichen Umfang zu prüfen. Es ist nicht Aufgabe der Kammer, dies gegenzuprüfen.

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg – Körperschaft des Öffentlichen Rechts
Vorstand: Dipl.-Psych., Dipl.-Phys. Dr. Dietrich Munz, Psychologischer Psychotherapeut – Präsident
Martin Kleit, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut – Vizepräsident
Renate Hannak-Zeltner, Psychologische Psychotherapeutin – Rechnungsführerin
Dipl.-Rhythm. Päd. Kristiane Göpel, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin – Vorstandsmitglied
Dipl.-Psych. Birgitt Lackus-Reitter, Psychologische Psychotherapeutin – Vorstandsmitglied
Justiziar: Hartmut Gerlach, Rechtsanwalt
Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank Stuttgart (600 906 09) 000 521 77 33



2.3.

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Wir können uns dem Votum des Bundesversicherungsamtes nur anschließen, dass die teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen ihre Patienten mit dem Hinweis auf die freiwillige Teilnahme über die Studie aufzuklären haben und über mögliche Aus- bzw. Einwirkungen auf die Behandlung aufzuklären haben. Weiterhin steht es jedem Psychotherapeuten frei, sich nicht an der Studie zu beteiligen, wenn seine Bedenken zu groß sind.

In der Hoffnung einer Klärung verbleibe ich mit freundlichen Grüßen



Dr. Dietrich Münz

2. 4,

An den Vorstand der
Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

An die Vorstandsvorsitzende
Frau Dr. med. Margita Bert

Dr. Löwenstein - Haus
Georg – Voigt- Str. 15
60325 Frankfurt

Sehr geehrte Frau Dr. Bert,

23.06.2006

hiermit übersende ich Ihnen eine neue Studie zum TK Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“.

Wie Sie sicherlich wissen, haben alle fünf psychoanalytischen Fachgesellschaften, die 53 der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten vertreten, nach dem Scheitern der Gespräche mit den TK-Projektleitern ihre Mitglieder aufgefordert, an dem Modellvorhaben nicht teilzunehmen und die Anrufung einer neutralen Ethikkommission gefordert. Dies ist zwar zwischenzeitlich in der LÄK Hamburg mit befürwortendem Abschlußvotum geschehen, allerdings ohne den m.E. hierfür unerlässlichen Einbezug des Sachverständigen psychotherapeutischer Experten. Die LÄK Hessen hat sich dem Votum der LÄK Hamburg ohne weitere Detailprüfung angeschlossen.

Bei der KV Hessen haben in einer Unterschriftenaktion über 800 approbierte PsychotherapeutenInnen gegen das Modell protestiert. Die Psychotherapeutenkammer in Hessen hat sich gegen das Modell ausgesprochen, nachdem die TK den Dialog mit der Kammer an einem kritischen Punkt abbrach und keine gemeinsame Veröffentlichung mit der Kammer mehr wünschte, so dass der inhaltliche Dissens zwischen der hessischen Kammer und der TK nicht ausgeräumt werden konnte.

Der beratende Fachausschuss Psychotherapie der KV WL hat sich gegen das Modell ausgesprochen.

Niedergelassene teilnahmeberechtigte Kollegen primär der analytisch begründeten Verfahren in der KV Südbaden haben sich ebenfalls öffentlich wegen fachlich/inhaltlicher Bedenken gegen die Projektteilnahme ausgesprochen, was zur bekannten extrem niedrigen Teilnahmequote von Kollegen dieser Fachrichtung am Projekt in der Modellregion Südbaden führte.

Auf diesem Hintergrund habe ich eine neue fach-wissenschaftliche Studie erstellt, die sich mit dem Modellvorhaben aus fachlicher und aus wissenschaftlicher Sicht auseinandersetzt.

Die wichtigsten Ergebnisse möchte ich Ihnen mitteilen:

1. Das Modellvorhaben kann nicht, wie behauptet, die Qualität des Behandlungsverlaufes wissenschaftlich begründet erfassen, ebenso kann der Behandlungsverlauf nicht wissenschaftlich fundiert bewertet werden.

2. Die Bewertungen des „Trust-Centers“ sind, empirisch auf der höchsten Evidenzstufe abgesichert nachgewiesen, sehr häufig unkontrollierbar falsch.
3. Das Modellvorhaben erfüllt zentrale Bedingungen für empirische Forschung nicht.
4. Das Modellvorhaben gefährdet unzulässig die Wirkfaktoren der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Behandlungen.
5. Es ist im TK Modell nicht sichergestellt worden, dass tatsächlich die in unseren staatlich anerkannten Ausbildungsstätten angewendeten Verfahren durchgeführt werden, deshalb können keine wissenschaftlich fundierten Aussagen über die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie abgegeben werden.
6. Entgegen der von der TK in ihrem Verhaltenskodex abgegebenen Versprechen der Erfüllung der Kriterien: Neutralität, Evidenz und Transparenz, werden diese Kriterien nicht erfüllt.
7. Das Modellvorhaben erfüllt damit die gesetzliche Vorgabe nach Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenbehandlung (SGB V § 70) nicht.

Zur besseren Übersicht habe ich Ihnen neben der Studie eine Zusammenfassung der Ergebnisse beigelegt.

Ich möchte Sie hiermit bitten, meine Studie KV intern oder extern von einer qualifizierten neutralen Stelle einer Prüfung unterziehen zu lassen. Dazu habe ich die Hinweise zur Prüfung der Studie im Vergleich mit den Konzeptionen der Projektleiter beigelegt, um deren Berücksichtigung ich Sie freundlich bitte.

Sowohl die TK, als auch das Bundesversicherungsamt haben sich eindeutig festgelegt:
„Im Übrigen besteht bei jeder Studie seitens der behandelnden Ärzte die Pflicht, die Patienten über die Studie und die eventuellen Nebenwirkungen aufzuklären“ (BVA Antwortschreiben an den Autor 2005).

Dieser Umstand verpflichtet Sie meiner Meinung nach unmittelbar zur Information aller teilnehmenden Behandler der KV Hessen und aller teilnehmender Patienten über die in der Studie nachgewiesenen Fehler, Falschbewertungen und Behandlungsrisiken. Für alle sich aus dem Projekt ergebenden Folgen von Fehlbehandlungen ist ohnehin jeder Behandler persönlich verantwortlich.

Für den Fall, dass der Vorstand der KV Hessen den Ergebnissen der Studie und der daraus abgeleiteten Informationspflicht für Patienten und Behandler nicht zustimmen sollte, bitte ich Sie freundlich um eine fach-wissenschaftliche Begründung und Angabe der Evidenz-basierung.

In der Hoffnung auf eine klärende Stellungnahme der KV Hessen verbleibe ich mit freundlichen Grüßen
 Ihr

Dr. Heiner Sasse
 Vorsitzender der DGIP



KV Hessen • Landesstelle • Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt/Main

Vorsitzender der
Deutschen Gesellschaft für
Individualpsychologie e. V.
Herrn Dr. Heiner Sasse
Marktstraße 12
99867 Gotha

**Landesstelle
Vorstand**

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner: Dr. Gerd W. Zimmermann
Tel.: 069 79502-516 • Fax: 069 79502-324
E-Mail: Gerd.Zimmermann@kvhessen.de

Unsere Zeichen: Dr.Zi/Sn

10. August 2006

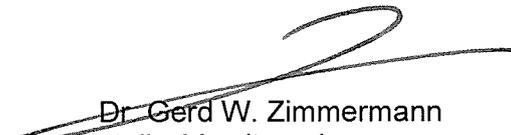
Kopie an:
Frau Dr. Bert
Herrn Dr. Herholz

**Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie
Ihr Schreiben vom 23.06.2006**

Sehr geehrter Herr Dr. Sasse,

ich bedanke mich für Ihr Schreiben vom 23.06.2006 und die eingereichte Studie. Wir werden diese Studie hausintern, wie von Ihnen gewünscht, einer entsprechenden Überprüfung unterziehen. Sie erhalten in dieser Hinsicht von unserer Fachabteilung eine entsprechende Nachricht.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Gerd W. Zimmermann
stellv. Vorsitzender

Keine
Antwort
erhalten!

2.5.

An den Vorstand der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe
Herrn Dr. Thamer

Keine
Reaktion

Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6
44127 Dortmund

Sehr geehrter Herr Dr. Thamer,

23.06.2006

hiermit übersende ich Ihnen eine neue Studie zum TK Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“.

Wie Sie sicherlich wissen, haben alle fünf psychoanalytischen Fachgesellschaften, die 53 der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten vertreten, nach dem Scheitern der Gespräche mit den TK-Projektleitern ihre Mitglieder aufgefordert, an dem Modellvorhaben nicht teilzunehmen und die Anrufung einer neutralen Ethikkommission gefordert. Dies ist zwar zwischenzeitlich in der LÄK Hamburg mit befürwortendem Abschlußvotum geschehen, allerdings ohne den m.E. hierfür unerlässlichen Einbezug des Sachverstands psychotherapeutischer Experten. Die LÄK Hessen hat sich dem Votum der LÄK Hamburg ohne weitere Detailprüfung angeschlossen.

Bei der KV Hessen haben in einer Unterschriftenaktion über 800 approbierte PsychotherapeutenInnen gegen das Modell protestiert. Die Psychotherapeutenkammer in Hessen hat sich gegen das Modell ausgesprochen, nachdem die TK den Dialog mit der Kammer an einem kritischen Punkt abbrach und keine gemeinsame Veröffentlichung mit der Kammer mehr wünschte, so dass der inhaltliche Dissens zwischen der hessischen Kammer und der TK nicht ausgeräumt werden konnte.

Der beratende Fachausschuss Psychotherapie der KV WL hat sich gegen das Modell ausgesprochen.

Niedergelassene teilnahmeberechtigte Kollegen primär der analytisch begründeten Verfahren in der KV Südbaden haben sich ebenfalls öffentlich wegen fachlich/inhaltlicher Bedenken gegen die Projektteilnahme ausgesprochen, was zur bekannten extrem niedrigen Teilnahmequote von Kollegen dieser Fachrichtung am Projekt in der Modellregion Südbaden führte.

Auf diesem Hintergrund habe ich eine neue fach-wissenschaftliche Studie erstellt, die sich mit dem Modellvorhaben aus fachlicher und aus wissenschaftlicher Sicht auseinandersetzt.

Die wichtigsten Ergebnisse möchte ich Ihnen mitteilen:

1. Das Modellvorhaben kann nicht, wie behauptet, die Qualität des Behandlungsverlaufes wissenschaftlich begründet erfassen, ebenso kann der Behandlungsverlauf nicht wissenschaftlich fundiert bewertet werden.
2. Die Bewertungen des „Trust-Centers“ sind, empirisch auf der höchsten Evidenzstufe abgesichert nachgewiesen, sehr häufig unkontrollierbar falsch.
3. Das Modellvorhaben erfüllt zentrale Bedingungen für empirische Forschung nicht.

4. Das Modellvorhaben gefährdet unzulässig die Wirkfaktoren der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Behandlungen.
5. Es ist im TK Modell nicht sichergestellt worden, dass tatsächlich die in unseren staatlich anerkannten Ausbildungsstätten angewendeten Verfahren durchgeführt werden, deshalb können keine wissenschaftlich fundierten Aussagen über die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie abgegeben werden.
6. Entgegen der von der TK in ihrem Verhaltenskodex abgegebenen Versprechen der Erfüllung der Kriterien: Neutralität, Evidenz und Transparenz, werden diese Kriterien nicht erfüllt.
7. Das Modellvorhaben erfüllt damit die gesetzliche Vorgabe nach Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenbehandlung (SGB V § 70) nicht.

Zur besseren Übersicht habe ich Ihnen neben der Studie eine Zusammenfassung der Ergebnisse beigelegt.

Ich möchte Sie hiermit bitten, meine Studie KV intern oder extern von einer nachweislich qualifizierten neutralen Stelle einer Prüfung unterziehen zu lassen. Dazu habe ich die Hinweise zur Prüfung der Studie im Vergleich mit den Konzeptionen der Projektleiter beigelegt, um deren Berücksichtigung ich Sie freundlich bitte.

Sowohl die TK, als auch das Bundesversicherungsamt haben sich eindeutig festgelegt: **„Im Übrigen besteht bei jeder Studie seitens der behandelnden Ärzte die Pflicht, die Patienten über die Studie und die eventuellen Nebenwirkungen aufzuklären“ (BVA Antwortschreiben an den Autor 2005).**

Dieser Umstand verpflichtet Sie meiner Meinung nach unmittelbar zur Information aller teilnehmender Behandler der KVWL und aller teilnehmender Patienten über die in der Studie nachgewiesenen Fehler, Falschbewertungen und Behandlungsrisiken. Für alle sich aus dem Projekt ergebenden Folgen von Fehlbehandlungen ist ohnehin jeder Behandler persönlich verantwortlich.

Für den Fall, dass der Vorstand seine bisherige Position beibehalten sollte und den Ergebnissen der Studie und der daraus abgeleiteten Informationspflicht für Patienten und Behandler nicht zustimmen sollte, bitte ich Sie um eine fach-wissenschaftliche Begründung und Angabe der Evidenzbasierung.

Ich versichere Ihnen, dass niemand in den psychoanalytischen Fachgesellschaften daran interessiert ist, einen öffentlichen Streit über die Sicherstellung oder Gefährdung der Qualität unserer Behandlungen durch die KVWL auszutragen. Für diesen Fall wären wir in der gegenwärtigen politischen Situation wohl alle Verlierer, andererseits können wir in Verantwortung für unsere Mitglieder, für die Patienten und die Weiterentwicklung der Psychotherapie derartige Missstände für unsere Verfahren nicht tolerieren.

Ich bitte Sie deshalb für den Fall des weiteren Konfliktes zwischen den Behandlern und der KVWL auch um eine Rechtsmittelbelehrung, um die hoffentlich nicht notwendig werdenden rechtlichen Schritte gegen die KVWL klären lassen zu können.

In der Hoffnung auf eine klärende Stellungnahme der KVWL verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Ihr

Dr. Heiner Sasse
Vorsitzender der DGIP

2.6.

An den Vorstand der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden - Württemberg

An den Vorstandsvorsitzenden
Herrn Dr. med. Achim Hoffmann - Goldmayer

Postfach 800633
70506 Stuttgart

Keine
Reaktion

Sehr geehrter Herr Dr. Hoffmann - Goldmayer,

23.06.2006

hiermit übersende ich Ihnen eine neue Studie zum TK Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“.

Wie Sie sicherlich wissen, haben alle fünf psychoanalytischen Fachgesellschaften, die 53 der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten vertreten, nach dem Scheitern der Gespräche mit den TK - Projektleitern ihre Mitglieder aufgefordert, an dem Modellvorhaben nicht teilzunehmen und die Anrufung einer neutralen Ethikkommission gefordert. Dies ist zwar zwischenzeitlich in der LÄK Hamburg mit befürwortendem Abschlussvotum geschehen, allerdings ohne den m. E. hierfür unerlässlichen Einbezug des Sachverständigen psychotherapeutischer Experten. Die LÄK Hessen hat sich dem Votum der LÄK Hamburg ohne weitere Detailprüfung angeschlossen.

Bei der KV Hessen haben in einer Unterschriftenaktion über 800 approbierte PsychotherapeutenInnen gegen das Modell protestiert. Die Psychotherapeutenkammer in Hessen hat sich gegen das Modell ausgesprochen, nachdem die TK den Dialog mit der Kammer an einem kritischen Punkt abbrach und keine gemeinsame Veröffentlichung mit der Kammer mehr wünschte, so dass der inhaltliche Dissens zwischen der hessischen Kammer und der TK nicht ausgeräumt werden konnte.

Der beratende Fachausschuss Psychotherapie der KV WL hat sich gegen das Modell ausgesprochen.

Niedergelassene teilnahmeberechtigte Kollegen primär der analytisch begründeten Verfahren in der KV Südbaden haben sich ebenfalls öffentlich wegen fachlich/inhaltlicher Bedenken gegen die Projektteilnahme ausgesprochen, was zur bekannten extrem niedrigen Teilnahmequote von Kollegen dieser Fachrichtung am Projekt in der Modellregion Südbaden führte.

Vor diesem Hintergrund habe ich eine neue fach-wissenschaftliche Studie erstellt, die sich mit dem Modellvorhaben aus fachlicher und aus wissenschaftlicher Sicht auseinandersetzt.

Die wichtigsten Ergebnisse möchte ich Ihnen mitteilen:

1. Das Modellvorhaben kann nicht, wie behauptet, die Qualität des Behandlungsverlaufes wissenschaftlich begründet erfassen, ebenso kann der Behandlungsverlauf nicht wissenschaftlich fundiert bewertet werden.
2. Die Bewertungen des „Trust-Centers“ sind, empirisch auf der höchsten Evidenzstufe abgesichert nachgewiesen, sehr häufig unkontrollierbar falsch.
3. Das Modellvorhaben erfüllt zentrale Bedingungen für empirische Forschung nicht.
4. Das Modellvorhaben gefährdet unzulässig die Wirkfaktoren der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Behandlungen.
5. Es ist im TK Modell nicht sichergestellt worden, dass tatsächlich die in unseren staatlich anerkannten Ausbildungsstätten angewendeten Verfahren durchgeführt werden, deshalb können keine wissenschaftlich fundierten Aussagen über die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie abgegeben werden.
6. Entgegen der von der TK in ihrem Verhaltenskodex abgegebenen Versprechen der Erfüllung der Kriterien: Neutralität, Evidenz und Transparenz, werden diese Kriterien nicht erfüllt.
7. Das Modellvorhaben erfüllt damit die gesetzliche Vorgabe nach Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenbehandlung (SGB V § 70) nicht.

Zur besseren Übersicht habe ich Ihnen neben der Studie eine Zusammenfassung der Ergebnisse beigelegt.

Ich möchte Sie hiermit bitten, meine Studie KV intern oder extern von einer qualifizierten neutralen Stelle einer Prüfung unterziehen zu lassen. Dazu habe ich die Hinweise zur Prüfung der Studie im Vergleich mit den Konzeptionen der Projektleiter beigelegt, um deren Berücksichtigung ich Sie freundlich bitte.

Sowohl die TK, als auch das Bundesversicherungsamt haben sich eindeutig festgelegt: **„Im Übrigen besteht bei jeder Studie seitens der behandelnden Ärzte die Pflicht, die Patienten über die Studie und die eventuellen Nebenwirkungen aufzuklären“ (BVA Antwortschreiben an den Autor 2005).**

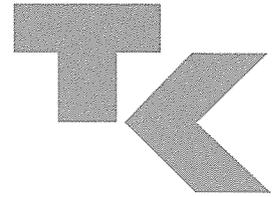
Dieser Umstand verpflichtet Sie meiner Meinung nach unmittelbar zur Information aller teilnehmender Behandler der KV Baden - Württemberg und aller teilnehmender Patienten über die in der Studie nachgewiesenen Fehler, Falschbewertungen und Behandlungsrisiken. Für alle sich aus dem Projekt ergebenden Folgen von Fehlbehandlungen ist ohnehin jeder Behandler persönlich verantwortlich.

Für den Fall, dass der Vorstand der KV Baden – Württemberg den Ergebnissen der Studie und der daraus abgeleiteten Informationspflicht für Patienten und Behandler nicht zustimmen sollte, bitte ich Sie freundlich um eine fach-wissenschaftliche Begründung und Angabe der Evidenzbasierung.

In der Hoffnung auf eine klärende Stellungnahme der KV Baden - Württemberg verbleibe ich mit freundlichen Grüßen
Ihr

Dr. Heiner Sasse
Vorsitzender der DGIP

2.7.



Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg

Herrn
Dr. Heiner Sasse
Vorsitzender der DGIP
DGIP Bundesgeschäftsstelle
Marktstr. 12
D-99867 Gotha

nachrichtlich:

Vorstand der DGPT, z.H. Frau Springer
Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats
des MV PT (per Email)
Projektbeiräte des MV PT (per Email)

Herrn Prof. Dr. Norbert Klusen
Herrn Dr. Christoph Straub
Herrn Hardy Müller
Herrn Andreas Nagel
(im Hause)

**Techniker
Krankenkasse**

Hauptverwaltung

Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

**Versorgungsmanagement /
Projekte**

Für Rückfragen:

Dr.med. Thomas M. Ruprecht
Tel. 040 6909-2812
Fax 040 6909-1646
Mobil 0151 145 34 993
dr.thomas.ruprecht@tk-online.de

23.05.2007

TK-Modellvorhaben Psychotherapie

Ihr Beitrag mit dem Titel

"TK Modellvorhaben 'Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie' in wesentlichen Punkten verändert"
im DGPT-Mitgliederrundschreiben 1/2007

Sehr geehrter Herr Dr. Sasse,

auf der Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats am 14.5.2007 wurde uns Ihr Beitrag im DGPT-Mitgliederrundschreiben zur Kenntnis gebracht.

Neben fachlicher Kritik an Konzeption und Durchführung des Modellvorhabens, auf die ich hier nicht näher eingehen möchte, behaupten Sie

"... In der 'Studie zur Prüfung der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit des Modellvorhabens' wurde vom Vorsitzenden der DGIP, Dr. H. Sasse, der wissenschaftliche begründete Nachweis erbracht, dass diese vier Bewertungen inhaltlich unkontrollierbar sehr häufig falsch sind und deshalb therapeutisch schädigen können.

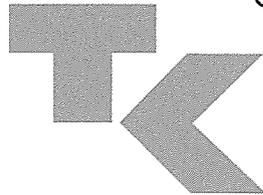
In der Folge wurden nicht nur die beiden bisherigen Projektleiter von ihrer Aufgabe vom Vorstand der TK entbunden, auch die Rückmeldungen an die Behandler wurden inhaltlich grundlegend verändert. ... "

Techniker
Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

Tel. 040-6909-0
Fax 040-6909-1800
www.tk-online.de

Commerzbank
BLZ 200 400 00
Konto 221035900

Vorstand
Prof. Dr. Norbert Klusen (Vorsitzender)
Helmuth Doose
Dr. Christoph Straub (Stellv. Vorsitzender)
Verwaltungsrat
Harald Schulte (Vorsitzender)



2 -

Ihre Aussage "In der Folge wurden nicht nur die beiden bisherigen Projektleiter von ihrer Aufgabe vom Vorstand der TK entbunden" ist falsch. Die Formulierung ist zudem geeignet, in unzutreffender Weise einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Ihrer Kritik am Modellvorhaben und Personalentscheidungen der TK herzustellen und Mitarbeiter des Hauses in Fachkreisen persönlich zu diskreditieren. Dies ist bedauerlich und nicht hinnehmbar.

Richtig ist vielmehr:

1. Wie Sie spätestens seit unserem Gespräch am 13.12.2006 wissen müßten, gab es immer nur einen, nicht zwei Projektleiter. Insofern konnte auch nur ein Projektleiter (Herr Nagel) ausgetauscht werden.

2. Sie haben Herrn Prof. Klusen Ihre "Studie" mit Datum vom 23.6.2006 zugestellt, dort eingegangen am 26.6.2006, hier im Fachreferat eingegangen am 30. Juni 2006 (bestätigt von uns am 12.7.2006). Die Übergabe der Projektleitung an den Unterzeichneten erfolgte bekanntlich mit Wirkung zum 1.7.2006. Schon deshalb ist ein Zusammenhang mit Ihrem Schreiben ausgeschlossen.

3. Die Versetzung unseres Referatsleiters Hardy Müller, auf die Sie offenbar anspielen, hat mit dem Modellvorhaben nichts zu tun.

Wir fordern Sie daher auch auf diesem Wege nochmals auf, Ihre Behauptungen nicht zu wiederholen. Da Sie mir dies in unserem Telefonat heute verbindlich zugesichert und erläutert haben, dass es sich um ein unbeabsichtigtes Missverständnis handelt, ist die Angelegenheit für uns hiermit erledigt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Thomas Ruprecht

Projektleiter

3. A.

[Presse](#) > [Pressemitteilungen](#) > [Archiv 2011](#) > [Gesundheit & Service](#)
Archiv 2011
[Alle Pressemitteilungen auf einen Blick](#)
[Sozialwahl](#)
[Politik](#)
[Gesundheit & Service](#)
[Unternehmen](#)
TK-Studie: Psychotherapie lohnt, ist aber zu bürokratisch

Hamburg, 26. Mai 2011. Bei immer mehr Menschen werden psychische Störungen diagnostiziert. Depressionen, Angst- und Belastungsstörungen haben immer größeren Anteil an Krankschreibungen und sind Hauptursache von Frühverrentungen in Deutschland. Das Verordnungsvolumen von Psychopharmaka steigt kontinuierlich, Psychotherapie gehört zu den umsatzstärksten ärztlichen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Patienten, die therapeutische Unterstützung suchen, müssen meist lange Wartezeiten auf sich nehmen, bevor sie Hilfe finden. Über die Behandlungsqualität der psychotherapeutischen Regelversorgung ist bisher jedoch wenig bekannt. In einer Langzeitstudie hat die Techniker Krankenkasse (TK) zusammen mit Wissenschaftlern der Universitäten Mannheim und Trier die Effektivität ambulanter Psychotherapie und Möglichkeiten regelmäßiger Qualitätsmessungen untersucht. Qualitätsmessungen sind möglich, sinnvoll und von den Patienten geschätzt. Jeder in die Psychotherapie investierte Euro bringt zwei bis vier Euro an gesamtgesellschaftlichem Nutzen. Der Zugang zur Psychotherapie ist jedoch zu bürokratisch organisiert.

Dauert eine Psychotherapie länger als 25 Stunden, müssen die Krankenkassen bevor sie die Kosten übernehmen dürfen in einem vor über vier Jahrzehnten eingeführten Gutachterverfahren prüfen lassen, ob die Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist. Dr. Thomas Ruprecht, der das Modellvorhaben für die TK betreut hat: "Dies ist für alle Beteiligten, Therapeuten, Patienten und Krankenkassen mit hohem bürokratischem Aufwand und Kosten verbunden. Unsere Studie zeigt jedoch, dass die Therapiequalität ohne Gutachten nicht schlechter ist und auch nicht wesentlich mehr Therapiestunden abgerechnet werden."

Die TK spricht sich deshalb dafür aus, künftig auf das aufwändige Gutachterverfahren zu verzichten. "So könnten Therapeuten sich künftig in der Zeit ihren Patienten widmen, die sie jetzt mit Dokumentation verbringen müssen, und auch die Krankenkassen könnten das für die Gutachten aufgewendete Budget in eine bessere medizinische Versorgung ihrer Versicherten und eine wissenschaftlich fundierte Qualitätsmessung investieren", so der TK-Experte.

An dem Modellvorhaben der TK nahmen von 2005 bis 2009 knapp 400 Therapeuten sowie 1.708 Patienten in den Regionen Westfalen-Lippe, Hessen und Südbaden teil. Die Hälfte der teilnehmenden Therapeuten betreute ihre Patienten nach Einsatz des herkömmlichen Gutachterverfahrens, die andere Hälfte durfte darauf verzichten. Zu verschiedenen Zeitpunkten vor, während, am Ende und ein Jahr nach der Behandlung wurden Patienten und Therapeuten um ihre Einschätzung der Ergebnisqualität gebeten. Trotz der unterschiedlichen Bewilligungspraxis in beiden Gruppen konnten jedoch keine signifikanten Qualitätsunterschiede festgestellt werden. Zudem zeigte sich, dass in der Interventionsgruppe ohne Gutachterverfahren im Durchschnitt nicht wesentlich mehr Therapiesitzungen abgerechnet wurden als in der Kontrollgruppe. Allerdings variierte die Zahl der Sitzungen in der ersten Gruppe deutlicher, das heißt Therapien wurden bei Erfolg früher beendet oder im Gegenzug bei weiterem Behandlungsbedarf verlängert. "Im Mittel gab es zwar keine spürbaren Unterschiede, es zeigt sich jedoch, dass die Therapeuten den Therapiebedarf der Patienten eigenverantwortlich sehr gut steuern können und die Patienten mit einem Qualitätsmonitoring auch sehr zufrieden sind", so Ruprecht.

Der vollständige Evaluationsbericht des TK-Modellvorhabens steht unter www.presse.tk.de zum kostenlosen Download.

TK-Pressestelle
 Telefon 040 - 69 09-17 83
 Fax 040 - 69 09-13 53
 E-Mail pressestelle@tk.de 

Social Media Newsroom www.newsroom.tk.de 
 Twitter www.twitter.com/TK_Presse 

erstellt am 26.05.11


Suche / Webcode


[Hilfe](#)
Geschäftsbericht

Her können Sie unseren Geschäftsbericht 2010 downloaden.

[Geschäftsbericht](#)

Zum Social Media Newsroom

Pressefotos, Publikationen, Videos, Tweets und mehr.


Terminvorschau

Termine zu den Themen Sozialpolitik, Krankenversicherung und Gesundheit

Medienkontakt

TK-Pressestelle
 Branfelder Str. 140
 22305 Hamburg

Pressesprecherin
 Dorothee Meusch

Telefon
 040 - 6909-1783

E-Mail Kontakt

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE E.V.



Universitätsklinikum Freiburg
Herrn
Prof. Dr. C.E. Scheidt

Hauptstr. 8
79104 Freiburg

Bundesgeschäftsstelle

Marktstraße 12
99867 Gotha
Telefon/Fax (03621) 29691
eMail info@dgip.de
Internet www.dgip.de

Postgiroamt München
(BLZ70010080)
Konto-Nr. 135588-806

Sozialbank München
(BLZ 70020500)
Konto-Nr. 8820000

Witten, den 28.11.2010

Sehr geehrter Herr Professor Dr. Scheidt,

anbei übersende ich Ihnen als Vorsitzenden des wissenschaftlichen Beirates des TK-Modellvorhabens meine Kritische Studie zu diesem Modellvorhaben.

Zudem übersende ich Ihnen ein Schreiben von Herrn Dr. Ruprecht, in dem er mir die Möglichkeit der Weiterleitung der Kritik an Sie aufzeigt.

Eine Kurzfassung meiner Kritik lege ich Ihnen zur einführenden Übersicht bei.

Ich bitte Sie und den wissenschaftlichen Beirat, diese Kritische Studie bei Ihrer Beurteilung des TK – Modellvorhabens zu berücksichtigen und die darin angeführten Argumente kritisch zu prüfen.

Bitte bedenken Sie dabei, dass die von uns kritisierten Vorgänge und Veränderungen berücksichtigt werden sollten, da die Veröffentlichung der Ergebnisse des TK – Modellvorhabens ansonsten unzulässigerweise zu gravierenden Schädigungen für die reale Versorgungsaufgaben aber auch für unsere Ausbildungsgänge und Ausbildungsstätten führen könnten.

Ich bin gerne bereit, Ihnen zur Erleichterung der internen Kommunikation eine elektronische Version der Studie zukommen zu lassen. Für diesen Fall bitte ich Sie freundlich um Zusendung einer E-Mail Adresse. Sie können mich am leichtesten unter Heiner.Sasse@t-online.de erreichen.

Mit freundlichem Gruß

Dr. Heiner Sasse
1. Vorsitzender der DGIP

**Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats
zum Modellprojekt der Techniker Krankenkasse
„Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“**

Der Abschlussbericht der TK-Studie (2011)¹ dokumentiert sehr transparent die differenzierten, aber unter wissenschaftlichem Blickwinkel letztlich doch eindeutigen Ergebnisse der Vergleichsstudie. Die Ergebnisse konnten die hochgesteckten Erwartungen vieler Kritiker des Gutachterverfahrens nicht erfüllen. Im Anschluss an die Vorlage des Berichtes gab es eine Presseerklärung der TK (2011)², Stellungnahmen von Verbänden und Berichte, die dem Wissenschaftlichen Beirat Anlass geben, eine kurze Zusammenschau und wissenschaftlich kritische Bewertung der Studie vorzunehmen.

Im Modellprojekt wurde von den Vertragspartnern Techniker Krankenkasse (TK) und den drei beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen der Wissenschaftliche Beirat mit dem Ziel verankert, „...die Korrektheit des methodisch-statistischen Vorgehens und die Folgerichtigkeit der inhaltlichen Ergebnisinterpretation zu prüfen und zu dokumentieren... Die Ergebnisse werden den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.“ Der Wissenschaftliche Beirat hat das Projekt seit 2005 engagiert und kritisch begleitet. Die Zusammenarbeit im Beirat war von Beginn an vertrauensvoll und produktiv und hat sich auch mit den Evaluatoren über die Jahre hinweg konstruktiv und kooperativ gestaltet.

Ausgangssituation

Der Ablauf des hoch ambitionierten und aufwändigen Projektes war in der Psychotherapeuten-schaft von Anfang an durch Vorschusslorbeeren auf der einen Seite und tiefsitzende Skepsis auf der anderen Seite begleitet. Dies hat einerseits das Interesse an der Studie gesichert, belastete andererseits aber auch die Umsetzung des Projektes.

Anerkennenswert ist, dass sich die Technikerkrankenkasse hier bereit gefunden hat, ein seit bald 40 Jahren eingeführtes Element der ambulanten Vertragspsychotherapie und der voraus-schauenden Qualitätsprüfung, das Antrags- und Gutachterverfahren, im Vergleich mit einem alternativen Vorgehen, auf seine Effektivität hin zu überprüfen. Angesichts der Diskrepanz von Aufwand und Vergütung ist das Verfassen der Berichte bei vielen niedergelassenen Psychotherapeuten nicht sehr beliebt. Die im Rahmen des Modellprojektes vergleichend erprobte alternative Vorgehensweise stellte das mehrfach wiederholte Monitoring mit Routinefragebögen der ambulanten Psychotherapie-Patienten und die daran gekoppelte Therapie-Genehmi-

¹ Abschlussbericht zum Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V (online unter www.tk.de)

² Presseerklärung der TK vom 26.5.2011 (online unter www.tk.de)

gung dar. Die Studie entspricht damit der Forderung vieler Psychotherapeuten, die das seit den 60-er Jahren im Wesentlichen unveränderte Antrags- und Gutachterverfahren kritisieren und nach Alternativen fragen.

Evaluationsplan und seine Umsetzung

Die Evaluatoren um Prof. W. Lutz und Prof. W. Wittmann hatten im Evaluationsplan (2003) eine quasi-experimentelle (clusterrandomisierte) Feldstudie vorgesehen, welche nun in den drei beteiligten KV-Bezirken Westfalen-Lippe, Hessen und Südbaden in der Routineversorgung der beteiligten Studientherapeuten umgesetzt wurde.

Bewertung der rekrutierten Stichprobe von Studientherapeuten: Die Zahl der angestrebten Studientherapeuten, die sich an der Studie beteiligen sollten, wurde erreicht. Es beteiligten sich 403 Therapeuten. Die ursprünglich angestrebte Stichprobengröße von 1.000 vollständigen Patienten-Datensätzen konnte jedoch nicht erreicht werden. Von den 4.452 TK-Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllt hatten und von den Studientherapeuten während der Projektlaufzeit behandelt wurden, wurden nur 2.177 Patienten um eine Studienteilnahme gebeten. Davon haben 1.708 einer Teilnahme zugestimmt. Hiervon ließen sich für 300 Patienten vollständige Datensätze, d.h. Assessments zu allen drei Erhebungszeitpunkten (Therapieanfang, Therapieende, Katamnese) erfassen. Von 597 Patienten erhielten die Evaluatoren Therapieanfangs- und Therapieendeassessments, von 468 Patienten waren Daten zu Therapieanfang und Katamnese verfügbar. Besonders auffällig ist, dass die Therapeuten der Kontrollgruppe (KG: übliches Antrags- und Gutachterverfahren) nur etwa halb so viele Patienten für die Studie auswählten wie die Therapeuten der Interventionsgruppe (IG: Monitoring ohne Gutachterverfahren, wie oben skizziert). Dies stellt die Vergleichbarkeit der Patientienstichproben in Frage. Über den Therapieverlauf hinweg ist zudem eine erhebliche Drop Out-Rate bis zur Katamnese festzustellen, die über der von vergleichbaren Studien liegt (73% [bezogen auf Katamnese-datensätze] bzw. 82% [bezogen auf vollständige Datensätze]). Durch Selektion und Drop Out konnten somit von den Patienten der Studientherapeuten nur zwischen 6,7% [vollständige Datensätze] und 13,4% [Daten zu Therapieabschluss] in die Auswertung eingehen. Hierdurch erscheint schließlich die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse begrenzt.

Ein erhebliches Problem für die Auswertung ergab sich daraus, dass entsprechend den Verträgen zwischen TK und KVEn keine separaten Auswertungen für die einzelnen Therapieverfahren zugelassen waren. Es konnten somit keine entsprechenden Gewichtungen (Adjustierungen) oder geschichtete Auswertungen vorgenommen werden. In die späteren Auswertungen, beispielsweise für die Therapiedauer-Unterschiede, zwischen IG und KG gingen also alle Therapien ein, ohne dass man etwa hätte berücksichtigen können, dass nur ca. 1/3 der beteiligten Therapeuten tiefenpsychologisch ausgerichtet waren und nur ca. 1% psychoanalytische Psychotherapien waren.

Für die Unterschiedsprüfungen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wurden die Assessments genutzt, die bei allen Patienten eingesetzt worden waren. Als Hauptinstrumente wurden patientenseitig das Brief Symptom Inventory (BSI), das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP-D) und das Beck Depressions-Inventar genutzt. 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.

Zielsetzung der Studie

Die beiden zentralen Studienfragen richteten sich auf die erwartete Überlegenheit des Monitorings gegenüber dem traditionellen Gutachterverfahren.

- 1.) Es sollte die Hypothese geprüft werden, ob die Therapien der Interventionsgruppe (Monitoring) effektiver sind als die der Kontrollgruppe (herkömmliches Gutachterverfahren).
- 2.) Es sollte die Hypothese geprüft werden, ob die Behandlungen in der Interventionsgruppe wirtschaftlicher sind (mit Blick auf gesundheitsökonomische Kosten-/Nutzenaspekte) als in der Kontrollgruppe.

Die Studie diene zugleich auch dazu, das zu überprüfende Monitoring-System auf der Basis von Routinefragebögen für Therapeuten und Patienten selbst erst zu entwickeln und in der Fläche zu erproben. Das System sollte für Therapeuten und Patienten zeitnah objektive Rückmeldungen über den Therapieverlauf liefern. Hier zeigte sich, dass das entwickelte, methodisch anspruchsvolle Rückmeldesystem von den Therapeuten und auch den Patienten der Interventionsgruppe in den Zufriedenheitsbefragungen durchaus geschätzt wurde. Einschränkend muss berücksichtigt werden, dass sich die Erfassung der Zufriedenheit nur auf die Therapeuten bezieht, die sich für die Studie freiwillig gemeldet hatten. Es ist wahrscheinlich, dass die Therapeuten, die dem Monitoring-Modell skeptisch gegenüber standen, sich eher an der Studie nicht beteiligten. Zudem waren zwischenzeitlich 102 Therapeuten ausgeschieden.

Zentrale Studienergebnisse

Zur ersten Studienfrage: Nach den differenziert dargestellten Auswertungen stellen die Autoren zusammenfassend fest, dass die zentrale Hypothese der Studie nicht bestätigt wurde. Es fand sich für die Hauptzielgröße kein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe, weder beim Vergleich der Verbesserungen zum Therapieende, noch bei der Prüfung der Verbesserungen zur Jahreskatamnese. Die erwartete Überlegenheit des Therapie-Monitorings gegenüber dem traditionellen Gutachterverfahren als Genehmigungsmethode konnte damit nicht belegt werden. Auch die sorgfältige Berücksichtigung möglicher Störvariablen (Confounder) konnte diesen Befund nicht ändern.

Zur zweiten Studienfrage: Das zweite Studienziel richtete sich auf die Frage, ob das Monitoring zu einer besseren Wirtschaftlichkeit in der Therapie beiträgt, etwa weil die Therapien kürzer sind oder weil die Patienten weniger Arbeitsunfähigkeitszeiten haben. Diese Frage konnte nicht vollständig geprüft werden, weil von Seiten der TK keine Daten zu den möglichen gesundheitsökonomischen Outcome-Variablen vorlagen. Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass die Therapien bei den Therapeuten der Interventionsgruppe signifikant und deutlich länger dauerten als bei denen der Kontrollgruppe (IG: Mittelwert 41,3, Median 41,0; KG: Mittelwert 37,0, Median 30,0).

Weitere Studienergebnisse

Die Studie wurde auch genutzt, um zusätzlich interessierende Fragen explorativ zu untersuchen. Hier gab es einige interessante Ergebnisse, die jedoch aufgrund der methodischen Einschränkungen der Studie nicht überbewertet werden dürfen.

Es zeigte sich, dass bei allen Therapien, von denen Katamnese-Daten vorliegen, im Durchschnitt sehr deutliche Verbesserungen in dem erwähnten integrierenden Ergebnismaß erzielt werden konnten (Effektgröße/Effektstärke $d=1,0$). Dies galt sowohl für die Interventionsgruppe als auch die Kontrollgruppe. Das Ergebnis kann man als Hinweis auf die Wirksamkeit von Psychotherapie auch unter Praxisbedingungen interpretieren. Dabei muss allerdings auch der eingangs erwähnte erhebliche Drop-Out der Patienten und die Selektivität der Stichprobe berücksichtigt werden. Die Frage der Generalisierbarkeit auf die ambulante Psychotherapie kann deshalb nicht sicher beantwortet werden. Unter anderem muss man berücksichtigen, dass Katamnese-Daten bevorzugt von denjenigen Patienten vorlagen, die zum Therapieende bereits größere Verbesserungen gezeigt hatten. Lobenswert ist die entsprechende Adjustierung der Katamnese-Daten, die den Einfluss einzelner Selektionseffekte rechnerisch zu kompensieren versucht. Ob dies fachlich zu rechtfertigen ist, ist allerdings unsicher.

Interessant sind auch die Überlegungen zum gesundheitsökonomischen Nutzen von Psychotherapie, die im Ergebnisbericht angestellt werden. Danach errechnen die Evaluatoren explorativ einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen von 2 bis 4 Euro pro in die Therapie investierten Euro. Diese zunächst durchaus beeindruckende Feststellung muss vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass von der Techniker Krankenkasse aus verschiedenen Gründen, wie bereits erwähnt, entgegen dem Studienplan keine gesundheitsökonomischen Outcome-Daten zu den Probanden vorgelegt werden konnten. Die Evaluatoren haben dieses Manko dadurch umgangen, dass sie die gefundenen Verbesserungen bei den Effektivitätsmaßen in der Katamnese-Stichprobe per Analogschluss (auf der Basis von erwarteten Effekten auf das Bruttosozialprodukt) in einen gesundheitsökonomischen Nutzen der ambulanten Psychotherapie für die Gesellschaft umgerechnet haben. Dieses in der Gesundheitsökonomie und Psychotherapieforschung bislang nicht übliche Vorgehen hat zwar vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten nur begrenzte Aussagekraft, bietet aber für die weitere Forschung ggf. hohes Anregungspotential.

Resume³

Die Bedeutung psychischer Störungen für die Gesundheitsversorgung nimmt ständig zu, auch zeigen sich die beträchtlichen volkswirtschaftlichen Kosten von psychischen Störungen immer deutlicher (Arbeitsunfähigkeitsdaten, Frühberentungen). Der Techniker Krankenkasse gebührt daher große Anerkennung, dass sie dieses Modellprojekt und seine sorgfältige Evaluation finanziert hat, denn es ist überfällig, dass zu den Potentialen der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie und möglicher Weiterentwicklungen in der realen Versorgung Untersuchungen vorgenommen werden.

Das Monitoringverfahren, so bestätigt die vorliegende Studie, stellt in Bezug auf die Effektivität keine Alternative zum Antrags- und Gutachterverfahren dar, zumindest nicht in der hier erprobten Art und Weise, d.h. der Verknüpfung mit der Therapiegenehmigung. Die Diskussion um das Antrags- und Gutachterverfahren und um die geeignete Form der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung muss also weitergehen, denn Psychotherapie ist wirksam. Das wurde schon in vielen Studien belegt und auch die vorliegende Untersuchung liefert dazu als Feldstudie plausible Hinweise.

Die Ergebnisse der Studie sind mit Blick auf das primäre Studienziel zwar bescheiden. Die Studie zeigt aber, dass psychotherapeutische Versorgungsforschung im Feld möglich ist und dass sie auch wichtige Entwicklungsperspektiven untersuchen kann. Schließlich gibt die Studie wertvolle Hinweise darauf, dass neue Modelle der Versorgung vor 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.

Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats:

Dr. Heiner Vogel, Dr. Josef Brockmann, Prof. Dr. Franz Caspar, Prof. Dr. Gerd Rudolf, Prof. Dr. Ulrich Stangier, Prof. Dr. Carl-Eduard Scheidt

Korrespondenzadresse:

Heiner Vogel, Universität Würzburg
Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften
Klinikstr. 3, 97070 Würzburg, Tel. 0931-31-82718, h.vogel@uni-wuerzburg.de

³ Ein ausführlicher Beitrag zu der Studie befindet sich derzeit in der Begutachtung.

QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

„Wissenschaftlich nicht akzeptabel“

Die psychoanalytischen Fachverbände üben Kritik an der wissenschaftlichen Qualität des Modellprojekts der Techniker-Krankenkasse zum „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ und stellen die Aussagekraft der Ergebnisse infrage.

Heiner Sasse

Die Techniker-Krankenkasse (TK) hat Ende Mai die Ergebnisse ihres Modellvorhabens zum „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ vorgelegt. Diese Langzeitstudie untersuchte von 2005 bis 2009 die Effektivität ambulanter Psychotherapie und die Möglichkeiten regelmäßiger Qualitätsmessungen. An dem Projekt nahmen etwa 400 Psychotherapeuten und 1700 Patienten teil. Die Hälfte der teilnehmenden Therapeuten betreute die Patienten nach dem Einsatz des traditionellen Gutachterverfahrens, bei der anderen Hälfte wurden Therapeuten und Patienten mit Hilfe psychometrischer Tests während des Therapieverlaufs immer wieder um Einschätzung der Ergebnisqualität gebeten (Qualitätsmonitoring). Im

und Qualitätsnachweises leisten zu können.

Alle berufs- und sozialrechtlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren basieren auf unterschiedlichen Krankheits- und Behandlungskonzepten, es bestehen gravierende Unterschiede zwischen den Verfahren bezüglich ihrer konkreten Behandlungspraxis, Zielsetzungen und den Behandlungskontingenten. In der kritischen Studie wird ein Transparenzmodell zur Qualitätsbeschreibung (Wirksamkeitsmerkmale, Qualitätsmerkmale, Verfahrensmerkmale und Kompetenzfaktoren der Behandler) für die psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren vorgelegt.

Es ist wissenschaftlich nicht akzeptabel, wenn die gravierenden

Dies ist ein zentraler Fehler in der Konzeption. Ergänzt werden müsste der Nachweis, verfahrensspezifisch definierte Qualitätsmerkmale erfüllt zu haben sowie der Nachweis einer Krankheitsdefinition und empirische Belege, dass die Ursachen der Erkrankung behandelt wurden. Zudem fehlen einzelfallspezifische Einschätzungen des Behandlers oder eines geschulten externen Raters.

Der Nachweis der veränderten subjektiven Patientenselbsteinschätzung allein ist im konkreten Einzelfall nie ein sicherer Nachweis über eine Veränderung des individuellen Krankheitsgeschehens.

● **Die externen Bewertungen durch das „Qualitätsmonitoring“ des „Trust-Centers“ bergen Risiken.**

Zur Bearbeitung der unbewussten Hintergründe der Erkrankung muss sich diese in einer spezifischen Übertragungsentwicklung im Rahmen des therapeutischen Arbeitsbündnisses auf Basis der individuellen Beziehungsgestaltung zu dem Patienten entfalten können. Nur so kann der Patient sowohl kognitiv, motivational und emotional in einer vertrauensvollen Beziehung seine unbewusst pathogenen Muster fühlbar durcharbeiten. Dieser Prozess wird durch externe Bewertungen gefährdet.

Es wird in sechs empirischen Studien nachgewiesen, dass die bis Mitte 2007 mehrfach an Patienten und Behandler in die laufenden Behandlungen eingebrachten Bewertungen in unkontrollierbarem Umfang häufig falsch waren und so zu unzulässigen Beeinflussungen der Behandlungen führten. Nach der Kritik wurden diese Bewertungen grundlegend geändert.

Die Einführung einer verfahrensübergreifenden Wirksamkeits- und Qualitätsmessung ist damit gescheitert.

Vergleich der beiden Ansätze – der zentralen Fragestellung – konnten keine signifikanten Qualitätsunterschiede festgestellt werden (siehe auch Editorial in PP, Heft 7/2011).

Die psychoanalytischen Fachgesellschaften haben das Modellvorhaben bereits seit 2004 – noch vor der Umsetzung – kritisiert und ihren Mitgliedern aus mehreren Gründen von der Teilnahme abgeraten. Die 230 Seiten lange „Kritische Studie zum Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse“ stellt die Kritik umfassend dar (1). Auf dieser Studie beruhen die folgenden Kritikpunkte:

● **Das TK-Modell behauptet, die Einführung eines verfahrensübergreifenden Wirksamkeits-**

Unterschiede zwischen den Verfahren negiert werden und stattdessen ein einzelnes vergleichbares Kriterium (hier: die Messung der Veränderung in der subjektiven Patientenselbsteinschätzung) als das zentrale Qualitäts- und Wirksamkeitskriterium für alle Verfahren herangezogen wird. Die Einführung einer verfahrensübergreifenden Wirksamkeits- und Qualitätsmessung ist damit gescheitert. In weiteren Forschungsvorhaben muss dies berücksichtigt werden.

● **Das TK-Modell nimmt an, allein aus der Veränderung der subjektiven Patientenselbsteinschätzungen eine begründete Aussage über die Behandlungsqualität eines Einzelfalles ableiten zu können.**

Der prinzipielle Fehler im Monitoringvorgang besteht weiterhin darin, dass konzeptionell keine Möglichkeit vorliegt, um rechnerisch abzubilden, dass bei einer Verschlechterung in der subjektiven Patientenselbsteinschätzung ein guter Prozess beziehungsweise bei positiven Veränderungen ein schlechter Prozess stattfinden kann.

Nach der ethisch unverzichtbaren Änderung der Rückmeldungen zeigt sich jedoch ein neues Problem: Es kann danach nicht mehr von einer konstanten Experimentalgruppe ausgegangen werden. Methodisch ist von zwei Experimentalgruppen auszugehen, die sich im zentralen Wirkfaktor erheblich unterscheiden.

Das TK-Modell zeigt, dass bewertende externe Beeinflussungen von Patienten ohne Berücksichtigung der individuellen Prozesse und der verfahrensspezifischen Behandlungskonzeption zu Fehlbewertungen führen.

● **Der Vergleich zwischen dem modifizierten und dem regulären Gutachterverfahren im TK-Modell führt durch die Selektion der Vergleichskriterien dazu, dass die Gruppen nicht miteinander verglichen werden können.**

Die sozialrechtlich verbindlich geregelten Richtlinien-Psychotherapien dürfen nur nach Durchführung des regulären Gutachterverfahrens zur Anwendung kommen. Das TK-Modell hat die eigentlichen Aufgaben des regulären Gutachterverfahrens zu keinem Zeitpunkt untersucht.

Im regulären Gutachterverfahren prüft der Gutachter den Bericht des Behandlers auf Antrag der Kasse. Vorrangig wird geprüft, ob der Behandler ein anerkanntes Verfahren kompetent anwendet und ob die Entstehung der Erkrankung, die aufrechterhaltenden Hintergründe und die Behandlungsansätze plausibel bei ausreichender Prognose im Einzelfall dargestellt werden. Geprüft werden also nicht (wie im modifizierten Gutachterverfahren) der Patient und die Veränderung in der subjektiven Patientenselbsteinschätzung, sondern ob der Behandler die Indikation für ein geeignetes Ver-

fahren begründen kann und ob er dem Einzelfall entsprechend einen plausiblen individuell begründeten Behandlungsplan vorlegen kann.

In der Versorgungsrealität der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren wird seit vielen Jahren etwa jeder siebte Antrag nicht so genehmigt, wie er beantragt wird (2010 wurden vier Prozent der Anträge vollständig abgelehnt, etwa 11,5 Prozent wurden nicht in dem Umfang bewilligt, wie sie beantragt wurden). Damit kann die Wirksamkeit des Gutachterverfahrens nicht infrage gestellt werden. Es gibt zudem zahlreiche positive Rückmel-

Es können keine Aussagen mit einem wissenschaftlichen Anspruch abgegeben werden. Das gilt auch für die positiven Belege der Wirksamkeit von Psychotherapie.

dungen von Behandlern, wenn sie von den gutachterlichen Stellungnahmen profitieren konnten. Diese Auswirkungen des regulären Gutachterverfahrens werden im TK-Modell nicht untersucht. Ebenso wenig werden dessen elementare Aufgaben untersucht.

Das modifizierte Gutachterverfahren wird, im Gegensatz zur Kontrollgruppe, zusätzlich durch die ursprünglichen Bewertungen mit einem Beschleunigungs- und Effektivitätssteigerungskonzept in Verbindung gesetzt.

● **Das TK-Modell trifft Aussagen mit dem Anspruch auf wissenschaftliche Begründung, obwohl schwerwiegende methodische Mängel vorliegen.**

Zwischen den Experimental- und den Kontrollgruppen wirken mehr als zehn systematisch unterschiedliche Faktoren. Während der laufenden Untersuchung wurden drei vorher nicht geplante gravierende Veränderungen in die Experimentalgruppen eingeführt. Die hohe Abbruchquote von Behandlern während des Verlaufes (in Südbaden 40,3 Prozent, in Westfalen-Lippe 22,9 Prozent, in Hessen 22,3 Prozent) lässt befürchten, dass deren negative Hintergründe die tatsächlich vorgelegten Ergebnisse verändert hätten.

Das TK-Modell war inhaltlich überfrachtet. Es können keine Aussagen mit einem wissenschaftlichen Anspruch abgegeben werden. Das gilt auch für die positiven Belege der Wirksamkeit von Psychotherapie.

● **Die Sorgfaltspflichten wurden nicht erfüllt und Transparenz nicht gewährleistet.**

Die Verbindungen der Untersuchungsleiter mit einem einzigen Verfahren (Verhaltenstherapie) und zum Teil mit dem Verlag, der das „Trust-Center“ betreibt, wurden nicht angezeigt. Besonders kritisch muss bedacht werden, dass die Kritikpunkte lange vor Beginn

des Experiments veröffentlicht wurden. Auch im Abschlussbericht werden die Diskussionspunkte weder erwähnt, noch werden die Gründe für die Veränderung der Bewertungen ab Mitte 2007, noch der Autor benannt. Es wird so der Eindruck erweckt, als ob die Forschergruppe aus eigener Einsicht die Bewertungen „optimiert“ hat und nicht grundlegend zur Fehlerbeseitigung hat verändern müssen.

Von einer an Werten orientierten wissenschaftlichen Forschung ist zu fordern, dass die Kritik, wenn sie denn zu Auswirkungen auf das eigene Forschungsvorhaben geführt hat, transparent dargestellt wird. Nur so kann die Bereitschaft der niedergelassenen Kollegen zur Teilnahme an wissenschaftlicher Forschung gefördert werden.

LITERATUR

1. Sasse H: 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. 2011

Kontakt:

Dr. Heiner Sasse
Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie
Heiner.Sasse@t-online.de



Die kritische Studie und das TK-Modellprojekt im Internet:
www.aerzteblatt.de/pp11376