

## Informationsveranstaltung des bvvp „Ist die Psychotherapie noch zu retten?“ am 17.9.99

### Ist die Qualitätssicherung noch zu retten?

**Beatrice Piechotta**

Mit QS beschäftige ich mich im Rahmen des AFTAP (Arbeitskreis freiberuflich tätiger analytischer Psychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen) seit 1995. Damals haben wir unsere erste ausführliche Stellungnahme zu QS verabschiedet und an DGPT und DGPM weitergeleitet.

So wie ich die weitere Entwicklung seitdem beobachte, könnte ich im Rahmen der heutigen Veranstaltung fragen: Ist die Qualitätssicherung noch zu retten?

Wenn man geeignete QS-Maßnahmen entwickeln will, muß man zunächst grundsätzlich überlegen, und zwar mit den Niedergelassenen:

- Welche Fragestellungen gibt es, die durch QS beantwortet werden sollen, welche Mängel sollen behoben werden?

Dann muß man überlegen:

- Welche Maßnahmen brauchen wir dafür?

und dann erst:

- Wie kann eine geeignete Dokumentation dafür aussehen?  
Man muß ja zunächst eine Vorstellung entwickeln, wonach man fragen will. Ohne solche Vorüberlegungen erhebt man womöglich Daten, die nichts mit der spezifischen Qualität des untersuchten Bereichs zu tun haben.

Stattdessen wurde ohne große inhaltliche Begründung gesagt: Wir brauchen Daten! - und dafür wurde uns die Psy-BaDo vorgesetzt.

Seitdem schlagen wir Niedergelassenen uns mit Fragen herum, wie z.B.: Warum gerade diese Daten, und keine anderen? Was soll mit den Daten gemacht werden? Wer bekommt sie? Welche Schlüsse sollen daraus gezogen werden?

Genauso läuft es jetzt wieder mit der Dokumentation, die im Bundesausschuß entwickelt wird.

Wenn man versucht, herauszufinden: Welche konkreten Ziele werden mit QS in unserem Bereich verfolgt? – dann findet man in der Literatur sehr unterschiedliche Fragestellungen:

1. Ein Teil davon betrifft gar nicht den Bereich der Psychotherapie:  
zB das Problem der rechtzeitigen Diagnose und der geeigneten Therapie bei psychosomatischen Patienten - das ist eine Frage der QS für andere Arztgruppen, nicht für uns.
2. Dann gibt es Themen, die nicht QS betreffen, sondern Gesundheits- und Honorarpolitik
3. oder die in den Bereich der Forschung gehören:
  - Wirksamkeit von Therapie-Verfahren
  - Frage der Indikation: Welche Therapiemethode hat bei welchen Patienten die besten Erfolgsaussichten?

Das sind höchst komplexe Fragen, an denen mit aufwendigen Forschungsprojekten gearbeitet wird; das kann man nicht mit einer Basisdokumentation oder über den MDK machen.

4. Schließlich finden sich tatsächlich Themen, die zu QS gehören, die aber noch viel zu allgemein formuliert sind, um etwas Sinnvolles daraus ableiten zu können.  
z.B. die Frage nach den Ergebnissen von Psychotherapie in der Praxis

An diesem Beispiel will ich nochmal kurz verdeutlichen, was ich meine:

Wenn man die Ergebnisse von ambulanter Psychotherapie überprüfen will, muß zunächst klar sein, zu welchem Zweck das geschehen soll.

Erst dann kann man entscheiden, welche Daten dafür erhoben werden müssen. Also:

- Will man einen allgemeinen Überblick über die Ergebnisse der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland bekommen?
- Oder will man Daten für gezielte wissenschaftliche Fragestellungen bekommen?

Für den erstgenannten Zweck reicht eine relativ grobe Basiserhebung, für den zweiten muß die Datenerhebung sehr differenziert und entsprechend umfangreich sein.

Oder, andere Möglichkeit:

- Will der einzelne Therapeut die Ergebnisse seiner Behandlungen kennen, um für seine Arbeitsweise irgendwelche Schlüsse daraus zu ziehen (Auffälligkeitssignal)
- Oder: Wollen Außenstehende (z.B. Kostenträger) die Arbeit des einzelnen Therapeuten bewerten
- und welche Konsequenzen sollen daraus gezogen werden: z.B. Honorarminderung, Liste der 100 besten Therapeuten im Fokus.

Es gibt also, bezogen auf das Therapie-Ergebnis, ganz unterschiedliche Fragestellungen, für die unterschiedliche Daten erhoben werden müssen. Das läßt sich auch nicht so ohne weiteres kombinieren: Wenn ich Daten erheben muß für eine Kontrolle durch den Kostenträger, kann man sich ungefähr vorstellen, wie ich das machen werde. Diese Angaben werde ich sicher nicht verwenden können, um etwas Aufschlußreiches über meine Therapien zu erfahren.

Das halte ich für ein grundlegendes Problem: in der QS-Diskussion ist vieles viel zu unklar. Mit ein und demselben Begriff werden abwechselnd völlig unterschiedliche Sachverhalte gemeint, und keiner sagt klar, welche Interessen er verfolgt (außer einige löbliche Ausnahmen wie Lübbecki, der klar sagt, was er will).

Ein anderes Hauptproblem sehe ich darin: Grundsätzliche Fragen der Struktur des Gesundheitswesens sind kein Thema für QS, obwohl sie ganz entscheidend für die Qualität der Versorgung von psychisch Kranken sind.

Nur ein Beispiel: Für psychologische Psychotherapeuten ist eine konsiliarische Untersuchung des Patienten durch einen Arzt verpflichtend. Es gibt aber keine ebensolche Verpflichtung für somatisch tätige Ärzte, konsiliarisch einen Psychotherapeuten hinzuzuziehen. Obwohl bekannt ist, daß ein großer Anteil von Patienten in Arztpraxen Krankheiten mit psychischen Ursachen haben.

So wie derzeit QS geplant wird, könnte dabei herauskommen, daß in einem relativ gut funktionierenden Bereich mit viel Aufwand geringfügige Verbesserungen und Kosteneinsparungen erreicht werden, während andere Bereiche mit wirklich schlechter Qualität unverändert bleiben.

Diese Art von QS wäre also nicht effektiv und nicht wirtschaftlich.