

Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Ein Thema, das die niedergelassenen Psychotherapeut*innen derzeit beschäftigt, ist die geplante Ersetzung des Gutachterverfahrens im Rahmen der ambulanten Behandlung durch eine noch zu entwickelnde neue Form der Qualitätssicherung. In der Neufassung des Psychotherapeutenausbildungsgesetzes stand plötzlich der Passus, dass das Gutachterverfahren ersetzt werden soll. Alle Fach- und Berufsverbände wurden hiervon überrascht. Niemand weiß, auf wessen Bestrebungen hin und warum das ins Gesetz aufgenommen wurde.

Oliver Kunz, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DGVT und des DGVT-Berufsverbands hat dazu Jürgen Matzat, Patientenvertreter im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses befragt und um seine Einschätzung gebeten.

Oliver Kunz: *Lieber Herr Matzat, zunächst einmal vielen Dank, dass Sie sich erneut für ein Interview zur Verfügung stellen. Die Stimme der Patient*innen droht ja manchmal im Streit der Interessen zwischen Kostenträgern, Politik und Berufsvertreter*innen nicht ausreichend gehört zu werden. Daher haben wir uns vor einiger Zeit entschlossen, bei wichtigen Fragen, die unsere Berufsausübung und damit ja auch die Versorgung betreffen, explizit auch die Position der Patient*innenvertretung nachzufragen. Daher zunächst einmal: Wie stehen Sie grundsätzlich zu der Idee, das Gutachterverfahren abzuschaffen bzw. zu ersetzen?*

Jürgen Matzat: Mal vorweg: Es gereicht der DGVT zur Ehre, dass sie eine Patienten-Meinung einholt, auch wenn die womöglich für ihre Leserschaft etwas unbequem ist. Danke dafür!

Ich würde Ihnen gerne verraten, wer das ins Gesetz reingeschmuggelt hat, aber ich weiß es auch nicht. Kontaktaufnahme zu Patientenvertretern gehört leider nicht zu den Gepflogenheiten des BMG. Und manchmal fragt man sich schon, was die dort im Schilde führen bzw. wer ihnen da was eingeflüstert hat. Die Patientenvertretung im G-BA war jedenfalls genau so überrascht wie Sie. Von Seiten der Patientenvertretung hätte es keinen Anlass für die Abschaffung des Gutachterverfahrens gegeben, allerdings würden wir uns mehr Transparenz darüber wünschen. Wer genau macht da eigentlich was genau, und welchen Effekt hat das (z. B. in Bezug auf Qualitätssicherung der Behandlung; es wird ja nur der Zugang geprüft). Gibt es Studien oder sonstige belastbare Erkenntnisse dazu? Das Gutachterverfahren selber passiert ja außerhalb der Richtlinie, also außerhalb des G-BA, also ohne Patientenbeteiligung. Dass es eine Menge Kritik am Gutachterverfahren gibt, z. B. auf Seiten der GKV (zu teuer, zu ineffektiv), ist uns natürlich bekannt. Für mich ist auch interessant, dass manche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das

Schreiben der Anträge hassen wie die Pest, andere wiederum es durchaus als Anlass zum strukturierten Nachdenken schätzen.

Oliver Kunz: *Bislang gibt es keine genauen Vorstellungen davon, wie ein neues Qualitätssicherungsverfahren aussehen könnte. Welche Aspekte wären aus Ihrer Sicht wichtig, was sollten Bestandteile der Qualitätssicherung sein?*

Jürgen Matzat: Aus Sicht der Patientenvertretung ist in der gesamten QS-Debatte immer von wesentlicher Bedeutung – das wird Sie nicht wundern –, dass auch Patient*innen selber befragt werden („patient reported outcomes“). Überlegen Sie mal: Im Falle einer Erkrankung werden Sie doch auch von Ihren Ärzt*innen gefragt, wie Sie die Medikamente vertragen, wie sie wirken und ob es unerwünschte Nebenwirkungen gibt. Wenn nötig, werden dann Veränderungen in der Behandlung besprochen und ggf. vereinbart. Das ist gutes ärztliches Tun!

Ich weiß, dass manche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das nicht mögen, und gewiss gibt es da berechnete fachliche Einwände. Aber ein willkommener Anlass zu gemeinsamem Nachdenken dürfte eine Rückmeldung von Patientenseite – wie überall in der Medizin – doch auf jeden Fall sein, oder? Auf einem gänzlich anderen Stern findet Psychotherapie ja nicht statt.

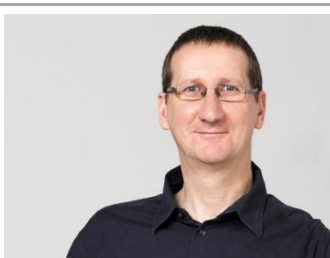
Wenn ich ironisch hinzufügen darf: Es wäre natürlich schön, wenn QS auch tatsächlich etwas nützt. Das ist vielleicht nicht ganz so banal: Ich bin nämlich nicht sicher, wie viel Evidenz es dafür gibt, dass die sog. QS auch tatsächlich der Qualität dient (und nicht womöglich anderen Zwecken).

Oliver Kunz: *Eine Sorge der Kolleg*innen ist, dass durch den Einfluss der Krankenversicherungen vor allem die Reduktion von Störungssymptomen im Fokus der Qualitätssicherung stehen könnte, dass also vor allem die Ausprägung von Symptomen „gemessen“ werden soll. Dies würde nach unserem Verständnis aber nicht wirklich „Erfolg“ von Psychotherapie feststellen, der auch implizite und schwer messbare kognitive, emotionale oder verhaltensbezogene, oft langfristige Änderungen umfasst. Sehen Sie auch dieses Problem und haben Sie eine Idee, was man dieser Entwicklung ggf. entgegensetzen könnte?*



Jürgen Matzat

Diplom-Psychologe, einer der Gründer und langjähriges Vorstandsmitglied der Fachorganisation Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.; seit 1987 Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen; Patientenvertreter im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses.



Oliver Kunz

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Weiterbildungen in Achtsamkeitsbasierten Verfahren (MBSR, MBCT), Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DGVT und DGVT-BV

Jürgen Matzat: Das sind zwei Aspekte: Einfluss der Krankenkassen, oder besser: der Gemeinschaft der Versicherten, von denen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schließlich bezahlt werden, ist doch selbstverständlich. Sie sind schließlich nicht irgendwelche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sie sind Vertrags-Psychotherapeutinnen und -Psychotherapeuten! Insofern ist immer ein Dritter im Raum, wenn Psychotherapie (oder sonst irgendeine Vertragsleistung in unserem GKV-System) erbracht wird. Das steht neben der – natürlich in besonderer Weise zu schützenden – Intimität der therapeutischen Zweierbeziehung.

Gegen eine Reduzierung ihrer Symptombelastung hätten, glaube ich, die wenigsten Patient*innen etwas einzuwenden. Dass es in vielen Psychotherapien natürlich (auch) um mehr geht, versteht sich für mich von selbst, muss aber mit manchen Patientinnen und Patienten wohl erst erarbeitet werden. Die „Messbarkeit“ ist in der Psychotherapie natürlich nicht in Kilogramm / Meter / Sekunde möglich, aber wenn ich recht informiert bin, bemüht sich die Psychotherapie-Wissenschaft doch um die Herstellung und Anwendung von geeigneten Testverfahren. Irgendwie müsste doch der „wirkliche Erfolg“ von Psychotherapie über reine Symptomreduktion (die ja womöglich zu Teilen ein Placeboeffekt ist) hinaus objektivierbar sein. Dazu befrage man aber besser Lehrstuhlinhaber, nicht Patientenvertreter. Auch quantitative Fragebögen könnte ich mir im Übrigen sehr gut dabei vorstellen.

Oliver Kunz: Eine weitere Sorge ist die mögliche Verbindung von Qualitätssicherung, die Therapeut*innen zur Verbesserung der Behandlung nutzen könnten (bspw. Patient*innenfragebögen) mit Entscheidungen der Kostenträger zur Kostenübernahme. So wäre es für den Prozess natürlich immens wichtig zu wissen, wie gut Patient*innen ihr Leiden verstanden sehen, wie gut sie in der Therapie auch schwierige Inhalte kommunizieren können etc. (ob es hierfür Fragebögen braucht oder ob diese Dinge nicht sowieso im Gespräch behandelt werden, ist wieder eine andere Frage). Wenn hiervon vielleicht aber die Bewilligung einer Therapieverlängerung abhängt, würde ich mir vorstellen, dass meine Patient*innen mit dem Fragebogen vor mir sitzen und mich fragen: „Was soll ich denn hier ankreuzen?“

Sehen Sie diese Gefahr auch und wenn ja, haben Sie Ideen, wie man diese Verquickung vermeiden könnte?

Jürgen Matzat: Dass Phantasien einer möglichen Verbindung von QS mit der Kostenübernahme durch die Krankenkassen das Risiko von Panikattacken und depressiven Episoden bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhöhen, kann ich nachvollziehen; als real empfinde ich das allerdings nicht. Wenn ich es recht weiß, schuldet ein Behandler im deutschen Gesundheitswesen nicht den Erfolg seiner Maßnahmen („Heilung“), sondern lediglich, dass er nach den Regeln der Kunst (z. B. Leitlinien) gehandelt hat (was ja gut zum ärztlich-therapeutischen Ethos passt). Und zukünftig eben auch, dass nachweislich qualitätssichernde Maßnahmen zum Einsatz gekommen sind. Sie alle wollen es doch auch so gut wie möglich machen, oder? Aber vielleicht bin ich da allzu naiv. Dieser Punkt ist wirklich höchst sensibel, auch aus Patientensicht. Vielleicht schreiben Sie mal einen freundlich-besorgten Brief an das IQTIG, ob / wie man gerade diesen Punkt im Blick habe.

Soweit ich mich an die diesbezügliche wissenschaftliche Literatur erinnern kann, dienen Feedbacksysteme wohl weniger der Verbesserung von normal oder gut

verlaufenden Therapien als vielmehr dem frühzeitigen Erkennen, falls etwas schief läuft (Verschlechterung, Fehlbehandlung o. ä.). Als „red flag“ sozusagen.

Ich persönlich habe kein prinzipielles Misstrauen gegenüber der Psychotherapeutenschaft. Aber das habe ich auch nicht gegenüber chirurgischen Abteilungen. Und doch interessieren mich die unterschiedlichen Infektionsraten und Häufigkeiten von Wundheilungsstörungen dort. Würde Sie das etwa nicht interessieren, wenn bei Ihnen eine Operation ansteht? Da hilft doch nicht die Behauptung, alles würde „sowieso“ von allen (gleich?) gut gemacht. Das widerspricht jeglicher menschlicher Erfahrung – und auch wissenschaftlichen Befunden. Fehler passieren nun mal; es gilt, eine „Fehlerkultur“ zu entwickeln, ganz wie in anderen Bereichen der Medizin, um Patient*innen so gut es geht zu schützen. Die Debatte darüber hat ja in der Psychotherapie auch bereits begonnen (vgl. einschlägige Publikationen).

Oliver Kunz: Die derzeitige Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens läuft, vorsichtig gesagt, etwas holprig ab. Der G-BA und das beauftragte IQTIG berufen sich in ihrer Arbeit auf Geheimhaltung, was notwendigerweise zur Folge hat, dass die Psychotherapeut*innen und ihre Verbände sich nicht gut eingebunden fühlen. Haben Sie, als Insider sozusagen, noch eine Idee, wie diese Kluft vielleicht überbrückt werden könnte?

Jürgen Matzat: Nochmal: Der Gesetzgeber hat gesprochen! Eine Debatte über Sinn und Unsinn von QS in der ambulanten Psychotherapie ist sinnlos. Es kann nur noch um das Wie gehen. Sie muss verträglich und nützlich sein, die Kirche dabei im Dorf lassen. Das IQTIG hat dazu seinen eigenen Methodenkanon, den ich nicht genau genug kenne. Nach meinem Eindruck hat man dort aber nach all den Literaturrecherchen, Fokusgruppen und Expertenanhörungen (u. a. mit Psychotherapeuten) durchaus verstanden, dass die Psychotherapie in mancherlei Weise etwas anders ist als die sonstige medizinische Versorgung. Aber sie muss doch auch irgendwie eingepasst werden / sich einpassen. Vertrags-Psychotherapeutinnen und -Psychotherapeuten sind eben Teil eines öffentlich finanzierten Versorgungssystems und müssen zeigen (nicht nur selber überzeugt davon sein), dass sie es – gemessen an ihren eigenen fachlichen Standards – gut machen und Fehler möglichst vermeiden, mit gesicherter Qualität sozusagen. Der gerne vorgebrachte Hinweis auf den allgemeinen Nachweis „Psychotherapie wirkt doch“ zeugt nur von völligem Unverständnis. (Chirurgie wirkt auch s. o.) Zur gegebenen Zeit wird es, wie beim G-BA üblich, ein Stellungnahmeverfahren geben, an dem sich Verbände entsprechend dem Regelwerk beteiligen können. Ich bin sehr gespannt, wie sie das tun werden.

Oliver Kunz: Vielen Dank für Ihre Bereitschaft für das Gespräch und Ihre hilfreichen Antworten. Wir sind alle gespannt, was die kommenden Monate und Jahre uns in dieser Hinsicht bescheren werden. Und, wer weiß, vielleicht gelingt es ja wirklich etwas zu schaffen, was wir irgendwann als Bereicherung erleben werden. Schön wäre natürlich gleichwohl, wenn wir als Vertretung der Profession deutlich mehr eingebunden würden.