

## Stellungnahme

### zum Vorbericht

„Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“  
des IQTIG vom 22.3.2021

### Beatrice Piechotta

Düsseldorf

Mitglied des Expertengremiums

Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin

Fachärztin für Psychiatrie

Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

[bpiechotta@t-online.de](mailto:bpiechotta@t-online.de)

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

30.4.2021

### Inhalt

1. Indikatoren und Dokumentationsvorgaben (Indikatorenset 1.0)
2. Vorgaben des G-BA
  - 2.1. Sind die Indikatoren geeignet, die Prozess- und Ergebnis-Qualität zu messen und darzustellen?
  - 2.2. Sind die Indikatoren verfahrens-unabhängig?
  - 2.3. Greifen die Indikatoren und das QS-Verfahren in den Behandlungsprozess ein?
  - 2.4. Sind die Indikatoren und das QS-Verfahren geeignet, die Qualität zu fördern?
  - 2.5. Auswertungskonzept
3. Zusammenfassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das IQTIG beauftragt, ein Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zu entwickeln, mit der Zielsetzung

- Messen der Qualität (Prozess- und wenn sachgerecht möglich Ergebnisqualität)
- Vergleichende Darstellung der Qualität
- Fördern der Qualität

und dafür Instrumente und Indikatoren zu entwickeln, auf der Grundlage eines Qualitätsmodells.

Der Vorbericht des IQTIG beschreibt ein Set von **9 QS-Indikatoren** für psychotherapeutische Praxen, sowie deren Entwicklung. Die daraus resultierende QS-Dokumentation besteht aus 66 QS-bezogenen Fragen bzw. Datenfeldern zu den Indikatoren (Vorbericht Anhang B.7), die fallbezogen für jede Behandlung zu beantworten sind.

Das ist jedoch – entgegen dem Titel – nicht das ganze QS-Verfahren, sondern nur der Teil, der von der Psychotherapeutin zu dokumentieren ist. Ein zweiter Teil wird mittels Patientenbefragung erhoben, und ist noch nicht bekannt. Die **Patientenbefragung** soll sich auf **13 Indikatoren** beziehen (s. Indikatorenset 1.0, S. 10), laut Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell sollen folgende Qualitätsaspekte vor allem oder ausschließlich über die Patientenbefragung abgebildet werden (S. 79 f.):

- Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen
- Information zu den Rahmenbedingungen
- Information und Aufklärung zur Diagnose
- Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Kommunikation und Interaktion in der psychotherapeutischen Versorgung
- Outcome

Da beide Teile ineinandergreifen und ein Gesamt-Indikatorenset bilden, ist es problematisch für die Beurteilung, dass ein Teil nicht bekannt ist.

## 1. Indikatoren und Dokumentationsvorgaben (Indikatorenset 1.0)

### Zu 1.1. Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen

Indikatorenset 1.0 Qualitätsziel: „... *umfassende Klärung der Problematik ...*, um zum einen Diagnosen stellen zu können, ... um Therapieziele und das weitere Vorgehen abzuschätzen“ (S. 11)

Die in Datenfeld (DF) 14xx12 bis 14xx23 aufgeführten Punkte sind behandlungsrelevante Dimensionen, aber eine „*umfassende Klärung der Problematik*“ beschränkt sich nicht auf ein Erfassen von Informationen und Abklären einzelner Fragen. Hier entsteht ein reduziertes Bild von psychotherapeutischer Arbeit und Qualität. Die umfassende Diagnostik besteht darin, die gesammelten Informationen mit eigenen Beobachtungen und Befunden in Verbindung zu bringen, zu verarbeiten (interpretieren, gewichten, Zusammenhänge herstellen) und innerhalb eines verfahrensspezifischen Krankheits- und Behandlungsverständnisses einzuordnen.

Bei der psychodynamischen Diagnostik wird aus den genannten und weiteren Informationen (szenische Informationen über unbewusste Beziehungsdynamik, Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen) ein verfahrensspezifischer Psychischer Befund erarbeitet (Ich-Funktionen, Abwehrmechanismen, strukturelle Merkmale, prognostische Kriterien, usw.), und Hypothesen zur unbewussten Psychodynamik entwickelt. Ohne diesen Teil der Arbeit man keine Diagnose stellen, keine Therapieziele formulieren und keine Behandlungsentscheidungen treffen.

Indikatorenset 1.0 Datenfeld 14xx24: *Wurde in der Anfangsphase der Behandlung eine verfahrensspezifische Diagnostik durchgeführt?* (S. 18)

Vorbericht: *„Die aufgeführten Dimensionen der Diagnostik werden vom Expertengremium als Minimalkonsens verstanden, auf dessen Grundlage die Leistungserbringer die Diagnostik ... verfahrensspezifisch erweitern bzw. ergänzen sollten.“* (S. 84)

Hier zeigt sich ein Missverständnis: Es geht nicht darum, die genannten Dimensionen zu ergänzen durch eine weitere Maßnahme „*Verfahrensspezifische Diagnostik*“, sondern: Das gesamte diagnostische Vorgehen ist verfahrensspezifisch: Alle Informationen, die die Psychotherapeutin aufnimmt, erhalten ihre Bedeutung nur auf dem Hintergrund des verfahrensspezifischen Theorie-modells und Krankheitsverständnisses.

Der Begriff „*Psychische Komorbiditäten*“ entspricht nicht dem psychodynamischen Verständnis von seelischen Erkrankungen. Patienten haben aus dieser Sicht nicht z.B. eine Panikstörung, und daneben weitere eigenständige Krankheitsbilder wie eine Depression, eine Somatisierungsstörung und eine Persönlichkeitsstörung, sondern alle Beschwerden sind Ausdruck der zugrundeliegenden unbewussten Konflikte/Strukturdefizite, die zusammen ein Gesamt-Krankheitsbild ergeben.

### **Fazit**

Der Indikator bildet nur einen Teilbereich des Diagnostik-Prozesses ab, die wesentliche Qualität psychotherapeutischer Arbeit – der eigentliche „*Schlüsselprozess*“ (Vorbericht S. 140) fehlt. Darauf muss hingewiesen werden!

### **Vorschlag:**

- Datenfeld 14xx24 (Verfahrensspezifische Diagnostik) weglassen
- Den Minimalkonsens der verschiedenen Verfahren – auch im Expertengremium – lautet aus meiner Sicht: Die behandlungsrelevanten Dimensionen 14xx12 bis 14xx23 sind für alle Verfahren gleichermaßen relevant. Diese und weitere Basis-Informationen werden im Rahmen des jeweils verfahrensspezifischen diagnostischen Vorgehens erhoben, und verfahrensspezifisch weiter verarbeitet zu einer Fallkonzeption.

## **Zu 1.2. Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten**

Indikatorenset 1.0 Rationale: *„Eine umfassende Diagnostik ..., die durch den Einsatz quantitativer Messverfahren ergänzt wird, ist Voraussetzung für eine Behandlungsplanung und das Formulieren von Behandlungszielen, ...“* (S. 19)

Die Ergänzung der Diagnostik durch quantitative Messverfahren ist nicht Voraussetzung für die Behandlungsplanung und für das Formulieren von Behandlungszielen.

Dass nur 15 % der Psychotherapeuten Testverfahren abrechnen, und nur 7 % während der Probatorik, zeigt nicht notwendig – wie das IQTIG unterstellt – dass hier ein Qualitätsdefizit vorliegt. Es kann auch so interpretiert werden, dass 85 bzw. 93 % der Psychotherapeuten – also auch der überwiegende Teil der Verhaltenstherapeuten – Testverfahren nicht für ausreichend nützlich halten, um im Praxisalltag diesen zusätzlichen Aufwand zu betreiben und ihren Patienten zuzumuten.

Bei den psychodynamischen Verfahren besteht das diagnostische Vorgehen im Wesentlichen in einer unstrukturierten Erstinterview-Technik, Szenischem Verstehen, Analyse von Übertragung/Gegenübertragung und Einordnen der Sach-Informationen in diesen Zusammenhang.

**Testverfahren** haben im Rahmen der psychodynamischen Verfahren nur begrenzten Nutzen, und sie können kontraindiziert sein.

In der Psychotherapie wird die Indikation für jede Intervention, verbale, nicht-verbale, und auch technische wie Testverfahren von der Psychotherapeutin gestellt und verantwortet. Für psychologische Untersuchungsmethoden, z.B. Testverfahren, gilt Vergleichbares, wie für somatische Untersuchungen und Eingriffe: Auch hier können Grenzen verletzt werden, wenn Psychotherapeutin und Patientin verpflichtet werden, Verfahren anzuwenden bzw. sich ihnen zu unterziehen, die sie nicht als sinnvoll ansehen.

Es kommt hinzu, dass der Einsatz von Testverfahren Wissen über Testtheorie und die eingesetzten Testverfahren erfordert (was die Auswertungsergebnisse aussagen, wie man sie interpretiert, usw.). Dieses Wissen erwerben Psychologen in einer mehrjährigen methodischen Ausbildung, während es im Medizinstudium nur am Rande gestreift wird. Ich halte es für fragwürdig, Instrumente einzusetzen und ihnen eine scheinbare Objektivität zuzuschreiben, für die die Anwender nicht ausgebildet sind. Man würde auch nicht EKGs von Psychologen mit Hilfe einer Schablone auswerten lassen.

Siehe dazu auch die Erfahrungen in einem Projekt von Psychoanalytikern zum Einsatz von Testverfahren für QS: <https://qs-psychotherapie.de/wp-content/uploads/8.-QNAP-Evaluation.pdf>

**Strukturierte Interviews** können die verfahrens-spezifische, unstrukturierte Gesprächstechnik der psychodynamischen Verfahren nicht ersetzen, man bräuchte also zusätzliche Sitzungen dafür, ohne dass es einen wesentlichen Zusatznutzen bringen würde.

Um den Einsatz von standardisierten, quantifizierenden Messverfahren verpflichtend einzuführen – was ein Eingriff in den Behandlungsprozess bei 85 % der Psychotherapeutinnen wäre – müsste nachgewiesen sein, dass dieser Eingriff dazu beiträgt, die Therapieergebnisse zu verbessern.

- Die vom IQTIG angeführten Studien (Beard et al. 2019, Schawohl et al. 2018) sagen nichts zu dieser Fragestellung aus, sondern untersuchen den Einsatz von Testverfahren für prognostische Aspekte. (s. auch S. 12 meiner Stellungnahme)
- Auch die zitierten Leitlinien sind kein Nachweis zu dieser Fragestellung. Sie beziehen sich auf psychiatrische und/oder störungsspezifische Behandlungen, und sind vom Empfehlungsgrad her nur Expertenmeinungen.
- Es gibt eine große Studie aus der deutschen Versorgung, die sich diese Frage gestellt hat: Wittmann et al. (2011) zum Modellprojekt der Techniker-Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/TK-Abschlussbericht\\_Qualitaetsmonitoring-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/TK-Abschlussbericht_Qualitaetsmonitoring-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf)

Das IQTIG hat im Zwischenbericht zu Qualitätsmodell ein Nebenergebnis dieser Studie zitiert: durch Testverfahren wird die Diagnostik zum Teil ausführlicher. Das Hauptergebnis wurde nicht aufgegriffen, nämlich dass die Therapieergebnisse mit Testverfahren und systematischem Feedback nicht besser waren und länger dauerten, als mit Gutachterverfahren. – Im Vorbericht wird diese Studie gar nicht mehr erwähnt. Hier entsteht der Eindruck einer selektiven Wahl von Studien, die zu den gewünschten Maßnahmen passen.

## Fazit

Der Indikator greift verändernd in die psychotherapeutische Arbeit ein, ohne dass ein Nutzen nachgewiesen wäre. Er ist nicht verfahrens-unabhängig, er entspricht nicht dem diagnostischen Prozess der psychodynamischen Verfahren.

Die Verpflichtung, etwas zu machen, was Patienten, Psychotherapeuten und der Behandlung nichts nützt, widerspricht den Qualitätsdimensionen der **Patientenorientierung** und **Angemessenheit der Versorgung** (nicht indizierter Eingriff), und der **Wirtschaftlichkeit** (unnötige Kosten).

## Zu 2.1. Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen

Der Indikator ist so formuliert, dass er eine verfahrens-spezifische Ausgestaltung ermöglicht, wie auch bisher im Gutachterverfahren.

Psychodynamisch tätige Psychotherapeuten formulieren einerseits Ziele auf einer fachlichen Meta-Ebene, die nicht mit dem Patienten besprochen werden, weil es Unbewusstes betrifft (Bearbeitung von unbewussten Konflikten, Auflösung von pathologischen Abwehrmechanismen, Weiterentwicklung von Strukturdefiziten, usw.). – Auf der bewussten Ebene formulierbare Ziele werden mit den Patienten auch bisher schon besprochen, und im Verlauf auch immer wieder reflektiert und modifiziert.

Allerdings sind Therapieziele nur ein Teil der **Behandlungsplanung**, d.h. auch an dieser Stelle fehlt ein wesentlicher Teil der Qualität psychotherapeutischer Arbeit.

Es befremdet, dass die Beurteilung der Behandlungsplanung nur in der Patientenbefragung angesiedelt ist. Zumindest bei den psychodynamischen Verfahren ist es den Patienten nicht möglich, zu beurteilen, ob ihr Psychotherapeut einen adäquaten Behandlungsplan bezüglich der unbewussten Problematik und Psychodynamik entwickelt hat, und es würde die Behandlung beeinträchtigen, wenn bereits zu Beginn der Behandlung psychodynamische Hypothesen über Unbewusstes besprochen würden, die während der Therapie erst gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und ggf. modifiziert werden.

### Fazit

Der Indikator ist in dieser Form verfahrens-unabhängig. Er erfasst jedoch nur einen Teilbereich des Schlüsselprozesses Behandlungsplanung. Das sollte auch so benannt werden.

## Zu 3.1. Reflexion des Therapieverlaufs

Das IQTIG erklärt an verschiedenen Stellen, warum es aus diesem und anderen Indikatoren die Formulierung „gemeinsam mit dem Patienten“ gestrichen hat: das „Gemeinsame“ wird nur in der Patientenbefragung erfragt, mit der Begründung: es solle keine Doppelerhebung stattfinden, ob Partizipation gelungen sei, könne nur die Patientin beurteilen. Damit entstehen Indikatoren, deren Formulierung (Erfolgte eine Überprüfung? Wurden die Ziele angepasst?) ein Bild von psychotherapeutischer Tätigkeit erzeugt, das eher einem Ingenieur entspricht, der technische Funktionen überprüft und neu einstellt.

Reflexion des Therapieverlaufs gemeinsam mit der Patientin: Dabei geht es genau um das Feedback vom Patienten, das entsprechend dem nächsten Indikator per Testverfahren eingeholt werden soll – allerdings im direkten, persönlichen Austausch, nicht mittels eines unpersönlichen technischen Hilfsmittels. Das Feedback der Patientin verarbeitet die Psychotherapeutin für sich dann noch weiter.

Indikatorset 1.0 Anmerkungen: „Die behandlungsrelevanten Dimensionen entsprechen denen, die in QI 43xx14 abgefragt werden.“ (S. 29) Es sollte klargestellt werden, dass damit nicht alle 13 Items aus dem Indikator 1.1. gemeint sind, sondern die Dimensionen, die Therapeutin und Patientin für relevant erachten.

### Fazit

Der Indikator kann verfahrens-unabhängig umgesetzt werden, er erfasst jedoch nur einen Teilbereich des Schlüsselprozesses Reflexion des Therapieverlaufs gemeinsam mit der Patientin. (s. auch S. 10 f. meiner Stellungnahme)

### **Zu 3.2. Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf**

Hier gilt das Gleiche wie in 1.2.: Solange nicht erwiesen ist, dass durch Testverfahren und strukturierte Interviews die Therapieergebnisse verbessert werden, dürfen sie nicht verpflichtend sein.

Die hier als wissenschaftlicher Nachweis angeführte Metaanalyse von Lambert et al. (2018) bezieht sich auf Behandlungen in Klinik, Klinikambulanz, Reha und Studentenberatung, also extrem kurze Therapien. Da mögen die untersuchten Feedbacksysteme vielleicht nützlich sein als Unterstützung, nichts zu übersehen, das lässt sich nicht auf die ambulante Psychotherapie übertragen. Ob auch psychodynamische Therapien untersucht wurden, geht aus dem Text nicht hervor. Abgesehen davon benennen die Autoren der Metaanalyse gravierende Limitationen der Aussagekraft der in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien.

Auch an dieser Stelle fehlt der Bezug zum TK-Modellprojekt, das den Einsatz von Testverfahren/Feedback (Beginn und Verlauf) in der ambulanten Psychotherapie untersucht hat, mit dem Ergebnis: mit Testbatterie und Feedback werden Therapieergebnisse nicht besser, als mit Gutachterverfahren (Wittmann et al. 2011).

Strukturierte Interviews im Verlauf: Für die psychodynamischen Verfahren wäre es ein Bruch des therapeutischen Vorgehens und ein Eingriff in die therapeutische Beziehung, mitten im Therapieprozess ein Strukturiertes Interview durchzuführen, ohne erkennbaren Nutzen.

**Fazit:** wie bei 1.2.

### **Zu 4.1. Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten**

Gerade bei schwer psychisch und/oder körperlich kranken Patienten ist Austausch und Kooperation mit anderen Behandlern sinnvoll und notwendig. In manchen Fällen ist diese Kooperation aufwendig und komplex (Abklärung von Diagnosen, medikamentöser Behandlung, geeigneten Begleitbehandlungen, ambulanten Reha-Maßnahmen, Stellungnahmen zu beruflichen und sonstigen Fragestellungen, usw.).

In vielen Fällen gibt es aber auch andere Behandler, mit denen keine Kooperation nötig ist. Das kann im Fragebogen nicht deutlich gemacht werden. Man kann zwar angeben, dass kein Mitbehandler existiert, oder „Patientin lehnt ab“, aber die Vorgaben suggerieren, dass bei Psychotherapie-Patienten immer der Bedarf besteht, mit einschlägigen Mitbehandlern zu kommunizieren.

Auch hier fehlt der Aspekt, dass ein Austausch mit Dritten immer mit dem Patienten gemeinsam abgeklärt wird, in der psychodynamischen Therapie v.a. auch hinsichtlich der unbewussten Bedeutungen und möglichen Auswirkungen einer solchen Intervention.

#### **Fazit**

Der Indikator kann verfahrens-unabhängig umgesetzt werden. Er sollte um ein Datenfeld „nicht indiziert“ ergänzt werden.

**Zu 5.1. Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich Einleitung der Abschlussphase der Therapie und  
zu 5.2. Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/  
oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses**

Bei den Indikatoren des Qualitätsaspektes „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ fehlt Wesentliches bezüglich der „gezielten Vorbereitung auf das Therapieende“ (Indikatorenset 1.0 Anmerkungen S. 42):

Natürlich muss man darüber sprechen, ob Ziele erreicht sind oder sich verändert haben, was sich gebessert hat und was nicht, was sich ggf. neu entwickelt hat.

Im psychodynamischen Krankheitsverständnis dient die Abschlussphase jedoch auch dazu, die Ablösung aus der Behandlungsbeziehung und ihre unbewussten Bedeutungen zu bearbeiten: Was bedeuten Ende der Therapie und Abschied für die Patientin? Welche unbewussten Konflikte und Übertragungen werden dadurch aktualisiert? Dazu gehört auch, anzuerkennen und die Enttäuschung zu verarbeiten, dass manche Therapieziele nicht erreicht werden konnten, die eigene Begrenztheit und die der Therapeutin sowie der therapeutischen Möglichkeiten zu akzeptieren. Ziel ist es, pathogene unbewusste Konflikte um Trennung, Verlust und Begrenztheit so weit wie möglich in der Abschlussphase durchzuarbeiten, um das Behandlungsergebnis dadurch innerhalb der Therapie abzusichern, statt diese Aufgabe an Folge-Maßnahmen auszulagern. Wenn das nicht ausreichend geschieht, können unverarbeitete Themen dazu führen, den Therapieerfolg wieder zu nichte zu machen. Die eigentliche „Rezidivprophylaxe“ und Absicherung des Behandlungsergebnisses findet also innerhalb der Psychotherapie statt.

Vorbericht Anmerkungen: „Die Abschlussphase ... ist charakterisiert durch das Erreichen eines ausreichenden Behandlungsziels ...“ (S. 42)

Im Verlauf einer Psychotherapie kann sich auch herausstellen, dass keine Behandlungsziele erreicht werden können, oder dass bestimmte behandlungsrelevante Dimensionen eine weitere Zusammenarbeit nicht sinnvoll erscheinen lassen, so dass die Behandlung beendet wird. Das ist u.U. nicht „einvernehmlich“, und trotzdem kein „Abbruch“ (s. DF 73), denn es kann beinhalten, dass dieser Konflikt noch gemeinsam bearbeitet wird. Das müsste noch genauer definiert werden.

Vorbericht Anmerkungen: „... Beginn der Abschlussphase und Therapieende werden durch den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert.“ (S. 42)

„Gemeinsam festgelegt und dokumentiert“: Das wird man dann nur aus QS-Gründen machen, normalerweise ist es unüblich und künstlich, Beginn der Abschlussphase (oder Ende der Anfangsphase) in dieser Weise festzulegen. Die Psychotherapeutin könnte für sich nachträglich ein Datum für „Beginn der Abschlussphase“ eintragen – weil sie da Themen im Zusammenhang mit dem Ende angesprochen hat. Aber ich sehe keinen therapeutischen Sinn darin, mit der Patientin gemeinsam festzulegen: Jetzt beginnt die Abschlussphase, oder: Jetzt endet die Anfangsphase.

Auch ein „Festlegen“ des Therapieendes ist oft künstlich, und es ist ein Eingriff in die Therapie, das zu fordern. Patienten sind häufig ambivalent bezüglich des Endes. Es macht aus therapeutischer Sicht auch keinen Sinn, sie zu zwingen, sich festzulegen. Damit provoziert man z.B. Reaktanz, die das bisherige Behandlungsergebnis in Frage stellen oder zunichte machen kann. Wichtiger ist es, dass man diese Ambivalenz zulässt und bearbeitet. Manche Patienten haben aufgrund ihrer spezifischen Problematik so große Schwierigkeiten mit Abhängigkeit und Trennung, dass eine „geordnete“ Abschlussphase, wie sie hier konzipiert ist, nicht möglich ist. Nicht wenige Patienten führen die Therapie nach Ende des Kassen-Kontingentes weiter, z.B. niederfrequent über die Gesprächsziffern, oder auch in höherer Frequenz als Selbstzahler.

Der Indikator legt den Schwerpunkt auf eher organisatorische Aspekte, die sehr detailliert ausdifferenziert wurden (Haus-/Facharzt, nicht ärztliche Behandelnde (was ist damit gemeint?), sozialpsychiatrische Institution, (teil-)stationär). Worin besteht der Informationsgehalt, wenn man weiß, dass die Psychotherapeutin diese Möglichkeiten geprüft hat – zumal viele Patientinnen nichts davon brauchen?

Ein Thema fehlt, das den meisten Patienten am Ende einer Psychotherapie wichtig ist: Ob und unter welchen Bedingungen sie sich wieder an ihre Psychotherapeutin wenden können, und unter welchen Bedingungen nochmalige Psychotherapie möglich und sinnvoll ist (z.B. anderes Verfahren oder Setting). Gerade auch, weil hier häufig die Falschinformation verbreitet wird, erneute Psychotherapie sei erst nach einer Pause von 2 Jahren wieder möglich, ist das ein wichtiger Bestandteil des Gesprächs über die Zeit nach Ende der Behandlung und die Absicherung des Therapieerfolgs.

### **Fazit**

Der Indikator ist in mancher Hinsicht unnötig differenziert, andererseits fehlen wichtige inhaltliche Aspekte.

Der Indikator wird bei einer Reihe von Patienten – gerade auch bei schwer kranken Patienten – schwer oder gar nicht zu erfüllen sein, man müsste Dinge festlegen, die man im Sinne der Patientenorientierung und des Therapieerfolgs gerade nicht festlegen sollte. Wenn diese Festlegungen für das QS-Verfahren benötigt werden, sollte in der Indikatorenbeschreibung deutlich gemacht werden, dass sie künstlich bzw. vorläufig sind, z.B. dass die Psychotherapie möglicherweise (in veränderter Form) weitergeführt wird.

In DF 73 „Grund der Beendigung dieser Richtlinien(psycho)therapie“ (S. 49) sollte dementsprechend ergänzt werden: Stundenkontingent erschöpft, Psychotherapie wird auf andere Weise weitergeführt (z.B. mittels Gesprächsziffern).

### **Zu 6.1. Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie**

Es ist gut, wenn Psychotherapeuten am Ende einer Therapie systematisch abklären (gemeinsam mit den Patienten), wie das Ergebnis ausfällt, hinsichtlich der Dimensionen, die ihnen jeweils für die Therapie wichtig sind, sowohl patienten-individuell als auch verfahrens-spezifisch, und das für sich dokumentieren. Daraus können sie für ihre weitere Behandlungstätigkeit wertvolle Erkenntnisse gewinnen, gerade auch, wenn sich ihre Einschätzung von der des Patienten unterscheidet.

Das Wesentliche bei diesem Indikator ist, dass das IQTIG zu dem Schluss gekommen ist, nur zu erfassen, ob die Psychotherapeutin das Behandlungsergebnis überprüft hat, aber nicht das Ergebnis dieser Überprüfung abzufragen, das dann zur Beurteilung der Qualität des Psychotherapeuten und zu Einrichtungsvergleichen herangezogen würde. Dass man durch eine solche Erhebung keine sinnvoll verwertbaren Daten bekommen würde, begründet das IQTIG ausführlich im Vorbericht.

Eine Formulierung fällt dabei auf: „... sondern zunächst der Prozess der Ergebniserfassung als Standard in der Versorgung etabliert werden soll.“ (Vorbericht S. 117) Das klingt, als sollte es dabei nicht stehen bleiben, sondern die Psychotherapeuten erst einmal daran gewöhnt werden, das Ergebnis zu erfassen, und dann kommt der nächste Schritt?

An dieser Stelle erweist es sich als besonders problematisch, dass die andere Hälfte des QS-Verfahrens – die **Patientenbefragung** – nicht bekannt ist. Im Zwischenbericht zum Qualitätsmodell (S. 77) steht dazu: „Ebenso muss in der weiteren Entwicklungsarbeit geprüft werden, inwieweit insbesondere auch in Hinblick auf die umfassenden Anforderungen an eine Risikoadjustierung die

*Erfassung patientenrelevanter Outcomes der ambulanten Psychotherapie geeignet sind, gute von schlechter Qualität zu unterscheiden, um einen Leistungserbringervergleich zu ermöglichen.“*

Das IQTIG hat einige Ergebnis-Dimensionen in die Patientenbefragung übernommen (s. Vorbericht S. 110): Teilhabe, Lebensqualität, Selbstmanagement/Coping, Selbstwirksamkeit.

Es ist schwer vorstellbar, dass Fragen an die Patienten nach dem gleichen Prinzip abgefasst sind, wie in der Psychotherapeuten-Dokumentation, dass also der Patient nur gefragt wird, ob die Psychotherapeutin Lebensqualität, Teilhabe usw. überprüft hat. Ich halte es für wahrscheinlicher, dass im Patientenfragebogen ganz direkt gefragt wird: Hat sich Ihre Lebensqualität gebessert?

Das hieße, dass über die Patientenbefragung eben doch eine direkte Erhebung von Behandlungsergebnissen stattfinden würde, die in die Beurteilung der Qualität der Psychotherapeuten eingeht, obwohl das IQTIG begründet hat, warum das nicht sinnvoll ist?

## **Fazit**

Die im Vorbericht beschriebene Lösung ist verfahrens-unabhängig und greift nicht in die Behandlung ein. Aber gerade dieser Indikator lässt sich erst beurteilen, wenn der andere Teil – die Patientenbefragung – bekannt ist.

## **2. Vorgaben des G-BA**

### **2.1. Sind die Indikatoren geeignet, die Prozess- und Ergebnis-Qualität zu messen und darzustellen?**

Prozess-Indikatoren müssen sich an der Frage messen lassen: Haben sie Einfluss auf das Therapieergebnis, trägt das, was sie messen, zu guten Behandlungsergebnissen oder zur Vermeidung von schlechten Ergebnissen bei? Faktoren, die keine Auswirkungen auf das Therapieergebnis haben, sollten nicht Gegenstand von aufwendiger QS-Datenerhebung sein.

Die Feststellung des IQTIG, dass es zu vielen Fragen keine Studien gibt, trifft zu, das war eine große Herausforderung für die Indikatorenentwicklung. Die Psychotherapieforschung liefert aber Befunde und Anhaltspunkte dafür, welche Faktoren in welchem Ausmaß sich auf das Therapieergebnis auswirken. Das IQTIG hat dazu eine umfangreiche Recherche durchgeführt.

Ausgangspunkt für die Entwicklung der Indikatoren war jedoch nicht die Frage: Was sagt die Forschung, welche hauptsächlichen Faktoren im Behandlungsprozess positiven oder negativen Einfluss auf Therapie und Behandlungsergebnis haben? – um daraus Indikatoren zu entwickeln, die sich auf nachweislich ergebnis-relevante Bereiche der Prozessqualität beziehen, wie z.B. therapeutische Allianz, Umgang mit Allianzbrüchen, Aktivierung von (insbesondere negativen/ schmerzlichen) Affekten, Ressourcenorientierung, usw. Sondern sie orientiert sich an einer Art Stoffsammlung „*entlang des Versorgungspfads*“ (Vorbericht S.36): Welche Bestandteile gibt es im Verlauf einer Therapie: Diagnostik, Beginn der Therapie, Verlauf, Therapieende – und was könnte da jeweils wichtig für die Qualität sein?

Bei diesem Vorgehen werden wesentliche Prozesse nicht oder nur in Teilaspekten berücksichtigt:

- Die eigentliche psychotherapeutischen Arbeit, in der das reine Sammeln von Informationen, Abklären und Überprüfen nur ein Teilbereich ist, kommt im QS-Verfahren nicht vor, wie ich bei den Indikatoren beschrieben habe.

- (Differenzielle) Indikationsstellung
- Fallkonzeptualisierung und Erarbeiten eines Behandlungsplans, unter Berücksichtigung von Risikofaktoren, prognostischen Kriterien und Ressourcen
- Umsetzen des Behandlungsplans, kontinuierliches (nicht einmaliges) Überprüfen und Anpassen des therapeutischen Vorgehens (z.B. Interventionsstrategie, Fokus, Beachtung von Verschlechterungen und Krisen) im Verlauf, anhand der verbalen und nonverbalen Rückmeldungen des Patienten (adaptive Indikation)
- Gestaltung und ständige Reflexion der therapeutischen Beziehung und Beziehungsdynamik (z.B. Empathie überprüfen, Umgang mit Allianzbrüchen, usw.)

Wesentliche psychotherapeutische Instrumente dafür sind:

- Gemeinsame Reflexion mit der Patientin
- Gemeinsame Reflexion mit Kolleginnen (Peer-Review): Supervision, Intervision

Die Argumente, mit dem der Qualitätsaspekt „**Indikation**“ aus dem Qualitätsmodell ausgeschlossen wurde, erscheinen mir willkürlich und nicht stichhaltig (s. Zwischenbericht zum Qualitätsmodell S. 57). Ein möglicher Problembereich aus der Kenntnis der Versorgungssituation wäre z.B.: Was ist mit Psychotherapeutinnen, die nur KZT durchführen? Wurde die Indikation jeweils sorgfältig genug geprüft?

Das Thema **Therapeutische Beziehung** wurde von vornherein nicht in das Qualitätsmodell aufgenommen, obwohl seine zentrale Bedeutung für das Therapieergebnis im Zwischenbericht (S. 58 ff.) ausführlich beschrieben wird. Indirekt wird die therapeutische Beziehung jedoch in der Patientenbefragung thematisiert und von den Patienten beurteilt, wenn dort nach Kommunikation, Interaktion und gemeinsamer Behandlungsplanung gefragt wird.

**Gemeinsame Reflexion mit der Patientin** als ein zentrales Arbeitsmittel von Psychotherapeuten soll nur über die Patientenbefragung erfasst werden. Die Begründung – keine Doppelerhebung, und: ob Kommunikation/Partizipation gelungen ist, kann nur der Patient beurteilen – beruht auf einem Missverständnis:

Bei somatischen Behandlungen ist Kommunikation und Partizipation zwar ein wesentlicher Bereich, der sich auch auf das Therapieergebnis auswirkt, er unterscheidet sich aber von der eigentlichen Behandlung (Operation, Röntgen, Medikament verordnen, usw.). Patienten können beurteilen, ob die Anamnese einfühlsam erhoben wurde, oder ob der Behandlungsplan für Laien verständlich erklärt wurde. Doch niemand käme auf die Idee, Patienten unter dem Stichwort Kommunikation/Partizipation die Angemessenheit oder korrekte Durchführung einer Operationstechnik oder Untersuchungsmethode beurteilen zu lassen. – Für die Psychotherapie macht das IQTIG in diesem Bereich keine ausreichende Abgrenzung. Die Qualität zentraler Bestandteile der fachlichen Arbeit soll durch die Patienten beurteilt werden. Das bedeutet eine Deprofessionalisierung der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Fachkompetenz.

Zitate aus den Fokusgruppen, die das IQTIG an vielen Stellen anführt, veranschaulichen dieses Missverständnis. Beispielsweise kritisieren Patientinnen in den Fokusgruppen, Psychotherapeutinnen würden unnötig nach Informationen zur Biografie („*Kindheit*“) fragen: *„aber deswegen bin ich gar nicht da“*, *„es ist vielleicht zur Erstdiagnose nicht verkehrt, aber wenn man selbstreflektierend ist, kann man das schon selbst bestimmen“*, *„ich bin der beste Arzt für mich selber“*. Das IQTIG interpretiert die Aussagen so, dass den Patientinnen zu wenig Autonomie zugesprochen werde, die Diagnostik nicht individuell genug sei. – Man könnte solche Aussagen von Patientinnen auch anders verstehen, z.B. als Ausdruck von Ärger über die Mühsal, auf der Suche nach einer passenden Psychotherapie mit mehreren Psychotherapeutinnen sprechen und jedes Mal zunächst über das Gleiche sprechen zu müssen; eventuell auch als Widerstand, sich mit belastenden Themen zu beschäftigen, oder als beginnende Inszenierung eines Machtkampfes, der

in der Biografie dieser Patientin wurzelt und zu genau den Problemen führt, deretwegen sie nun Psychotherapie machen will. – Wenn das IQTIG daraus schließt, hier gebe es einen Qualitätsmangel und Verbesserungspotential in der Versorgung, werden die subjektiven Äußerungen der Patienten (ohne ihren Kontext zu kennen) 1. wie objektiv festgestellte Tatsachen behandelt, und 2. als könnten die Patienten entscheiden, dass eine gute Diagnostik auch ohne Informationen zur Biographie möglich ist. (s. vor allem Zwischenbericht zum Qualitätsmodell)

Für die Patientenbefragung wird also interessant sein, ob die subjektiven, möglicherweise krankheitsbedingt verzerrten Wahrnehmungen und Äußerungen der Patienten wie objektive Aussagen über die Qualität ihrer Psychotherapeuten gewertet werden. Die TK-Studie (Wittmann et al. 2011) zeigt auch: Die subjektive Zufriedenheit der Patienten mit einer Maßnahme (Testverfahren) ist nicht gleichbedeutend damit, dass dadurch objektiv bessere Therapieergebnisse erzielt würden.

Bei der **gemeinsamen Reflexion mit Kolleginnen in Supervision oder Intervision** (Peer-Review) geht es darum, die oben aufgeführten Bereiche im Verlauf der Behandlung zu überprüfen, Rückmeldungen zu Wahrnehmungslücken und Anregungen zum Umgang mit problematischen Situationen und Fehlern zu bekommen, um sie direkt für Verbesserungen der Behandlung zu nutzen. Um mit dem IQTIG zu sprechen: das freiwillige, sanktionsfreie Reflektieren und Überprüfen der eigenen Arbeit mit Kolleginnen *„zielt unmittelbar auf die Wirksamkeit der Versorgung sowie die Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten und ist somit ein patientenrelevantes Ziel“*. (Indikatorenset 1.0 Rationale, z.B. S. 27)

Die Begriffe Supervision, Intervision und Peer-Review kommen im Zwischenbericht zum Qualitätsmodell und im Vorbericht nicht vor! Das aus Sicht der Psychotherapeuten zentrale Instrument für die Überprüfung und Verbesserung der Qualität ihrer Arbeit wird vom IQTIG nirgends erwähnt, geschweige denn diskutiert.

Ob durch Super-/Intervision Behandlungsergebnisse besser werden, ist ähnlich ungenügend nachgewiesen, wie die Behauptung, dass durch standardisierte Instrumente bei allen Verfahren und Settings bessere Behandlungsergebnisse erzielt würden. Aber zumindest ist Super-/Intervision ein Instrument, das verfahrens-übergreifend von der überwiegenden Mehrheit der Psychotherapeuten als qualitäts-sichernd und -verbessernd angesehen und auch tatsächlich angewendet wird, während Testverfahren offensichtlich nur von 15 % bzw. 7 % der Psychotherapeuten als nützlich beurteilt und eingesetzt werden.

Es ist unbekannt, warum das IQTIG sich mit diesem Instrument nicht auseinandergesetzt hat. In anderen QS-Verfahren gibt es Indikatoren, die mit der Einbeziehung von Super-/Intervision durchaus vergleichbar sind. Das QS-Verfahren „Schizophrenie“ enthält einrichtungsbezogene Indikatoren zum Umgang mit Suizidversuchen (Fallkonferenz) und mit indizierten Zwangsmaßnahmen (Arbeitsanweisung, Fortbildung). Super-/Intervision könnte fallbezogen erfragt werden, wie es bei den Indikatoren zu Testverfahren oder Kooperation der Fall ist, z.B.: In möglichst vielen Fällen soll im Therapieverlauf Super-/Intervision in Anspruch genommen werden.

### **Ergebnisqualität**

Das IQTIG hat die Fragestellungen bezüglich Wirkfaktoren, Messen und Beurteilen des Behandlungsergebnisses ausführlich recherchiert und viele wichtige Aspekte differenziert beschrieben (Vorbericht S. 44 ff., S. 109 ff., Anhang A), einige wichtige Aspekte jedoch auch nicht:

- Die Belange der psychodynamischen Verfahren werden im Vergleich zur Verhaltenstherapie sehr knapp und nicht umfassend behandelt. Beispielsweise fehlt: Für analytische Psychotherapie verbessern sich laut Forschung die Ergebnisse nach dem Ende der Therapie noch weiter, d.h. der Zustand am Ende der Therapie ist noch nicht die entscheidende Größe zur Beurteilung

des Behandlungsergebnisses. Wirkliche Aussagekraft hat erst eine Katamnese nach einem längeren Zeitraum, z.B. von einem Jahr.

- Einflussfaktoren für das Behandlungsergebnis werden ebenfalls sehr kurz dargestellt, obwohl es hier um das für QS Entscheidende geht: **Was kann die Psychotherapeutin dazu beitragen, dass die Patientin ein möglichst gutes Ergebnis erreicht, und unerwünschte Ergebnisse verhindert werden?** Die dazu gefundene Literatur (s. Rechercheberichte im Vorbericht, Anhang A) greift das IQTIG bei der Indikatorentwicklung im Zusammenhang mit Outcome nicht mehr auf, sondern beschränkt sich hier auf die Beschreibung von Outcome-Prädiktoren (Vorbericht S. 114 f.), zieht allerdings daraus keine Konsequenz.

Bei Outcome-Prädiktoren handelt es sich um Prognostische Kriterien, die bei Indikation und Behandlungsplanung berücksichtigt werden (s. Gutachterverfahren). Ergebnis-relevante Indikatoren, die in diesem Zusammenhang aus der Psychotherapieforschung abgeleitet würden, könnten z.B. beinhalten: Hat die Psychotherapeutin die wesentlichen prognostischen Faktoren abgeklärt und bei der Indikationsstellung, bei der Behandlungsplanung und bei der Reflexion im Verlauf berücksichtigt?

- Ein wesentlicher Forschungsbefund wird nicht diskutiert, nämlich dass ein beträchtlicher Anteil des Behandlungserfolgs nicht vom Psychotherapeuten abhängt.

## 2.2. Sind die Indikatoren verfahrens-unabhängig?

Wie bei den einzelnen Indikatoren dargestellt, sind zwei Indikatoren (1.2. und 3.2.) nicht verfahrens-unabhängig, sie machen den psychodynamischen Verfahren verfahrens-fremde Vorgaben. Andere Indikatoren können verfahrens-unabhängig umgesetzt werden.

Das IQTIG hat sich sehr dafür engagiert, die spezifischen Belange der Psychotherapie allgemein und auch der einzelnen Psychotherapieverfahren zu verstehen und zu berücksichtigen, und hat viele Beiträge der Expertinnen aufgenommen.

Im Gegensatz zu diesem Bestreben erstaunt das Vorgehen des IQTIG an einigen Stellen:

- Die **Leitlinien und Literatur**, die jeweils als Begründung angeführt werden, beziehen sich meist auf psychiatrische Behandlung, auf ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren (VT) oder auf Ultrakurzpsychotherapie im Rahmen anderer Gesundheitssysteme. Die Aussagen der Leitlinien werden ohne Kennzeichnung der oft niedrigen Empfehlungsgrade (Expertenmeinung) häufig so wiedergegeben, als seien es Nachweise, die man 1:1 auf die ambulante Psychotherapie anwenden kann. Rein verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Forschungsergebnisse werden so verwendet, als seien die Aussagen verfahrens-unabhängig und für alle Verfahren gültig. Es ist verständlich, dass die Arbeit des IQTIG erschwert ist, weil es für vieles keine passenden Studien gibt, aber begrenzte Aussagekraft oder nicht vorhandene Übertragbarkeit müssten offen angesprochen werden, statt es so darzustellen, als seien diese Studien und Leitlinien für die ambulante Psychotherapie und für alle Verfahren gültig.
- Die Diskussion in den **Fokusgruppen** wird nicht nach Verfahren differenziert ausgewertet, in der Patientengruppe ist die VT überrepräsentiert, und die analytische Psychotherapie ist nur einzeln vertreten. Gleichzeitig werden die Aussagen nach dem Mehrheitsprinzip ausgewählt: *„Relevant waren vor allem solche Themen in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die von allen Befragten ähnlich stark beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinung darstellten“* (Zwischenbericht S. 32) Es könnte also sein, dass die Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer, z.B. bezüglich Qualitätsdefiziten, sich überwiegend auf ein Verfahren beziehen, nicht auf alle, und dass Erfahrungen mit anderen Verfahren als „Einzelmeinung“ unter den Tisch fallen.

### 2.3. Greifen die Indikatoren und das QS-Verfahren in den Behandlungsprozess ein?

Wie bei den einzelnen Indikatoren dargestellt, greifen die Indikatoren an vielen Stellen in den Behandlungsprozess und in die therapeutische Beziehung ein, vor allem bei den psychodynamischen Verfahren.

Auch das Gesamtkonzept des QS-Verfahrens – die QS-Logik – greift in therapeutische Abläufe ein: Es verlangt Festlegungen und Eindeutigkeit, die in der Psychotherapie häufig nicht sachgerecht sind. Das führt dazu, dass man viele Tätigkeiten für QS anders durchführen muss, als man es aus fachlichen Gründen tun würde (z.B. Diagnostik, definierte Phasen festlegen, Dokumentation). Kleine Veränderungen, von denen man einzelne noch integrieren könnte, machen sich in der Summe störend bemerkbar: Die Psychotherapeutin muss sich bei der Arbeit immer wieder mit einem fremden System auseinandersetzen, statt sich innerlich nur auf Patientin und therapeutischen Prozess einzustellen.

Durch das QS-Verfahren entsteht ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand: Um sich gegen etwaige QS-Auffälligkeiten wehren zu können, oder um die stichprobenartige Überprüfung der Behandlungsdokumentation zu bestehen (Datenvalidierung, s. Vorbericht S. 119), werden die Psychotherapeuten – auch für die Indikatoren der Patientenbefragung – akribisch und systematisch dokumentieren müssen, wann sie welche Vorgaben erfüllt haben. Sie werden neue Formen der Dokumentation entwickeln müssen, um z.B. bei einer mehrjährigen Langzeittherapie mit einer Behandlungsdokumentation, die 50 oder 100 Seiten Stundenprotokolle umfasst, die Indikatoren-Inhalte bei einer späteren Überprüfung finden und nachweisen zu können. Die Dokumentation wird nicht mehr in erster Linie so geführt werden, wie es ihrem ursprünglichen Zweck entspricht, nämlich Unterstützung der Behandlung, sondern sie wird sich verändern müssen in Richtung Absicherung für die QS-Überprüfung. Auch das greift in den Behandlungsprozess ein.

Die Indikatoren ergeben ein reduziertes und lückenhaftes Bild der psychotherapeutischen Prozessqualität, mit dem ein falscher Eindruck erweckt wird über das, was Psychotherapeuten tun und was die Qualität ihrer Arbeit ausmacht.

Zum Vergleich: Das bisherige Gutachterverfahren wirkt in eine bestimmte Richtung, es ist darauf ausgerichtet, eine zusammenhängende Vorstellung von Patient und Behandlung zu erarbeiten: Problematik, Verständnis der Problematik durch den Psychotherapeuten (Verhaltensanalyse, Psychodynamik, Systemisches Erklärungsmodell), und einen darauf bezogenen Behandlungsplan mit Abwägungen zu Indikation und Prognose.

Ein QS-Verfahren mit Indikatoren wirkt eher in die Richtung, einzelne Detail-Aspekte abzuarbeiten: Diagnostik-Checkliste, Testverfahren durchführen, Ziele vereinbaren, Zielerreichung überprüfen, 5 Möglichkeiten hinsichtlich Kooperation prüfen, 5 Möglichkeiten hinsichtlich Nachbehandlung prüfen. Dieses Bild wird Wirkung entfalten, bei allen Beteiligten, und auch auf das Selbstverständnis der Psychotherapeuten zurückwirken: Das sind die Dinge, auf die es in der Psychotherapie nun ankommt! Auch das wird in Behandlungsprozess und therapeutische Beziehung eingreifen.

Das IQTIG deutet mehrfach durch Formulierungen wie „zunächst“ an, dass das noch nicht das Ende ist, dass also vermutlich noch mehr davon kommen wird, sobald sich dieses Verfahren erst einmal etabliert hat.

Auch die Patientenbefragung – nach dem was aus Zwischenbericht zum Qualitätsmodell und Vorbericht darüber zu erfahren ist – ist ein Eingriff in den Behandlungsprozess und in die therapeutische Beziehung.

Der Auftrag des G-BA beinhaltet, *„sicherzustellen, dass das QS-Verfahren nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess eingreift z.B. durch die Vorgabe bestimmter Psychologischer Testver-*

fahren“. Der G-BA hat offenbar nicht berücksichtigt, wie eine Patientenbefragung in den Behandlungsprozess und in die therapeutische Beziehung eingreift. Eventuell besteht die Vorstellung, dass eine Befragung von außen, nach Abschluss der Therapie, nicht in den Behandlungsprozess eingreifen würde?

Grundsätzlich befürworte ich die Möglichkeit, dass Patienten zu ihren Erfahrungen in der Psychotherapie gefragt werden und sich dazu äußern können. Aber die Durchführung dieser Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens belastet das Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeutin und Patientin von Beginn der Therapie an: Die Psychotherapeutin weiß, dass ihre Patientin sich nach Ende der Therapie gegenüber einer externen Stelle über sie und ihre Arbeit äußern wird, und weiß auch, dass es berufliche Konsequenzen für sie haben kann. Das schwingt von Anfang an in der Therapie mit. Es kann dazu führen, dass Psychotherapeuten sich nicht mehr frei fühlen, fachlich angemessen zu arbeiten (z.B. Patienten mit für sie unangenehmen Themen zu konfrontieren), oder Patienten in Behandlung zu nehmen, von deren Krankheitsbild oder Persönlichkeitsstruktur her aggressiv-destruktives Agieren zu erwarten ist, oder die sich nicht diesen durch QS festgelegten Abläufen anpassen können (Patientenselektion).

Für die psychodynamischen Verfahren bedeutet es: Der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozess, der das zentrale Medium des therapeutischen Prozesses ist, wird beeinflusst und beeinträchtigt. Themen, die eigentlich in die therapeutische Beziehung und in die gemeinsame Reflexion oder Auseinandersetzung gehören, werden ausgelagert an eine externe Stelle. Es entstehen Abhängigkeits- und Macht-Konstellationen, nicht nur in der therapeutischen Zweier-Beziehung, sondern darüber hinaus mit einer externen Instanz, die eventuell nicht bearbeitbar und auflösbar sein werden. Das ist eine Erschwerung der Therapie, die die Qualität und den Therapieerfolg beeinträchtigen kann.

#### **2.4. Sind die Indikatoren und das QS-Verfahren geeignet, Qualität zu fördern?**

Die **Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden QS** (DeQS-RL) und die **Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie** (QFD-RL) beinhalten nicht nur Maßnahmen wie Empfehlung, Beratung, Zielvereinbarung oder Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien, sondern in letzter Konsequenz auch Maßnahmen zur Durchsetzung: Vergütungsabschlüsse und „*Information Dritter über die Verstöße*“ (QFD-RL S. 4). Falls Psychotherapeuten aus fachlicher Überzeugung mit Teilen des QS-Verfahrens nicht übereinstimmen, wissen sie also von vornherein: Wenn ich mich nicht „beraten“ lasse und meine Arbeit in die vorgegebene Richtung verändere, dann folgt irgendwann die „Durchsetzung“.

Man kann sich fragen, ob das ein sinnvolles Vorgehen ist, um die intrinsische Motivation zu fördern, sich zu verbessern. Für große Einrichtungen mit vielen technisch-organisatorischen Prozessen mag es ein geeigneter Weg sein, aber in der Psychotherapie geht es um Einzelpersonen, die sich persönlich bewertet – und ggf. abgewertet – fühlen werden. Auch „Beratung“ und „Zielvereinbarung“ kann durchaus als Sanktion erlebt werden.

Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass Umgehungsstrategien entstehen werden, wie z.B. mechanisches Abarbeiten der geforderten Tätigkeiten, ohne dass es zu einer Verbesserung der inhaltlichen Arbeit führt. Und es wird zu Patientenselektion führen, um Auffälligkeiten zu vermeiden, die durch krankheitsbedingt mangelnde Kooperation der Patienten und krankheitsbedingt negative Aussagen in der Patientenbefragung entstehen können.

Die Befürworter der gesetzlichen QS betonen, dass QS nur dann zu Verbesserungen der Versorgungsqualität führt, wenn sie den Behandlern nutzt (z.B. Pauletzki, Vortrag 39. Deutscher Krankenhausstag Düsseldorf 15.11.2016 <http://deutscher-krankenhaustag.de/images/pdf/2016/Pauletzki-Juergen-Prof.pdf> ).

In welcher Hinsicht könnte das QS-Verfahren den Psychotherapeuten nutzen?

Im besten Fall erinnert die QS-Dokumentation die Psychotherapeuten, einzelne Dinge nicht zu vergessen, die fachlich angezeigt sind. Im schlimmsten Fall zwingt sie die Psychotherapeuten, Dinge zu tun, die sie nicht für sinnvoll halten, die ihnen für die Behandlung nichts nutzen, oder sogar die Behandlung beeinträchtigen.

Der formale Ablauf des QS-Verfahrens sieht ein Feedback an die Psychotherapeuten vor: Die Auswertung der Daten bekommt der Therapeut bis zu 1,5 Jahre nach Ende der dokumentierten Behandlungen. Von der Patientenbefragung erfährt der Psychotherapeut nicht im Detail, wie sich die Patienten über die Therapie geäußert haben, sondern nur, bei welchen Patienten „das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird“ (Vorbericht S. 134). Wie ein solches Feedback für Verbesserungen genutzt werden kann, bleibt unklar.

## 2.5. Auswertungskonzept: Welche Schlüsse werden aus den Daten gezogen?

Laut IQTIG sind mit dem QS-Verfahren „*erstmal flächendeckende einheitliche Informationen über das Versorgungsgeschehen zu gewinnen*“ (Vorbericht S. 140).

Das Auswertungskonzept des IQTIG und QS-Richtlinien wie die DeQS-RL behandeln nur die technischen und organisatorische Abläufe. Die inhaltlichen Fragestellungen des G-BA zum QS-Verfahren sind äußerst vage, und die Indikatoren des QS-Verfahrens beinhalten nur Aussagen zu Referenzbereichen: die Anforderung des Indikators soll in 90 bzw. 95 % der Fälle erfüllt sein.

Inhaltliche Fragen zur Auswertung wären:

- Was genau bilden die Auswertungen ab?  
Über welche Bereiche der Qualität psychotherapeutischer Arbeit können Aussagen gemacht werden, über welche nicht? Hier muss eine inhaltliche Gewichtung und Einordnung ergänzt werden, die zwar in den dokumentierten Expertendiskussionen und z.T. in den Rechercheergebnissen angedeutet ist, im Indikatorenset aber nicht mehr.
- Welche Schlüsse werden aus den Auswertungen gezogen?  
Was weiß man eigentlich, wenn es eine Zahl gibt, wie viele Psychotherapeuten bei wie vielen Patienten mit dem Hausarzt auf nicht näher bestimmte Weise in Kontakt waren, oder ihn nicht erreicht haben? Was sagt das über das „*Versorgungsgeschehen*“?  
Über die reine Indikator-Erfüllung hinaus ergeben sich unzählige Auswertungsmöglichkeiten, auch im Zusammenhang mit den Länder- und Bundesauswertungen (Vorbericht S. 135)  
Wenn es dafür keine Fragestellungen, Vorgaben und Begrenzungen gibt, eröffnen sich Interpretationsspielräume auf allen Ebenen, die dann von den jeweiligen Interessen geleitet werden, z.B. der Besetzung der jeweiligen Fachkommission, oder der Kostenträger, die die Daten nutzen wollen, um steuernd in die Versorgung einzugreifen.
- Wie werden Einrichtungsvergleiche aussehen, was können sie aussagen?  
Psychotherapeuten haben sehr unterschiedliche Praxisprofile und Arbeitsweisen; es gibt große Versorger-Praxen mit 150 und mehr Patienten/Quartal, und hochspezialisierte Praxen mit kleinen Patientenzahlen (hochfrequente analytische Psychotherapie), oder für bestimmte Krankheitsbilder (Traumatherapie, Schmerztherapie, Krisenintervention, Psychosomatik, usw.)  
Auch hier ergeben sich ohne konkrete Fragestellungen vielfältige, interessen geleitete Interpretationsmöglichkeiten der erhobenen Daten.

- Wie soll festgestellt werden, ob sich durch das QS-Verfahren die Qualität verbessert – sowohl der Versorgung insgesamt, als auch beim einzelnen Psychotherapeuten?  
Für die Indikatoren selbst müsste erst untersucht werden, ob sie verlässliche und relevante Aussagen über die Qualität der Versorgung machen, also ob sie als Surrogatparameter dienen können. Insofern müsste das QS-Verfahren von einer neutralen Instanz evaluiert werden, nicht nur hinsichtlich möglicher Verbesserungen, sondern auch hinsichtlich „Risiken und Nebenwirkungen“. Daraus könnten wichtige Erkenntnisse über Qualität und Qualitätsverbesserung in der ambulanten Psychotherapie resultieren.
- Wie steht der finanzielle und zeitliche Aufwand aller Beteiligten im Verhältnis zum erwarteten Ergebnis des QS-Verfahrens?  
Es entsteht eine riesige Datensammlung (jährlich etwa 1,5 Millionen Fälle, 30 000 Leistungserbringer, s. Vorbericht S.123). Die Psychotherapeuten erhalten umfangreiche Auswertungen (s. Vorbericht S. 134), mit denen sie sich auseinandersetzen müssen. Informationsveranstaltungen und Schulungen müssen durchgeführt und absolviert werden. Eine komplexe Bürokratie wird aufgebaut, mit Geschäftsstellen, Gremien und Fachkommissionen auf Landes- und Bundesebene, die Gespräche mit einem Teil der 30 000 Psychotherapeuten führen werden. – Gibt es dafür eine Kosten- und Zeitaufwands-Schätzung, in Relation zu einem erwartbaren Nutzen?

### 3. Zusammenfassung

Das IQTIG-Projektteam hat sehr aufwendig, sorgfältig und in vielen Bereichen transparent Grundlagen zusammengetragen und ausgewertet, und ein Verständnis für Psychotherapie entwickelt, das für ein fachfremdes Gremium bemerkenswert ist. Gemeinsam mit dem Expertengremium hat es darum gerungen, Lösungen zu finden, die sowohl der QS-Logik als auch den Erfordernissen der Psychotherapie gerecht werden.

Die Herausforderung, zwei so konträre Systeme wie QS und psychotherapeutische Behandlungslogik zusammen zu bringen, ist m.E. jedoch noch nicht zufriedenstellend gelungen.

Das liegt zum Teil an den gesetzlichen und sonstigen Vorgaben, die das IQTIG einhalten muss. Aber auch an der Vorgehensweise des IQTIG gibt es einiges zu kritisieren:

- Die Ergebnisse der jahrzehntelangen Psychotherapieforschung werden unzureichend einbezogen: Die Indikatoren sind nicht danach gewichtet, wie viel ihre Erfüllung zur Verbesserung des Therapieergebnisses beiträgt, und wesentliche Wirkfaktoren sind nicht berücksichtigt.
- Die qualitätssichernden Maßnahmen, die es in der Psychotherapie schon gibt (Supervision, Intervention) werden nicht erwähnt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für QS geprüft.
- Qualitätsmängel und Verbesserungsbedarf werden behauptet, aber nicht nachgewiesen. Die Datenbasis ist nicht repräsentativ. Der „Nachweis“ besteht teilweise darin, dass eine unbekannte Anzahl der Fokusgruppen-Teilnehmer (Patientengruppe n=31, Therapeutengruppe n=16) ihr subjektives Erleben eines Mangels geschildert hat. – So entsteht die Frage, ob mit hohem Aufwand QS betrieben wird für Bereiche, in denen es keine nennenswerten Qualitätsprobleme gibt.
- Bekannte, nachgewiesene Qualitätsdefizite werden nicht thematisiert.

Um nur zwei Beispiele zu nennen:

- Das Thema Grenzverletzungen in der Psychotherapie anzugehen, ist sicher eine besondere Herausforderung, und dass es an keiner Stelle erwähnt wird, ist erstaunlich (zumal eine Studie des Ethik-Vereins im Literaturverzeichnis des Zwischenberichtes aufgeführt ist)

- Eine andere Art von Grenzverletzung, die nicht durch die Psychotherapeuten verursacht wird, mit der sie trotzdem umgehen müssen: Wenn Patientinnen während einer laufenden Psychotherapie von ihrer Krankenkasse unter Druck gesetzt werden, die z.B. mit der Drohung von Krankengeldentzug psychiatrische Behandlung, Reha-Antrag o.ä. erzwingt, ohne jegliche „Kommunikation und Kooperation“ mit dem behandelnden Psychotherapeuten. Das wirkt sich oft destruktiv auf den Heilungsprozess aus, und es ist eine psychotherapeutische Herausforderung, damit konstruktiv im Sinne der Patienten umzugehen.  
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/115547/FDP-kritisiert-Einmischung-der-Krankenkassen-in-Psychotherapien>  
[https://bvvp.de/wp-content/uploads/2020/03/20200310-PM\\_bvvp-gegen-Krankenkasseneinmischungen\\_public.pdf](https://bvvp.de/wp-content/uploads/2020/03/20200310-PM_bvvp-gegen-Krankenkasseneinmischungen_public.pdf)  
<https://www.bptk.de/manche-kassen-bedraengen-versicherte-die-krankengeld-erhalten/>
- Intransparenter und z.T. irreführender Umgang mit Quellen und Rechercheergebnissen, v.a. unzulässige Verallgemeinerungen von Aussagen aus hochspezifischen und z.T. nicht-psychotherapeutischen Kontexten, selektive Auswahl von Forschungsergebnissen.
- Die dadurch bedingten Limitationen der entwickelten Indikatoren werden nicht verdeutlicht.
- Die abschließende Einschätzung des IQTIG „... ist nicht zu erwarten, dass die Indikatoren in ihrer konkreten Operationalisierung nachteilig in die individuelle Therapie oder in die therapeutische Beziehung eingreifen“ (Vorbericht S. 140) trifft definitiv nicht zu: Das QS-Verfahren – auch die Patientenbefragung (s. S. 13 f. meiner Stellungnahme) – greift an vielen Stellen mehr oder weniger stark in den Behandlungsprozess und in die therapeutische Beziehung ein, und ist an vielen Stellen nicht verfahrens-unabhängig, sondern macht v.a. den psychodynamischen Verfahren verfahrensfremde, den Therapieprozess beeinträchtigende Vorgaben.

Daraus ergeben sich „Verbesserungspotentiale“:

- Indikatoren, die eindeutig nicht verfahrens-unabhängig sind und in die Behandlung und therapeutische Beziehung eingreifen, sollten ganz herausgenommen werden: verpflichtender Einsatz von standardisierten diagnostischen Instrumenten (Indikatoren 1.2. und 3.2.)
- Stattdessen sollten im QS-Verfahren die vorhandene qualitätssichernden Instrumente Supervision und Intervision berücksichtigt werden (s. S. 11 meiner Stellungnahme).
- Bei der Beschreibung der Ergebnisse von Leitlinien, Literatur und Fokusgruppen sollte deutlich gemacht werden, wie begrenzt ihre Aussagekraft hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie ist.
- In der Beschreibung der Indikatoren sollte das IQTIG deutlich machen: sie bilden nicht „die“ Prozessqualität („Schlüsselprozesse“ s. Vorbericht S. 140) ab, sondern nur Ausschnitte davon, die sich im Rahmen von QS leichter messen lassen, und es gibt darüber hinaus umfangreiche inhaltlich-fachliche Qualitätsaspekte, die durch die Indikatoren nicht erfasst werden.

Maßgebend wird wohl etwas anderes sein:

Das IQTIG weist darauf hin, es gebe deutliche Hinweise, dass „die Akzeptanz des Verfahrens bei den Leistungserbringern zunächst problematisch sein wird“, und schlägt vor, dem „durch zielführende, frühzeitige Information und Kommunikation“ entgegenzuwirken (Vorbericht S. 120).

Die Akzeptanz-Probleme werden sich so nicht beseitigen lassen. Ein Verfahren, das „die Identifikation qualitativ auffälliger Praxen ermöglichen“ soll (Vorbericht S. 140 Fazit), kann man nicht durch „Information und Kommunikation“ annehmbarer machen.

Der G-BA wird sich entscheiden müssen:

- Will der G-BA mehr Kontrolle haben, mehr Einfluss auf die Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit nehmen?

Dann wird er keine verlässlichen Daten bekommen, sondern das QS-Verfahren wird Daten produzieren, von denen niemand weiß, was sie eigentlich aussagen, weil für die Mehrzahl der Psychotherapeuten der Aspekt der Kontrolle und möglicher Sanktionen das Interesse an Erkenntnissen überwiegen wird.

- Oder will der G-BA verlässliche, aussagekräftige Daten über Versorgungssituation, Prozess- und Ergebnisqualität bekommen, und will er die Psychotherapeutinnen motivieren, die Qualität ihrer Arbeit zu verbessern?

Dann muss das QS-Verfahren im Sinne eines Forschungsprojektes gestaltet sein, also ohne Identifikation von und Maßnahmen gegenüber „*qualitativ auffälligen Praxen*“.

Die einrichtungsbezogenen Auswertungen aus dem QS-Verfahren könnten von den Psychotherapeuten im Rahmen des Internen Qualitätsmanagements für Reflexion und Verbesserungen genutzt werden. Die Gesamtauswertungen könnten wertvolle Erkenntnisse für die Darstellung und Verbesserung der Versorgung, und bei entsprechender Gestaltung auch zu Fragen der Psychotherapieforschung (z.B. Wirkfaktoren) bringen.

Beides gleichzeitig wird nicht möglich sein.

Für die zweite Alternative wird man vermutlich die Mehrheit der Psychotherapeuten gewinnen können.