

Stellungnahme nach der Veröffentlichung des Abschlussberichtes „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“, Modellvorhaben der Techniker-Krankenkasse nach § 63 Abs. 1 SGB V und nach daraus abgeleiteten Forderungen der TK zur Änderung des Gutachterverfahrens.

Dr. Heiner Sasse

Diese Stellungnahme basiert auf den Ergebnissen der vorab im Januar 2011 veröffentlichten Studie: „Kritische Studie zum Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse: „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“. Eine fach-wissenschaftliche Stellungnahme - zur Prüfung der wissenschaftlichen Qualität des Modells sowie der Aussagekraft seiner Ergebnisse und -für eine humane, patientenbezogene Qualitätssicherung in der Richtlinienpsychotherapie“ (Sasse, 2011); sie steht als download unter <http://www.dgip.de/publikationen/e-book/> kostenfrei zur Verfügung.

Im Abschlussbericht des TK – Modells wird dargestellt, dass die intendierten Zielvorstellungen nicht belegt werden konnten. Trotz dieser Ergebnisse folgte umgehend die Forderung der TK nach Verzicht auf das reguläre Gutachterverfahren; dieses Interesse wird mit Hinweis auf die Ergebnisse des Modellvorhabens begründet.

Die Ent- und die Abwicklung des TK-Modellvorhabens muss zur kritischen Stellungnahme führen. Es muss im wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs aufgezeigt und kritisiert werden, dass mehrere öffentlich rechtliche Körperschaften wie die Techniker Krankenkasse, die drei beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, zwei der drei beteiligten Kammern der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Teile der psychotherapeutischen Wissenschaftler, also mächtige „Player“ im psychotherapeutischen Gesundheitssystem bislang vorrangig an der Umsetzung von berufspolitisch motivierten Interessen mitwirken bzw. daran festhalten oder schweigen, obwohl nach verfahrensspezifischen, empirisch aufgezeigten Belegen nachweisbar im TK-Modell gegen das Sozialgesetzbuch, hier insbesondere gegen den § 70 SGB V verstoßen wurde und obwohl gravierende Gefährdungen von psychotherapeutischen Behandlungen sowie schwere, nicht hinnehmbare wissenschaftliche Fehlentwicklungen aufgezeigt wurden.

Im Abschlussbericht „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ werden die beiden zentralen Fragestellungen des TK-Modellvorhabens und deren Ergebnisse vorgelegt:

„1. Führt der Einsatz von Qualitätsmonitoringinstrumenten des TK-Modells in ambulanten Psychotherapien zu einer höheren Ergebnisqualität (Effektivität) im Vergleich zur traditionellen Richtlinienpsychotherapie?

2. Kann das TK-Modell die Effizienz der ambulanten Psychotherapie nachhaltig verbessern?

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

schlussbericht Wittmann et al, 2011, S.11).“ Als Fazit wird zudem folgender Schluss gezogen: „Die Ergebnisqualität psychotherapeutischer Behandlungen ist mit und ohne Gutachterverfahren gleich hoch, ebenso mit und ohne psychometrische Messungen (Abschlussbericht 2011, Wittmann et al 2011, S. 165).“

Daraus leitet der Projektleiter der TK im Mai 2011 folgende Forderung ab:

„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 (TK Pressemitteilung vom 26.05.2011).“

Die Forderung nach Abschaffung des Gutachterverfahrens hat weitreichende berufspolitische Konsequenzen auf die hier nur hingewiesen werden soll: die festen Honorarsätze für Psychotherapeuten sind nach BSG-Entscheidung von der vorherigen Kostenzusage der Kassen und damit vom Gutachterverfahren abhängig, in der PT-Richtlinie wird der Verzicht auf jede weitere Wirtschaftlichkeitsprüfung an das Gutachterverfahren gebunden. Beide Positionen sind der TK sicher bekannt, die Folgen einer Abschaffung des Gutachterverfahrens bleiben hier undiskutiert.

Zu dem Abschlussbericht und den Forderungen nach Abschaffung des Gutachterverfahrens sollen hier jedoch allein fachwissenschaftliche und verfahrensspezifische Gegenargumente angeführt werden mit denen belegt werden kann, dass diese Forderung unter Bezugnahme auf wissenschaftliche Fundierung durch das TK-Modell unzulässig sind.

In den sozialrechtlich verbindlich geregelten Richtlinien- Psychotherapien, die zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, dürfen nach den entsprechenden Gesetzesgrundlagen gegenwärtig nur drei anerkannte Psychotherapie-Verfahren von darin zugelassenen Vertragsbeholdern zur Anwendung kommen. Nach der gegenwärtigen gesetzlichen Grundlage muss vor Bewilligung für jede beantragte Psychotherapie der Nachweis erbracht werden, dass (a) die anerkannten Verfahren angewendet werden und (b) im konkreten Einzelfall die Psychotherapie entsprechend der verfahrensspezifischen Krankheits- und Behandlungslehre durchgeführt wird.

Anders als in der ambulanten ärztlichen Praxis muss jede Krankenkasse vor der Kostenzusage der psychotherapeutischen Behandlung (Ausnahmen Kurzzeitbehandlungen) dazu einen Gutachter mit der Prüfung des Antrages des jeweiligen Behandlers beauftragen. Seit vielen Jahren wird dieser Prüfungsvorgang unter kontroversen Interessenlagen entsprechend intensiv diskutiert und hier greift die TK mit ihren eigenen Interessenlagen erneut ein, nachdem die TK bereits vor Verabschiedung des PsychThG 1998 ein zur Richtlinienpsychotherapie alternatives Modellverfahren über viele Jahre etabliert hatte. Das

damalige Modellvorhaben im Erstattungsverfahren wurde trotz eigener TK- spezifischer Gutachterregelung letztlich auch aus juristischen Gründen als unzulässig abgelehnt.

Die Behauptung der TK lautet: „Unsere Studie zeigt jedoch, dass die Therapiequalität ohne Gutachten nicht schlechter ist und auch nicht wesentlich mehr Therapiestunden abgerechnet werden“ (Ruprecht 2011).

Diese Aussage ist aus folgenden Gründen zu kritisieren:

1. Das TK Modell hat in den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren zu keinem Zeitpunkt die Therapiequalität definiert, untersucht oder gar erfasst.
2. Der Vergleich zwischen dem modifizierten und regulären Gutachterverfahren ist deshalb unzulässig, weil im modifizierten Gutachterverfahren gerade diejenigen Aspekte, die im regulären Gutachterverfahren von elementarer Bedeutung sind, überhaupt nicht erfasst werden. Von daher ist ein Vergleich beider Verfahren mit Anspruch auf wissenschaftliche Begründung unzulässig.
3. Jeder Vergleich zwischen dem modifizierten und regulären Gutachterverfahren ist auf Basis der psychoanalytisch begründeten aber auch auf Basis einer allgemeinen psychologischen Wissenschaftskonzeption deshalb unzulässig, weil es zwischen den Experimentalgruppen und den Kontrollgruppen vielfache Unterschiede gibt, weil es keine kohärente Experimentalgruppe gibt (der Hauptwirkfaktor wurde während der laufenden Untersuchung grundlegend verändert) und weil die Bedingungen während der laufenden Untersuchung mehrfach an wichtigen Stellen und inhaltlich bedeutsamen Aspekten verändert wurden, ohne dass diese Änderungen vorab im Untersuchungsdesign geplant waren.
4. Das modifizierte Gutachterverfahren wird zusätzlich durch die ursprünglichen Bewertungen mit einem Beschleunigungs- und Effektivitätssteigerungskonzept in Verbindung gesetzt, das die tatsächlichen Aufgaben des Gutachterverfahrens nicht berücksichtigt sondern dadurch den Begutachtungsprozess indirekt aber dennoch eindeutig beschreibbar negativ beeinflusst (Sasse 2011, S. 177 – 192). In der IG werden sowohl die Veränderungen bezüglich der Antragstellung ohne Bericht an den Gutachter wie auch die im Verlauf des Modellvorhabens grundlegend veränderten Rückmeldungen wirksam. Neben den anderen systematischen Unterschieden zwischen IG und KG und den Veränderungen während des Verlaufes zeigen diese Unterschiede, dass jedwede wissenschaftliche fundierte vergleichende Aussage über die Wirksamkeit und die Qualität des modifizierten oder des regulären Gutachterverfahrens deshalb unzulässig ist, weil nicht aufgeklärt werden kann, welche Auswirkungen dem modifizierten Gutachterverfahren und welche Auswirkungen den im Verlauf geänderten externen bewertenden Rückmeldungen zugewiesen werden müssen.

Im regulären Gutachterverfahren prüft der Gutachter den Bericht des Behandlers auf Antrag der Kasse unter verschiedenen Kriterien; vorrangig wird geprüft, ob der Behandler ein anerkanntes Verfahren fachlich kompetent anwendet und ob die Entstehung der Erkrankung, die aufrechterhaltenden Hintergründe und die Behandlungsansätze plausibel bei ausreichend guter Prognose im Einzelfall dargestellt werden. Geprüft wird also nicht der Patient und seine Erkrankung (oder wie im modifizierten Gutachterverfahren die Veränderung in der subjektiven und damit immer unbewusst tendenziös veränderten Patientenselbsteinschätzung), sondern ob der Behandler die Indikation für ein dazu geeignetes Verfahren (Verfahrensqualität) begründen kann und ob er dem Einzelfall entsprechend einen plausiblen individuell begründeten Behandlungsplan (Behandlerkompetenz) vorlegen kann.

In der Versorgungsrealität der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren wird seit vielen Jahren etwa **jeder 7. Antrag** nicht so genehmigt wie er beantragt wird (2010 wurden 4% der Anträge vollständig abgelehnt, etwa 11,5% wurden nicht in dem Umfang bewilligt,

wie sie beantragt wurden). Damit kann die Wirksamkeit des Gutachterverfahrens selbst nicht in Frage gestellt werden, auch wenn Kritiker des Gutachterverfahrens auf durchaus bestehende Grenzen und Probleme des Gutachterverfahrens zu Recht und auch mit guten Gründen hinweisen (z.B. Berichterstellung durch andere Personen, Fälschungen oder Fälschangaben usw.). Es gibt zahlreiche positive Rückmeldungen von Behandlern an Gutachtern wenn sie von den gutachterlichen Stellungnahmen profitieren konnten; diese positiv rückgemeldeten Auswirkungen des regulären Gutachterverfahrens werden im TK-Modell weder bedacht noch untersucht. Es wäre interessant zu erfahren, ob in den beiden Gruppen des TK-Modells auch eine derart hohe Nicht-Genehmigungsquote vorliegt oder ob hier ein weiterer systematischer Unterschied zwischen dem TK Modell und der Behandlungsrealität aufgezeigt werden kann.

In diesem anhaltenden Konfliktfeld muss die wissenschaftliche Qualität des TK Modellvorhabens jedoch zusätzlich insbesondere deshalb genauer untersucht werden, weil für die Patienten und die Behandlungsprozesse in den beiden psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren erhebliche negative Konsequenzen aus dem Vorgehen entstanden. Dieser Umstand war für die psychoanalytischen Fachgesellschaften nicht hinnehmbar, so dass alle psychoanalytischen Fachgesellschaften, die bundesweit seit Jahrzehnten mit 54 staatlich anerkannten Ausbildungsstätten und die wissenschaftliche Anerkennung der Verfahren Verantwortung tragen, öffentlich von der Teilnahme am Modell abrieten. Nach dem Wechsel in der Projektleitung wurden u.a. nach ausführlicher Kritik von Seiten der DGIP **auf Initiative der TK** hin, dieser schwerwiegende Fehler und die Gefährdung für die Patienten durch eine grundlegende inhaltliche Veränderung der Bewertungen aufgehoben. Leider wird der Umstand, dass der grundlegende Monitoringvorgang für die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren falsch war und blieb, sowie die Hintergründe für die inhaltlich gravierenden Änderungen des wesentlichen Wirkfaktors während der laufenden Behandlung im Abschlussbericht weder erwähnt noch diskutiert. Die sehr hohe Abbruchquote von Behandlern während des laufenden Modells (in Südbaden 40,3%, in Westfalen-Lippe 22,9%, in Hessen 22,3%) lässt sich mit zwei im Abschlussbericht nicht reflektierten Begründungen erklären. Erstens haben teilnehmende Behandler in der IG davon profitiert, dass sie für bis zu 15 TK-Versicherte eine Kostenzusage für Langzeitbehandlungen ohne entsprechenden Bericht an den Gutachter erhielten, hier zeigt sich der immanente Verführungscharakter des TK – Modells (keine Prüfung der Verfahrensanwendung, keine Prüfung des Behandlerberichtes); zum Zweiten haben viele teilnehmende Behandler erst im Verlauf durch die Kritik aus den Fachgesellschaften von den problematischen Aspekten erfahren.

Im Folgenden werden nun abschließend die grundlegenden Fehlentwicklungen des TK-Modells, die wesentlichen Kritikpunkte und die negativen Auswirkungen sowie einige der sich daraus abzuleitenden Forderungen übersichtlich dargestellt.

1. Das TK-Modell beansprucht, die Einführung eines verfahrensübergreifenden Wirksamkeits- 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, Zielsetzung sowie bezüglich ihrer Wirksamkeitsnachweise und Qualitätsmerkmale. In der kritischen Studie wird dazu ein Transparenzmodell zur Qualitätsbeschreibung (Wirksamkeitsmerkmale, Qualitätsmerkmale, Verfahrensmerkmale und

Kompetenzfaktoren der Behandler) verfahrensspezifisch für die beiden psychoanalytisch begründeten Richtlinienverfahren vorgelegt (Sasse 2011, S. 30 – 92).

Im TK-Modell sind danach keine wissenschaftlich fundierten Aussagen über die Wirksamkeit und Qualität der Behandlungen möglich, weil keines der dargestellten psychoanalytisch begründeten Wirksamkeits- oder Qualitätsmerkmale überhaupt untersucht oder gar gemessen wurde.

Es ist wissenschaftlich unzulässig, wenn die gravierenden Unterschiede zwischen den Verfahren einfach negiert werden und stattdessen ein einziges vergleichbares Kriterium (hier: die Messung der Veränderung in der subjektiven Patientenselbsteinschätzung) als das zentrale Qualitäts – oder Wirksamkeitskriterium für alle Verfahren bezeichnet wird. Im Abschlussbericht werden im TK-Modell die Ergebnisse aller Verfahren trotz der hier geschilderten Unterschiede zusammengerechnet.

Es findet sich keine Begründung dafür, dass zum Teil in der IG verfahrensspezifisch unterschiedliche Instrumente angewendet wurden, dass die Kontingente, Behandlungszeiten, Frequenz unterschiedlich sind, welche Auswirkungen diese Unterschiede hatten und warum keine verfahrensspezifisch getrennte Darstellung erfolgte.

Damit muss festgestellt werden, dass die Einführung einer verfahrensübergreifenden Wirksamkeits- und Qualitätsvorstellung nachweislich gescheitert ist, weil die verfahrensspezifischen Unterschiede nicht erfasst werden können. Dieses Ergebnis sollte für weitere Forschungsvorhaben die Forderung begründen, in der Zukunft auf verfahrensspezifischen Wirksamkeits- wie auch Qualitätsnachweisen zu bestehen.

2. Zentraler Fehler in der Konzeption des TK-Modells ist aus psychoanalytischer Sicht die Annahme, allein aus der Veränderung der subjektiven Patientenselbsteinschätzungen eine begründete Aussage über die Behandlungsqualität eines Einzelfalles ableiten zu können. Dazu wären aber folgende Ergänzungen unverzichtbar, die im TK Modell fehlen:

- a. Nachweis der Erfüllung von verfahrensspezifisch definierten Qualitätsmerkmalen im Unterschied zu standardisierten Wirksamkeitsnachweisen im Einzelfall.
- b. Nachweis einer Krankheitsdefinition und empirische Belege, dass die unbewussten Ursachen der Erkrankung behandelt wurden und strukturelle Veränderungen bzw. veränderte Konfliktverarbeitung objektiv nachgewiesen wurden.
- c. Einzelfallspezifische statt standardisierte Einschätzungen des Behandlers oder eines geschulten externen Raters.

Wegen des Fehlens dieser notwendigen Perspektiven sind keine wissenschaftlich begründeten Aussagen über die Wirksamkeit der untersuchten Einzelbehandlungen und keine prinzipiellen Aussagen über die Wirksamkeit der beiden analytisch begründeten Richtlinienverfahren möglich, weil im Monitoringvorgang keine krankheitsspezifischen Veränderungen des Patienten objektiv erfasst wurden, sondern allein die Veränderungen in der subjektiven Patientenselbsteinschätzung gemessen und verrechnet wurden (Sasse 2011, S. 92 – 120). **Der Nachweis der veränderten subjektiven Patientenselbsteinschätzung allein ist im konkreten Einzelfall nie ein sicherer Nachweis über eine Veränderung des individuellen, intrapsychischen Krankheitsgeschehens, das reduktionistische Vorgehen im TK-Modell wird daher begründet als unzulässig abgelehnt (ebda S. 120 – 141).**

3. Es wird nachgewiesen, dass weder vergleichende Aussagen über die drei untersuchten Richtlinienverfahren abgegeben werden können, noch dürfen Aussagen über die Wirksamkeit oder die Qualität der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Behandlungen im Vergleich abgegeben werden, weil die verfahrensspezifischen Behandlungsziele und Qualitätsmerkmale weder erfasst noch untersucht wurden und erhebliche methodische Mängel erkennbar und nachgewiesen wurden (ebda S. 141 - 151).

3.a. Es wird aufgezeigt, dass zwischen den Experimental- und den Kontrollgruppen mehr als dreizehn systematische Unterschiede Wirkungen hervorrufen, sodass eine fokussierte Aussage über den zentralen Untersuchungsschwerpunkt (hier: die Wirkung der externen Bewertungen) weder möglich noch zulässig ist.

3.b. Es wird aufgezeigt, dass während der laufenden Untersuchung drei gravierende Veränderungen in die Experimentalgruppen eingeführt wurden, so dass eine wissenschaftlich begründete Ursachenzuschreibung über Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppen nicht mehr möglich ist.

4. Das „Qualitätsmonitoring“, also die bewertende Rückmeldung des „Trust-Centers“ muss deshalb besonderer Kritik unterzogen werden, weil diese Rückmeldungen den zentralen Wirkfaktor im TK-Modell darstellen.

Die Rückmeldungen des Computers an Patient wie Behandler während der laufenden Behandlungen beinhalten in den beiden analytisch begründeten Verfahren einerseits unzulässige Behandlungsrisiken, andererseits sind sie empirisch nachweisbar bis Mitte 2007 sehr häufig und unkontrollierbar falsch gewesen und wurden während des laufenden Experimentes verändert. **Derartige Gefährdungen von Psychotherapien sind zukünftig aus fachlichen wie ethischen Gründen zwingend zu unterlassen.**

a. Die Risiken der externen Bewertungen

Die bewertende Beeinflussung von Patienten und Behandler während der laufenden Behandlung mit dem Ziel, den Prozess zu beschleunigen, ist in den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren unzulässig. Zur Bearbeitung der unbewussten Hintergründe der Erkrankung muss sich die Erkrankung in einer spezifischen Übertragungsentwicklung im Rahmen des therapeutischen Arbeitsbündnisses auf Basis der individuellen Beziehungsgestaltung des jeweiligen Patienten entfalten können. Nur so kann der Patient sowohl kognitiv wie auch motivational und emotional in einer vertrauensvollen Beziehung seine unbewusst pathogenen Muster fühlbar erleben und durcharbeiten. Dieser Prozess wird durch externe Bewertungen auf mehreren Ebenen gefährdet: - aus dem dualen Prozess wird eine Triangulierung; - die Übertragungsentfaltung wird durch reale Einflüsse bezüglich der unbewussten Anteile behindert, weil Deutungen sich nicht mehr allein auf das duale Geschehen eingrenzen lassen; - die Kompetenz der Beurteilung der Qualität wird dem externen Computerurteil zugewiesen, dadurch wird die unverzichtbare Arbeit im dualen Arbeitsbündnis beeinträchtigt, die Definitionsmacht externalisiert, dies widerspricht dem Kern eines analytischen Beziehungsverständnisses.

b. Die Bewertungen des Computerprogramms waren bis Mitte 2007 in sehr häufigem Umfang unkontrollierbar falsch

Es wird an sechs empirischen Studien nachgewiesen, dass die bis Mitte 2007 zum Teil mehrfach an Patienten und Behandler in die laufenden Behandlungen eingebrachten Bewertungen in unkontrollierbarem Umfang sehr häufig falsch waren und so zu unzulässigen Beeinflussungen und vermutlich auch zu Schädigungen der Behandlungen führten. Die nach Wechsel in der Projektleitung der TK dankenswerter Weise eingeführten Veränderungen des zentralen Wirkfaktors (externe Rückmeldungen) führten sowohl zur Beendigung der Falschinformation wie auch zur Beendigung des bis dahin faktisch bestehenden Beschleunigungszwanges (s. dazu die Unterschiede in den Rückmeldungen im Anhang des Abschlussberichtes (13) (Wittmann et al 2011, S. 190 und 191).

Der prinzipielle Fehler im Monitoringvorgang besteht jedoch weiterhin darin, dass keine konzeptionelle Möglichkeit vorliegt, um auch rechnerisch abzubilden, dass gerade bei einer Verschlechterung in der subjektiven Patientenselbsteinschätzung dann sehr wohl ein guter Prozess stattfinden kann. Ebenso wenig kann abgebildet werden, dass bei einer positiven

Veränderung in der subjektiven Patientenselbsteinschätzung sehr wohl auch ein negativer Behandlungsprozess stattfinden kann.

Nach der inhaltlich sinnvollen und ethisch unverzichtbaren Änderung in den Rückmeldungen zeigt sich jedoch dadurch ein neues methodisches Problem: es kann danach nicht mehr von einer durchgängig konstanten Experimentalgruppe ausgegangen werden, weil nach grundlegender inhaltlicher Veränderung des Hauptwirkfaktors während der laufenden Untersuchung ab Mitte 2007 die notwendige inhaltliche Kohärenz und Kontinuität innerhalb der Experimentalgruppe nicht mehr vorlag. Methodisch handelt es sich nun um zwei sich im zentralen Wirkfaktor wesentlich unterscheidende Experimentalgruppen; die bedeutsamen Unterschiede sind:

- Vor 2007 wurden unkontrollierbar aber sehr häufig falsche Bewertungen abgegeben
- Vor 2007 wurden die möglichen guten Entwicklungen, die sich gerade durch eine Verschlechterung im Patientenerleben zeigen, nicht erfasst und nicht rückgemeldet
- Vor 2007 wurden die möglichen problematischen Entwicklungen, die sich in einer schnellen symptomatischen Verbesserung im Erleben des Patienten zeigen nicht erfasst und nicht rückgemeldet
- Vor 2007 gab es nur ein immanentes Beschleunigungskonzept, die Notwendigkeit zur Verlängerung konnte nicht rückgemeldet werden.

Erst mit den veränderten Rückmeldungen wurden diese Kritikpunkte aufgegriffen und beseitigt.

Auch deshalb sind keine zusammenfassenden Berechnungen der Daten vor 2007 und nach 2007 zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zulässig (Sasse 2011, S. 151 – 177). Dieser Veränderungsprozess wird im Abschlussbericht inhaltlich nicht dargestellt.

5. Zur weiteren Evaluation und Katamnese werden notwendige Zusatzfragen erörtert, die in die Katamnese des TK-Experimentes Eingang finden sollten (ebda S. 192 – 196).

6. Es wird aufgezeigt und begründet, dass das TK-Modell die gesetzliche Forderung nach Humanität in jeder Krankenbehandlung gemäß § 70 SGB V nicht erfüllt, weil Schädigungen durch Fehlinformationen, durch Beeinträchtigung wesentlicher Behandlungsprozesse und Beschleunigungsabsichten eine humane Krankenbehandlung erheblich gefährdeten (ebda S. 196 – 205).

7. Es wird nachgewiesen, dass die Erfüllung der Sorgfaltspflichten sowie der selbst beanspruchten Transparenzkriterien nicht gewährleistet wurde, weil die nachweisbaren Verbindungen der Untersuchungsleiter mit einem einzigen Verfahren (hier mit der Verhaltenstherapie) und zum Teil mit dem Verlag, der das sogenannten „Trust-Center“ betreibt, nicht auf- oder angezeigt wurden (ebda S. 205 – 216). Besonders kritisch muss bedacht werden, dass die hier aufgezeigten Kritikpunkte bereits vor Beginn des Experiments vielfach mit den Forschern diskutiert wurden und auch den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen mitgeteilt wurden. Diese Kritik wurde weder den Behandlern noch den Patienten mitgeteilt. Auch im Abschlussbericht werden die schwerwiegende Diskussionspunkte weder erwähnt, noch werden die Gründe für die Veränderung der Bewertungen ab Mitte 2007 benannt, noch wird der Autor der veränderten Bewertungen genannt. Es wird so unzulässig der Eindruck vermittelt, als ob die Forschergruppe aus eigener Einsicht die Bewertungen „optimiert“ und nicht grundlegend verändert hätte.

8. Nach der Kritik kann die Wirtschaftlichkeit des Modellvorhabens nur kritisch beurteilt werden, ebenso wird die Mitbeteiligung der involvierten Kassenärztlichen Vereinigungen kritisiert und Folgerungen daraus abgeleitet (ebda S. 216 – 221).

Dr. Heiner Sasse, Witten den 28. Juni 2011

Email: Heiner.Sasse@t-online.de

Die vorliegenden Interessenkonflikte des Autors werden in der Kritischen Studie aufgezeigt.