

Ausführungen zur Entwicklung der aktuell geplanten Qualitätssicherung übernommen von unseren Kolleg*innen in Hamburg

Gesetzliche Hintergründe zur Entwicklung der aktuell geplanten „Qualitätssicherung“ (QS) Die hier dargestellte Thematik ist komplex, aber hat gravierende Auswirkungen für unsere Profession. Wenn Sie nur grob wissen wollen, worum es geht, was geplant ist und wie der aktuelle Stand aussieht, lesen Sie nur ab „Wie soll nach der jetzigen Vorstellung des IQTiG Qualität gemessen werden“.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das zentrale Gremium bei dieser Thematik.

Er regelt alle ärztlichen Leistungen, für den ambulanten, wie für den stationären Bereich; er ist auch für die Psychotherapie-Richtlinie zuständig. Der G-BA besteht aus einem 13-köpfigen Plenum und aus 9 Unterausschüssen (UAs); zwei davon betreffen psychotherapeutische Belange, nämlich der UA Qualität und der UA Psychotherapie. Themen werden in den jeweiligen UA vorbereitet, die endgültigen Entscheidungen aber immer im Plenum getroffen.

Das **Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)** ist ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut, das im Auftrag des G-BA an Maßnahmen zur QS und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen arbeitet.

Das ganze Thema QS geht zurück auf eine **Initiative des Spitzenverbandes der Krankenkassen**, die im Mai 2018 einen Antrag in den G-Ba einbrachten, ein **sektorenpezifisches** QS-Verfahren nur für Erwachsene und nur für Einzeltherapie zu entwickeln.

Dieser Auftrag wurde vom G-BA an das IQTiG übergeben. Erfasst werden sollten Prozess- und Ergebnisqualität; es sollten geeignete Qualitätsindikatoren definiert werden, sowie Instrumente zur Erfassung dieser Indikatoren entwickelt werden.

Reformvorschläge werden nicht nur im G-BA initiiert, sondern sie werden in der Regel von der Bundesregierung, also dem Gesetzgeber, an den G-BA herangetragen. Das **2019 verabschiedete Gesetz zur Reform der PT- Ausbildung** hatte in der allerletzten Sekunde des Gesetzgebungsverfahren durch den Gesetzgeber noch ein kleines Anhängsel erhalten, das mit der Reform der Ausbildung Garnichts zu tun hatte. Sondern hier wurde vom Gesetzgeber der o.g. Auftrag des G-BA an den UA QS aufgegriffen und erweitert: nun sollte ein QS-Modell für alle settings entwickelt werden - also auch für Gruppentherapie - und die zu entwickelnde Strukturqualität wurde ergänzt um eine – damit nun also gesetzlich vorgeschriebene – standardisierte Dokumentation.

Gleichgeblieben ist bei beiden Aufträgen das Fertigstellungsdatum, nämlich der 31.12.2022. Genauer gesagt heißt es im Gesetz: **Sobald das vom IQTiG entwickelte QS-System vorgelegt**, von allen dafür zuständigen Gremien beraten und im Plenum des G-BA verabschiedet worden ist, spätestens aber zum 31.12.2022, **wird das bisherige Antrags- und Genehmigungsverfahren für Psychotherapien wegfallen - und damit auch unsere bisherigen festen Stundenkontingente!**

Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (**GVWG, verabschiedet am 12. Juni 2021**) kommt nun ein weiterer für uns relevanter neuer Absatz 6 im § 136a SGBV hinzu, in dem bestimmt wird, dass der G-BA bis ebenfalls zum 31.12. 2022 einheitliche Kriterien zu definieren hat, damit **vergleichende Daten für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser in der Öffentlichkeit transparent dargestellt** werden können. Die Veröffentlichung dieser Daten muss einrichtungsbezogen und regelmäßig erfolgen.

Es soll also nicht nur Q gesichert werden, sondern die dabei erhobenen Daten sollen auch dazu genutzt werden, den Wettbewerb anzukurbeln, mit dem Ziel „low performer“ zu identifizieren und zu sanktionieren und Vergleiche zwischen allen Leistungsanbietern zu ermöglichen – jede

Praxis soll mit jeder verglichen werden!

Die Grundlage für alle QS-Verfahren ist die DeQS-Richtlinie (Januar 2019).

Alle QS-Verfahren, die bereits entwickelt wurden, müssen nach der DeQS-RiLi (Datengestützte einrichtungsübergreifenden QS-RiLi) gestaltet werden. In dieser RiLi wird genau definiert, wie das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Leistungserbringer*innen von statten gehen muss; und auch wie die Krankenkassen Daten verarbeiten und nutzen müssen. Ziel ist wieder der Vergleich der Leistungserbringer*innen untereinander.

Die DeQS-RL geben einen sog. klassischen QS-Teil vor, der sich auf Diagnostik, Indikation-, Struktur- und Prozessqualität etc. bezieht, sowie einen Teil, der Patient*innenbefragungen vorsieht.

Diese Daten werden dann letztendlich von den sog. **Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs)** bewertet. In den regionalen Fachkommissionen der LAGs wird dann beurteilt, welche Leistungserbringer*innen auffallen und dort werden auch gestaffelte Sanktionen verhängt. Im letzten Abschnitt der DeQS-RiLi werden bislang 15 QS-Verfahren beschrieben, die meisten davon betreffen den medizinischen Bereich: eher seltene Operationen aus dem stationären Bereich und alle mit hochkomplexe Vorgaben, unter denen die betroffenen Ärzt*innen stöhnen. Bislang gib er nur drei sektorenübergreifende QS-Verfahren mit ambulanter vertragsärztlicher Beteiligung. Hier soll das QS-Verfahren für die ambulante PT eingereiht werden.

Wie soll nach der jetzigen Vorstellung des IQTiG Qualität gemessen werden?

Das IQTiG hat zunächst Qualitätsbereiche und Qualitätsindikatoren für Messungen definiert. Diese wurden vom IQTiG in seinem Zwischenbericht dargestellt. Danach soll die Qualität über erhobene Daten aus der Dokumentation in der Praxis (**der sog. Klassikteil**) und über erhobene Daten aus **PatientInnenbefragungen** gemessen werden. Aktuell **geplant sind 55 (!) Items**, mit denen die Behandlung jedes einzelnen Patienten/ jeder Patientin in einem komplexen Befragungsbaum dokumentiert werden soll.

Hier beispielhaft zwei der neu geplanten Qualitäts-Indikatoren: so soll es als Qualitätskriterium gelten, wenn eine Praxis in mehr als 90% der Fälle zu Beginn, in der Mitte und am Ende eines **Therapieprozesses standardisierte Instrumente zur Messung** einsetzt. (Bisher setzen nur 15% aller Praxen überhaupt Messinstrumente ein).

Auch die **Kommunikation der Behandlerin /des Behandlers** mit den mitbehandelnden Ärzt*innen in mehr als 90% der Praxisfälle soll als Qualitätskriterium gelten. (Nach dem Motto: reden ist immer gut und macht alleine schon Qualität aus.) Z.Zt. haben Psychotherapeut*innen nur in den allerwenigsten Fällen Kontakt mit mitbehandelnden Ärzt*innen – und letztere wären vermutlich auch nicht besonders erfreut, wenn sie ständig mit den behandelnden Psychotherapeut*innen ihrer Patienten kommunizieren müssten.

Alle Player der LeistungserbringerInnenseite schätzen die jetzt vorgelegten QS-Maßnahmen insgesamt als hochproblematisch ein, weil sie zum einen fern von jeder praktischen psychotherapeutischen Realität, zum Anderen weil sie hochkomplex sind und in der Umsetzung einen enormen Zeitaufwand erfordern würden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Beratende Fachausschuss Psychotherapie (BFA PT) der KBV haben dem IQTiG in einer Stellungnahme bereits „Versagen“ attestiert, da es seinem Auftrag, „ein kompaktes, fokussiertes Instrumentarium“ zur QS zu entwickeln nicht nachgekommen sei, sondern ein überkomplexes System entworfen habe.

Einige weitere Kritikpunkte aus psychotherapeutischer Sicht.

Die statistische Erfassung von Daten aus Psychotherapiepraxen ist schwierig bis zweifelhaft, da die **Fallzahlen viel zu klein** und die erfassten Fälle zudem viel zu unterschiedlich sind, um statistisch verlässliche Angaben machen zu können. Auch die bereits geplanten Risikoadjustierungen würden dieses Problem nicht lösen. Die Grundlage, auf der das benchmarking aller Praxen stattfinden würde, ist also wissenschaftlich gar nicht haltbar – oder mit anderen Worten: es wird Datenmüll produziert, der dann zum Vergleich der Praxen herangezogen wird. Damit ist das ganze benchmarking eigentlich obsolet.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die **Patient*innenbefragung**, bei der die Gefahr der unreflektierten Übernahme von Patient*inneneinschätzungen gesehen wird. Zudem besteht die Wahrscheinlichkeit der Risikoselektion bei den Patient*innen, die überhaupt an der Befragung teilnehmen. Das abgeleitete Benchmarking der Praxen kann daher niemals ein Abbild der Realität darstellen.

Und, drittens, erfordern die **geplanten QS-Maßnahmen zwar einen erheblichen Zeitaufwand, haben aber keinerlei Nutzen für die Therapien**.

Außerdem kann man generell in Frage stellen, ob Instrumente wie marktwirtschaftlicher Wettbewerb und die Bestrafung von low-performern im Gesundheitswesen und in therapeutischen Prozessen angemessene Instrumente zur Verbesserung deren Qualität sind, bzw. ob sie in diesem Bereich ethische Berechtigung haben.

Die politischen Forderungen von allen Verbänden und Institutionen sind die nach einer bürokratiearmen, funktionsfähigen QS; nach der Förderung von Kooperation unter den Kolleg*innen und unter den Fachgruppen, statt der hier geplanten Förderung von Konkurrenz; sowie nach der Förderung von **Maßnahmen, die der therapeutischen Qualität wirklich nutzen**, wie Peersupervisionen u.ä.

Trotz dieser herben Kritik arbeitet das IQTiG sein QS-Konzept auch aktuell weiter aus.

Juristischen Konsequenzen der geplanten Veränderungen, mögliche Lösungsansätze.

Sobald die neue einrichtungsübergreifende, sektorenspezifische QS-Systematik verabschiedet und implementiert ist, entfällt das bisherige Antrags- und Genehmigungsverfahren und damit die vorweggenommene Wirtschaftlichkeitsprüfung. Statt dessen würden zukünftig Praxen „anlaßbezogen“ (d.h. nach einer in einer Richtlinie definierten Kriterien) nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterzogen werden- und möglichen Regressen.

Außerdem entfällt mit Wegfall des Antrags -und Genehmigungsverfahrens auch die **Begründungslogik der Rechtsprechung des BSG**, nach der wir bisher den Rechtsanspruch haben, mit einer voll ausgelasteten Praxis mindestens so viel Einnahmen generieren zu können, wie eine schlecht verdienende Facharztgruppe dies mit durchschnittlicher Auslastung tut.

Die **Begründungslogik der BSG Rechtsprechung zu unseren Honoraren gilt ausschließlich für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen**, auch wenn der Bewertungsausschuss inzwischen die Akutleistungen, die Neuropsychotherapie und die Sprechstunde in die gestützten Leistungen mit einbezogen hat.

Aus diesen Sachverhalten leiten sich unsere politischen Ziele ab. Es geht um den Erhalt der sicheren Rahmenbedingungen für die Therapie, also in erster Linie um den Schutz der bisherigen Stundenkontingente.

Zu diesem Zweck haben wir einen Gesetzesvorschlag ausgearbeitet, in dem die Aufhebung des Junktims zwischen Inkrafttreten des neuen QS-Verfahrens und der Abschaffung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens geregelt wird.

Und es geht 2. darum, den Fortbestand der BSG-Rechtsprechung für unsere Honorare abzusichern.

Auch dazu haben wir einen entsprechenden Gesetzesvorschlag vorgelegt.

Zumindest ist absehbar, dass die angestrebte Frist, zum 31.12.2022 das Antrags- und Genehmigungsverfahren abzuschaffen und das neuen QS-System einzuführen, nicht zu halten ist. Realistischer scheint dies fruestens! ab Mitte 2024 möglich zu sein.

