

Etwas in einen fruchtbaren Prozess zurückspeisen

Ulrike Böker und Eva-Maria Schweitzer-Köhn im Gespräch mit Prof. Cord Benecke

(Langfassung des Artikels in Heft 4/2020 PPP Psychotherapie in Politik und Praxis, S. 12 – 15)

Ulrike Böker: Herr Benecke, Sie haben einen Lehrstuhl für Analytische Psychotherapie in Deutschland - leider den einzigen und ich hoffe, dass sich das künftig ändern wird nach der Ausbildungsreform. Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie bei Ihnen in Ihrer Hochschulambulanz Qualitätsmanagement gelebt wird?

Cord Benecke: Ich bin bald schon nicht mehr der einzige, denn es gibt in Köln ein Berufungsverfahren für eine tiefenpsychologisch ausgerichtete Professur, das Ende des Jahres abgeschlossen werden soll. Aber wahrscheinlich wird es nicht flächendeckend Schule machen. Zu Ihrer Frage: Qualitätssicherung in der Hochschulambulanz beginnt damit, dass wir alles - das Erstgespräch, jede Sitzung und jede Diagnostik - auf Video aufnehmen. Wir haben auch immer ein Reflecting-Team dabei, bestehend aus Studierenden, die das Geschehen live im Nebenraum mit anschauen. Im Anschluss an jede Therapiesitzung gibt es mit ihnen eine kurze Nachbesprechung. Da wird gefragt: „Was ist da gerade passiert? Was hat man genau gemacht? Was haben Sie gesehen?“ Und das machen wir nicht nur für die besonders „schönen“ Sitzungen. Das heißt, die Studierenden erleben den vollständigen therapeutischen Alltag. Wir haben so eine sehr hohe Kontrolle, natürlich auch für uns selber. Das sind besonders gute Bedingungen in Bezug auf die notwendige Qualitätssicherung, die aber nicht übertragbar sind auf das Feld, also auf niedergelassene Praxen.

UB: Es geht ja vor allen Dingen um Strukturen, um Prozessqualität. Wie wird denn bei Ihnen die Ergebnisqualität beobachtet und gemessen?

CB: Wir haben ein sehr umfangreiches Arsenal an Fragebögen, das zum Einsatz kommt - vorher, nachher und mit langen Katamnesen, sodass wir sehen können: Da wurde etwas nicht nur direkt nach Therapieende besser, sondern unsere Arbeit wirkt nachhaltig. Wir haben alles komplett auf Online-Fragebögen umgestellt. Wenn wir die Befragung in der Praxis oder in der Praxisgemeinschaft früher so hätten umsetzen wollen, wäre das wahnsinnig aufwändig und teuer geworden. Jetzt installieren wir das System einmal und wir können auch mit längeren Katamnesen schauen: Wie geht es meinen Patienten eigentlich ein, zwei oder drei Jahre nach Ende der Behandlung? Das ist durchaus machbar. Wir planen gerade eine größere

Ambulanz-Studie. Da setzen wir zum Beispiel einen Achtjahres-Zeitraum an. Also von dem Zeitpunkt an, wenn die Patienten zum ersten Mal kommen, begleiten wir sie acht Jahre lang, egal, wie lange die Therapie gedauert hat.

Eva Schweitzer-Köhn: Was ist denn aus Ihrer Sicht überhaupt ein guter psychotherapeutischer Prozess? Und was ist ein gutes Ergebnis?

CB: Ein guter Prozess ist einer, der ein gutes Ergebnis hervorbringt, das wäre im Grunde die Minimal-Definition, aber das ist auch verfahrensspezifisch. Ich als Psychoanalytiker habe vielleicht völlig andere Vorstellungen davon als jemand, der eher Expositionstherapie macht. Aber letztlich müssen wir uns an den Ergebnissen messen lassen. Die Patienten kommen nicht in die Therapie, um einen guten Prozess zu erleben, sie kommen, weil es ihnen schlecht geht. Das Ergebnis sollte so aussehen, dass es ihnen besser geht, und zwar deutlich besser. Es gibt eine riesige Spannbreite davon, was ein gutes Therapieergebnis ist. Wenn ich von einer reinen Gesundheitssystem-Perspektive darauf schaue, dann muss es eine deutliche Reduktion oder ein Verschwinden der Symptomatik geben. Das ist das Ziel einer jeden medizinischen und therapeutischen Behandlung. Kommt jemand mit einer Depression, sollte diese am Ende der Behandlung einfach nicht mehr da sein - möglichst nachhaltig verschwunden sein. Die Frage der Nachhaltigkeit ist, aus der Perspektive der Patienten betrachtet, mindestens ebenso interessant wie der unmittelbare Therapieerfolg: Nicht nur, dass es mir in der Therapie besser geht, sondern wie ist meine Chance, dass es mir auch langfristig besser geht? Es gibt qualitative Studien, in denen Therapeuten befragt wurden. In den Antworten geht es viel um Selbstwert, um Identität, um Einsicht -, darum, dass man versteht, was mit einem selbst und dem Patienten los ist. Die Reduktion der Symptomatik kommt dort an fünfter Stelle.

ESK: Welche Indikatoren hielten Sie denn für geeignet, um die Qualität in der Psychotherapie zu bestimmen?

CB: Gucken wir auf Ergebnisqualität, das ist ja relativ gut messbar. Da gibt es die normalen Ergebnismessungen „vorher – nachher“ - oder eine Messung nach der Symptombelastung. Aber was messe ich noch zusätzlich? Messe ich so etwas wie eine Veränderung von Selbstwert, eine Veränderung des Strukturniveaus oder des Persönlichkeits-Funktions-Niveaus? Es gibt gute Studien, die zeigen, dass wenn sich auf der Ebene des Persönlichkeit-Funktions- Niveaus etwas verändert hat, das ein wirkliches Kriterium für einen Langzeiterfolg ist. Wenn ich auf dieser Ebene etwas ändern kann, kann ich das mit einer durch Therapie erzeugten Resilienz in Verbindung bringen. Wenn in den drei Jahren nach Therapieende keine schlimmen lebenskritischen Ereignisse passiert sind, dann spielt das keine große Rolle, ob ich eine Strukturveränderung erreicht habe oder nicht. Aber wenn kritische Lebensereignisse eintreten, dann werden die Patienten, die diese strukturelle Veränderung nicht erreicht haben, rückfällig. Das ist aus meiner Sicht ein wichtiger Aspekt von Ergebnisqualität im Hinblick auf eine Prognose für das Danach. Das andere wären Prozess- und Strukturqualität. Prozessqualität ist tatsächlich extrem schwierig messbar. Mit einer Qualitätssicherung, wie sie jetzt geplant ist, werden so äußere

Dinge abgefragt wie: „Hat mein Therapeut, meine Therapeutin hin und wieder mal eine Zwischenbilanz gezogen?“ Oder: „Hat mein Therapeut, meine Therapeutin mich über Behandlungsalternativen aufgeklärt?“ Ja, es ist gut, wenn Therapeuten das tun. Aber ist es auch wirklich ein Indikator für einen guten Prozess? Umgekehrt gefragt: Wenn ich keine Zwischenbilanz gezogen habe, war der Prozess deswegen schlecht? Diese Fragen bleiben völlig ungelöst. Die Herangehensweise einer externen Qualitätssicherung, bei der Daten von außen erhoben werden, und mit Hilfe dieser Daten soll dann die Qualität bestimmt werden, sehe ich schon sehr kritisch. Weil man so wenig darüber weiß, was ein guter Behandlungsprozess ist und noch weniger darüber, wie man diesen von außen erfassen könnte, wird anhand solcher scheinbaren Indikatoren gemessen. Aber was für einen Wert werden diese Daten haben? Ich hätte nichts dagegen, dass sie erhoben werden, wenn man dann wirklich sagen könnte: Wenn das und das der Fall ist, dann können wir daraus ableiten, hier ist eine hohe Wahrscheinlichkeit gegeben, dass etwas schief läuft. Ich habe nur starke Zweifel, ob das anhand der Daten, die hier erhoben werden sollen, auch möglich ist.

UB: Wir haben ja das Qualitätssicherungsverfahren im Hintergrund, das der Gemeinsame Bundesausschuss flächendeckend einführen will. Was denken Sie, zu welchem Zeitpunkt wäre es überhaupt sinnvoll, Qualität zu messen?

CB: Das kommt drauf an, was man mit den erhobenen Daten machen will. Die Frage „Was passiert mit diesen Daten?“ ist noch völlig ungeklärt. Natürlich wäre ein logischer Zeitpunkt, wenn ich jetzt an die Ergebnisqualität denke, eine Erhebung zum Ende der Behandlung. Das ist kein besonders aussagekräftiger Zeitpunkt, weil es dem durchschnittlichen Patienten am Ende der Behandlung deutlich besser geht. Und zwar unabhängig davon, was für eine Therapie er gemacht hat. Gut, es ist nicht unabhängig davon, bei wem er diese Therapie gemacht hat. Es gibt durchaus deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Therapeuten und Therapeutinnen. Die Person spielt eine Rolle. Wenn jemand dann die Therapie beendet hat und auf irgendeiner Symptom-Skala ankreuzen kann, dass ihm geholfen wurde, dann kommt bei positiven Ergebnissen natürlich von Kassenseite sofort die Frage auf: „Wieso brauchen die einen Patienten 15 Stunden und die andere 75 und die nächste 200, bis es ihnen besser geht?“ An der Stelle wird dann schnell nur auf diesen einen Punkt geschaut. Und da wären wir wieder bei der Frage nach der Nachhaltigkeit. Wie stabil ist denn die Veränderung? Das ist wichtig. Und deswegen: Eine vernünftige Ergebnismessung kommt nicht um eine Katamnese herum - die heutzutage durch die Online-Möglichkeiten auch nicht mehr so schwierig ist.

UB: Ich sehe da schon ein Dilemma, dass sich die Kassen auf der einen Seite natürlich einfache Ergebnisse wünschen, die mit ein paar Zahlen belegen: Toller Prozess, guter Psychotherapeut. Und auf der anderen Seite stehen wir Psychotherapeuten, die wir eine Verflachung der komplexen Therapieprozesse fürchten, uns aber auch selber schaden mit unserer anhaltenden Weigerung, darzustellen, was wir an guter Arbeit machen.

CB: Man müsste schon die Bereitschaft haben, zu sagen: „Das machen wir und das kommt dann dabei heraus.“ Aber die Frage bleibt entscheidend: Was wird mit den Daten getan? In dem Moment, in dem ich als Therapeut nur daran denke, dass damit irgendetwas getan wird, was Konsequenzen für mich haben könnte, führt das zu extremen Fehlanreizen im gesamten Feld. Das ist absehbar. Wenn mehrere meiner Patienten nach der Therapie nicht so zufrieden sind und die Therapien bei mir auch noch länger dauern, dann nehme ich schwierige Folgepatienten einfach nicht mehr an. Komorbid-gestörte, persönlichkeitsgestörte, ältere Patienten und so weiter könnten mir meinen Durchschnitt versauen. Das heißt, die Patienten, die es eigentlich bräuchten, bleiben systematisch auf der Strecke, wenn diese Daten dazu führen, dass irgendjemand sagen kann: „Bei ihnen läuft es aber nicht so gut“. Das wäre eine krasse Fehlentwicklung. Wenn die Daten dazu verwendet werden – und so liest es sich ja -, generell die Qualität einer Praxis zu bestimmen, und eine mögliche Konsequenz aus ihnen heißt: „Sie kriegen weniger Geld“, dann läuft es grundlegend falsch. Ich finde aber auch, die therapeutische Community sollte selbst ein Interesse daran haben, dass man sieht, es gibt auch Kollegen, da läuft es nicht gut! Das Wissen ist im Feld ja vorhanden. Aber es hat keine Konsequenzen.

ESK: Das heißt, wir müssen uns mit Fehlerkultur und Fehler-Management befassen. Sie hatten vorhin erwähnt, dass man doch wüsste, dass die Person des Psychotherapeuten, der Psychotherapeutin, einen Einfluss auf das Ergebnis hätte. Das würde mich noch interessieren.

CB: Wenn Sie eine größere Therapie-Wirksamkeitsstudie machen, dann untersuchen Sie üblicherweise einzelne Behandler oder Behandlerinnen, die mehrere Patienten behandeln. Dabei kann man dann die durchschnittliche Effektstärke eines jeden einzelnen Therapeuten, jeder Therapeutin sehen - und stellt fest: Die Unterschiede zwischen den einzelnen Personen sind viel größer als die zwischen den Verfahren. Man weiß nicht, woher das kommt. Erfahrungen, Geschlecht oder Grundausbildung - das alles ist marginal. Was man weiß, ist, dass es auch nicht daran liegt, ob sich jemand an die Behandlungs-Manuals hält. Und dann wird es zu einer Frage in Richtung Ausbildung, ja sogar der Vorselektion. Kann es sein, dass bestimmte Menschen es können und manche es nicht können? Dazu müsste man aber wissen, woran es liegt.

Bei der Qualitätssicherung wäre die logische Konsequenz zu sagen: Hier sind Therapeuten bei uns im Feld, in der Kammer, da läuft es deutlich nicht so gut. Da enden Therapien häufig durch Abbrüche, zeigen schlechtere Behandlungsergebnisse, die Patienten benötigen andauernd stationäre Aufenthalte. Dann würde man vielleicht daraus schließen: „Oh, das ist ein schlechter Therapeut“. Man könnte aber auch fragen: „Das sieht erstmal nicht gut aus. Was genau ist hier los?“ Und es könnte sich dann herausstellen, dass es sich um einen Spezialisten für ganz hoffnungslose Fälle handelt. Dann wäre es auf einmal kein Makel mehr, sondern ein ganz wichtiger Aspekt der Beurteilung käme zum Tragen. Aber dafür müsste es ein vertrauensvolles System geben, innerhalb dessen derartige Fragen möglich sind. Wer Glück hat, hat eine Intervisions-Gruppe, die vertrauensvoll arbeitet. Und ich vermute, dass diejenigen, die deshalb schlechtere Ergebnisse

haben, weil nicht besonders gut gearbeitet wurde, eher auch keine Interventions-Gruppe haben. Die Community drückt sich bisher darum, jemandem zu sagen: „Hier läuft etwas nicht gut, was können wir tun, damit es besser läuft?“ Das wäre ja eigentlich der Sinn von Qualitätssicherung, nicht einfach nur zu sanktionieren. Aber können diese Daten, die dort erhoben werden sollen, dazu einen Beitrag leisten? Das ist völlig offen.

UB: Risikoadjustierung ist ja auch ein schwieriges Thema. Die Krankenkassen haben das Interesse, möglichst wenig Geld auszugeben. Lange Therapien und damit analytische Psychotherapie sind ihnen schon lange ein Dorn im Auge. Aber gerade die Analytiker, so mein Eindruck, haben auch am meisten Probleme mit dem Messen ihrer Arbeit. Was würden Sie denn Ihren analytischen Kollegen raten?

CB: Man kann sich auf den Standpunkt stellen: Das Unbewusste ist nicht messbar. Und alles, was relevant ist, passiert im Prozess, und deswegen lehnen wir irgendwelche Messverfahren grundsätzlich ab. Das ist aus meiner Sicht aber keine kluge Haltung. Die analytische Therapie mit ihrer höheren Stundenzahl kostet mehr Geld, braucht mehr Ressourcen, auch auf Patientenseite mehr Zeitinvestitionen. Die könnten ja in dieser Zeit auch etwas anders machen, sich in die Badewanne legen oder Yoga machen. Zwei Dinge müssten gezeigt werden können, mindestens aber eines von beiden: Entweder, dass dieses Verfahren wirklich nachhaltiger wirkt. Das ist ja der Anspruch, den Analytiker haben, dass sie die Persönlichkeit umstrukturieren. Oder man belegt, dass es für bestimmte Patienten wirklich notwendig ist. Vielleicht ist für das Gros der Patienten eine kürzere Therapie vollkommen ausreichend, vielleicht sogar besser. Da wären wir bei der Frage nach der differentiellen Indikation. Wie generieren wir Kriterien, um belegen zu können: „Okay, für diese Patienten oder diese Patientengruppe ist die analytische Therapie wirklich ein Vorteil, und entsprechend ist der höhere Aufwand gerechtfertigt.“ Aber das ist schwerlich per Fragebogen zu erfassen.

ESK: Jetzt haben wir viel darüber gesprochen, dass man Effekte auch zeigen muss. Aber gibt es auch Nebenwirkungen des Messens an sich. Also wenn wir in der Praxis zum Beispiel Fragebögen ausgeben, hat das unter Umständen Auswirkungen auf die psychotherapeutische Beziehung, auf den Prozess, am Ende auch auf die Auswahl von bestimmten Patientinnen und Patienten.

CB: Das ist so ähnlich wie mit der Ergebnismessung. Es hängt extrem davon ab, was die Leute *denken*, was mit den Daten passiert. Wenn man jede Woche einen Fragebogen erhält, dann kann man den Prozess hochfrequent nachvollziehen. Wenn ein Patient denkt, wenn ich jetzt ankreuze, dass es mir besser geht, dann ist die Therapie bald zu Ende, dann kreuze ich das lieber nicht an, weil ich das Gefühl habe, dass ich die Therapie noch brauche. Das führt dann wieder zu der Frage von Kassenseite: Wieso geht es Ihrem Patienten immer noch nicht besser? Was ist mit Ihnen los, dass Ihre Patienten immer so lange brauchen, bis die ankreuzen, dass es ihnen besser geht? Hier wird das Verfahren zum Problem. Wenn ich eine normale Wirksamkeitsstudie habe, dann haben weder die einzelnen Therapeuten noch die Patienten das Gefühl, dass diese Studie irgendetwas mit ihnen zu tun hat. Ob ich

hier etwas ankreuze oder nicht, das verändert meine Therapie nicht. Und für die Therapeuten hat es auch keine Konsequenzen. Das wird bei dem System, was hier implementiert wird, vollkommen anders sein, weil daran ganz andere Konsequenzen für die einzelnen Akteure hängen. Es kommt etwas in das System hinein, was eine Veränderung mit sich bringt. Und man weiß noch nicht, welche. Qualitätssicherung ist ja kein Selbstzweck. Das System muss sich befragen lassen: In welcher Weise trägt es dazu bei, dass eine hohe Qualität gesichert wird oder, wenn die Qualität nicht so hoch ist, an welcher Stelle kann es das identifizieren und was kann es dazu beitragen, dass es tatsächlich besser wird? Das alles ist bei diesem kolportierten System nicht geklärt.

UB: Aber wie sind diese Negativeffekte zu vermeiden? Gibt es in Ihren Augen ein denkbare System, das dem begegnen kann?

CB Ich denke schon. Man könnte ja jetzt zum Beispiel sagen: Es ist okay, dass man Daten erhebt, wie es jetzt geplant ist - wobei dann bitte auch mit Katamnesen und mit ein bisschen klügeren Instrumenten, als einfach die Patienten zu fragen: „Hat sich die Symptomatik, wegen der sie gekommen sind, verbessert?“. Diese Daten werden dann aber in ein internes System eingespeist. Und da wäre die vertrauensvolle Community, in die ich das geben kann - ein Qualitätszirkel oder eine Interventionsgruppe. Und jeder in diesem Qualitätszirkel kriegt die Daten von allen Teilnehmern - völlige Transparenz - und dann könnte man das ansprechen: „Dieses Jahr war nicht so toll bei dir“, und dann bearbeiten. Das bliebe erstmal in einer Gruppe, die persönlich bekannt ist und in der ein großes Vertrauen herrscht. So wäre gesichert, dass nichts hinausgeht, dass nicht doch einer von der Kasse kommt und sagt: „Sie kriegen deshalb jetzt weniger Geld.“ Das wäre eine gute Voraussetzung dafür, dass jemand willens ist, diese Daten zu nutzen, um zu lernen. „Dann zeig uns doch mal ein Video“, sagen die anderen in der Gruppe dann. Denn es ist eine Erfahrung, wenn man erzählt, wie die letzte Stunde war, eine andere ist, das Video anzuschauen, weil man dabei viele Dinge sieht, die wahrscheinlich relevanter sind für das, was schief läuft. Aus meiner Sicht ist das eine Möglichkeit, etwas zurückzuspeisen in einen fruchtbaren Prozess und nicht in eine Sanktionierungspraxis. Denkbar wäre, in den Kammern eine Art Kommission einzurichten, die Zugriff auf die Daten hat und dann auch den Kontakt mit den Kolleginnen und Kollegen sucht, wenn es Hinweise auf regelhaft schlecht laufende Behandlungen gibt. Aber die Grundvoraussetzung dafür wäre die Haltung: Ich stelle mich dem, wie ich arbeite, mithilfe des kritischen, aber wohlwollenden Blicks meiner Kolleginnen und Kollegen.

ESK: Das wäre ja wieder ein Peer-Review Verfahren, wie wir es ja auch mit dem Gutachterverfahren haben. Auch hier haben die Kassen keinen Einblick. Aber ich glaube, sie haben ein großes Interesse dran, endlich Daten über die Psychotherapie zu bekommen. Das könnte wichtig werden in diesem berufspolitischen Prozess, ob man den Kassen klarmachen kann, dass wir Daten erfassen würden, mit denen sie aber nichts über den psychotherapeutischen Prozess erfahren oder über die Psychotherapie, also auch nicht darüber, was bei Einzelnen schief oder gut gelaufen ist.

CB: Erwartbar ist es ohnehin nicht, dass die Kassen wirklich etwas Belastbares erfahren. Da stellt man dann diese Fragen an den Patienten, die Patientin: „Hat Ihr Therapeut sie aufgeklärt?“ „Hat er das und das gemacht?“ Mal angenommen, ich wäre ein richtig mieser Therapeut, dann denke ich doch: „Was muss ich meinem Patienten jetzt sagen, damit er genau DAS ankreuzt, was mir nutzt?“ Da wird doch Datenschrott produziert. Was ist die Idee dahinter, dass man jetzt so ein riesiges System implementiert? Ich habe nichts dagegen, dass man das Gutachterverfahren kritisch sieht. Da wird viel Aufwand betrieben, viel Geld in die Hand genommen, und am Ende werden doch fast alle Therapien bewilligt. Eigentlich würde man sagen, es ist eine Selbstverständlichkeit, dass man seine Therapie so genau plant, dafür brauche ich kein Gutachtersystem, das so teuer ist. Aber ich kann auch verstehen, wenn man sagt: „Wenn das abgeschafft wird, dann haben wir gar nichts mehr in der Hand, denn das Gutachterverfahren war ja auch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Einzelmaßnahme.“ Normalerweise würde man sagen, wir machen dann eine Qualitätssicherungs-Initiative, wenn es ein Problem gibt. Und da liegt eigentlich für mich die offene Frage: Gibt es ein Problem, das die Kassen oder der G-BA identifiziert haben im Sinne von: „Die Therapeuten machen en gros Mist“. Haben wir denn überhaupt Indikatoren dafür, dass es schief läuft im Moment?

UB: Was würden Sie den berufspolitisch Aktiven raten in diesem Prozess, um das Beste rauszuholen und das Schlimmste abzuwenden?

CB: Dass man klarmacht, dass flächendeckende Datenerhebung nichts bringen wird, im Gegenteil, sie hat ein hohes Potenzial, Schaden zu verursachen. Sie wird negative Folgen für die Patienten haben, für die Lenkungswirkung, also die Frage, welche Patienten bekommen einen Therapieplatz. Gleichzeitig sehen wir die Notwendigkeit, dass man identifizieren können muss, wenn es bei Therapeuten oder Therapeutinnen regelhaft nicht gut läuft. Und dann muss man Maßnahmen ergreifen können, nicht im Sinne von Sanktionierung, sondern im Sinne von Verbesserung. Das ist eine Haltung, die Sinn macht und vielleicht auch Politiker überzeugt.

UB und ESK: Vielen Dank