

1 Vor- und Nachteile des Gutachterverfahrens

1.1 Soll das Gutachterverfahren abgeschafft werden?

Das Verfassen von Berichten an den Gutachter empfinden die meisten Therapeuten als lästige Pflicht und als unangenehm. Vielfach ist sogar von »Berichtsqual« oder »Antragsqual« (Köhler 2000, S. 56) die Rede. Einige sehen darin eine Zumutung und eine Schikane und fordern die Abschaffung der Begutachtung. Das ist teilweise nachvollziehbar. Ein guter und schlüssiger Bericht braucht Zeit, weil er individualisiert, fachlich fundiert und plausibel sein muss. Mehr als die Hälfte der Vertragspsychotherapeuten brauchen für einen Bericht zum Erstantrag länger als vier Stunden (vom Aktenstudium bis zum Absenden); mehr als ein Viertel davon benötigt sogar mehr als fünf Stunden (Köhlke 2000, S. 45). Nur eine kleine Minderheit von Therapeuten (ca. 2 %) schafft einen Bericht für einen Erstantrag in nur einer Stunde (Köhlke 2000, S. 45). Für das Erstellen eines Berichts zu einem Fortführungsantrag benötigen mehr als 60 % zwei bis drei Stunden und länger; mehr als 20 % benötigen hierfür sogar vier bis fünf Stunden und länger (Köhlke 2000, S. 46).

Für einen Erstantrag ist ein mittlerer Zeitaufwand von vier bis fünf Stunden und für den Fortführungsantrag ein mittlerer Zeitaufwand von zwei bis drei Stunden keine Ausnahme, sondern die Regel. Dieser erhebliche Zeitaufwand ist schlecht honoriert. Das pauschale Honorar von 57,43 € für einen Bericht für eine Langzeittherapie ist unverhältnismäßig niedrig bezahlt. Geht

man von durchschnittlich vier Stunden für einen Erstantrag aus, beträgt das Stundenhonorar vor Steuern 14,36 €. Ein solches Honorar ist für einen verantwortungsvollen akademischen Beruf mit staatlicher Approbation unangemessen. Dringend zu fordern ist eine signifikante Anhebung des Honorars für einen Antragsbericht.

Einige Therapeuten geben Geld für Computerprogramme aus, wodurch die Berichterstattung angeblich erleichtert werden soll. Nach meiner Einschätzung braucht es eine solche Antragssoftware nicht. Für mich wäre das keine sinnvolle Option und keine Arbeitserleichterung, sondern eher eine Verkomplizierung. Einige Therapeuten delegieren die Arbeit oder wesentliche Teile davon sogar an dubiose Dienstleister, die bei der Erstellung von Antragsberichten gegen Bezahlung behilflich sind. Ein derartiges »Outsourcing« ist unehrenhaft und zudem rechtlich problematisch (Bühning 2004). Auf dem neuen Umschlag PTV 8 erklärt der Therapeut mit seiner Unterschrift, den Bericht an den Gutachter vollständig persönlich verfasst zu haben. Ein Ghostwriter ist also – um es vorsichtig zu formulieren – in einem rechtlichen Graubereich angesiedelt. In meinen Augen handelt es sich um den Offenbarungseid des Therapeuten, wenn er Zuflucht bei derartigen »Dienstleistern« sucht, die einen zweifelhaften Ruf haben. Würden Sie Vertrauen haben zu einem Therapeuten, der dadurch eingesteht, dass er

nicht willens oder in der Lage ist, den Antragsbericht selbst zu schreiben? Würden Sie Ihre Tochter, Ihren Sohn oder ihren Partner guten Gewissens zu einem solchen Kollegen schicken? Für manche Therapeuten ist das Berichteschreiben so negativ konnotiert, dass sie prokrastinieren und sogar massiv vermeiden, indem sie fast ausschließlich Akut- oder Kurzzeittherapien durchführen und eine Umwandlung in eine Langzeittherapie vermeiden. Solche Tendenzen sind aus ethischer Sicht sehr problematisch. Auch hier die Frage: Würden Sie einen nahen Angehörigen zu einem Therapeuten schicken, der dafür bekannt ist, dass die Therapie nach maximal 24 Sitzungen beendet wird, auch wenn noch weiterer Therapiebedarf besteht, nur weil der Therapeut den Aufwand scheut oder aus Angst vor Ablehnung oder Stundenkürzung vermeidet, einen Bericht an den Gutachter zu schreiben?

Neben der mangelnden finanziellen Lukrativität gibt es noch andere Gründe, warum nicht wenige Therapeuten Antragsberichte widerwillig schreiben. Die Einschaltung eines Gutachters wird als externe Einmischung, Kontrolle, Eingriff in die Autonomie des Therapeuten und in die Intimität der therapeutischen Beziehung sowie als Bevormundung erlebt. Dass das Berichteschreiben an den Gutachter für viele Therapeuten aversiv ist, liegt daran, dass Kritikerwartung, Angst vor negativer Bewertung und sogar Versagensängste und Insuffizienzgefühle vorhanden sind oder entstehen können. Gerade bei Nichtbefürwortungen oder Stundenkürzungen können Scham und Kränkung beim Therapeuten auftreten. Eine Nichtbefürwortung oder eine Teilbefürwortung kann vom Therapeuten als persönliche Kritik erlebt werden und Enttäuschung sowie Ärger auslösen (Rudolf 2011, S. 116 f.). Bei anderen löst eine kritische Stellungnahme des Gutachters Wut und kämpferische Impulse aus. Durch Teil- und Nichtbefürwortung kann die narzisstische Homöostase des Therapeuten ins Wanken geraten. Zweifel an der eigenen therapeutischen Kompetenz können getriggert

werden. Die Entscheidung des Gutachters stellt zweifellos einen äußeren Einfluss auf den Therapieprozess dar, beispielsweise eine Nichtbefürwortung der Kostenübernahme. Aber auch eine Teilbefürwortung, ein kritischer Kommentar oder die Empfehlung des Gutachters, die Behandlung möglichst innerhalb des jetzt bewilligten Kontingents abzuschließen, verändert den Therapieverlauf und kann Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung haben.

Ein häufiges Argument gegen das Gutachterverfahren ist, dass nur bewertet werde, ob jemand gut schreiben kann. Der Bericht erlaube keine Aussage darüber, ob der Verfasser ein guter, empathischer und hilfreicher Therapeut ist. Diese Argumentation ist nicht von der Hand zu weisen. Dennoch fehlt hier ein wesentlicher Aspekt. Natürlich könnte es theoretisch Therapeuten geben, die zwar eine überzeugende Fallkonzeption schreiben können, aber eine wenig erfolgreiche Therapie machen. Den umgekehrten Fall halte ich allerdings für weniger wahrscheinlich: Ein Therapieerfolg ist kaum zu erwarten, wenn eine Fallkonzeption mangelhaft ist oder erst gar nicht durchgeführt wurde.

Eine Therapieplanung auf der Grundlage einer sorgfältigen Problem- und Bedingungsanalyse ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine erfolgreiche Therapie. Eine solide Erfassung der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen ist die Basis für eine gute Therapie.

Die Voraussetzungen für einen Therapieerfolg sind eine sorgfältige Krankheitsanamnese, ein gründlicher psychopathologischer Befund, eine korrekte Diagnosestellung mit differentialdiagnostischen Überlegungen, die Erfassung relevanter biographischer Entwicklungsaspekte und eine lege artis durchgeführte Verhaltensanalyse. Gerade das funktionale Bedingungsmodell ist die Basis für die kon-

krete Ableitung realistisch erreichbarer Therapieziele und für eine individuelle Prognoseeinschätzung. Nur auf der Grundlage einer differenzierten Verhaltensanalyse kann eine ausreichend individualisierte Behandlungskonzeption entwickelt werden. Es ist kaum vorstellbar, dass eine Therapie gelingt, wenn wesentliche Aspekte übersehen wurden, etwa aufrechterhaltende Bedingungen, die Funktionalität der Störung oder Veränderungshindernisse.

Richtlinien-Psychotherapie ist ätiologisch orientiert und setzt eine Diagnostik voraus, die Arbeitshypothesen generiert zu prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen, an denen die Behandlung individuell ansetzt. Nach der Psychotherapie-Richtlinie bildet ein individuelles Störungsmodell die Basis jeder Psychotherapie.

Es werden immer wieder Einwände gegen das Gutachterverfahren hervorgebracht. Immer wieder wird die Abschaffung der Gutachterpflicht gefordert. Die wesentlichen Gegenargumente werden im Folgenden referiert:

- Als wesentliches Argument wird angeführt, dass das Gutachterverfahren aufgrund der

geringen Quote an Nichtbefürwortungen keine ausreichende Steuerungsfunktion besitze. Die Gutachterstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2017 ergab (► Tab. 1.1), dass nur 3,3 % der VT-Anträge nicht befürwortet wurden. Dabei variierte die Nichtbefürwortungsquote zwischen den einzelnen VT-Gutachtern zwischen 0,1 % und 21,3 %. Der mildeste Gutachter befürwortete also nahezu alle Anträge, während der strengste Gutachter mehr als jeden fünften Antrag nicht befürwortete. Der Anteil der Teilbefürwortungen lag bei insgesamt 9,8 % und variierte bei den Gutachtern zwischen 0 % und 44,6 %. Im Obergutachterverfahren wurden 59,9 % der (meist revidierten oder nachgebesserten) Antragsberichte voll befürwortet. Der Anteil an Nichtbefürwortungen betrug im Obergutachterverfahren 9,8 %; der Anteil an Teilbefürwortungen lag hier bei 30,3 %. In den psychoanalytisch begründeten Verfahren lag 2017 der Anteil an Nicht- und Teilbefürwortungen geringfügig höher als in der Verhaltenstherapie: Bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie betrug die Nichtbefürwortungsquote 3,7 % (im Obergutachterverfahren 23,5 %); die Teilbefürwortungsquote lag bei 12,0 % (im Obergutachterverfahren 29,1 %).

Tab. 1.1: Anteil an Nicht- und Teilbefürwortungen in der Verhaltenstherapie. Quelle: Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017, S. 103, www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2017.pdf, abgerufen am 13.10.2018. Die Zahlen für 2017 sind der Gutachterstatistik 2017 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entnommen.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nichtbefürwortungen (%)						
Gutachten	3,2	3,2	3,3	3,4	3,3	3,3
Obergutachten	20,3	19,0	19,1	15,7	13,7	9,8
Teilbefürwortungen (%)						
Gutachten	7,5	7,1	8,1	8,2	8,0	9,8
Obergutachten	38,7	25,4	44,2	41,8	41,1	30,3

- Der postulierten geringen Steuerungsfunktion stehen Kosten für das Jahr 2017 von mehr als 28 Millionen Euro gegenüber (► Tab. 1.2). In dieser Hochrechnung sind nur die Honorare berücksichtigt, die an die Psychotherapeuten und die Gutachter von den Krankenkassen gezahlt wurden. Zur Vereinfachung habe ich Honorare für eine Langzeittherapie (LZT) zugrundegelegt sowie die Gutachter- und Obergutachterhonorare inklusive 19 % Umsatzsteuer. Nicht enthalten sind Porto- und Materialkosten sowie die Arbeitszeit für die Kassenmitarbeiter. Schließlich werden ganze Abteilungen in den Krankenkassen damit beschäftigt (Schäfer 2010). Außerdem beziehen sich diese Zahlen nur auf die gesetzliche Krankenversicherung. Begutachtungen im

Rahmen der Beamtenbeihilfe und der privaten Krankenversicherung kommen noch hinzu. In der Summe entstehen jährliche Kosten von weit mehr als 28 Millionen Euro. Sabine Schäfer (2010) errechnete eine ähnliche jährliche Summe (27,4 Millionen Euro). Die Übereinstimmung erklärt sich dadurch, dass die Honorare für Psychotherapeuten und Gutachter sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert haben. Die hohen Kosten kontrastieren mit der geringen Nichtbefürwortungsquote von 3–4 % (für alle Richtlinienverfahren). Die Kosten stehen – nach Einschätzung der Kritiker – in keinem sinnvollen Verhältnis zum Nutzen. Das Verfahren sei daher zu kostenintensiv und zu bürokratisch.

Tab. 1.2: Geschätzte Kosten des Gutachterverfahrens im Jahr 2017. Die Anzahl der Gutachten und Obergutachten ist der Gutachterstatistik 2017 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entnommen. Berücksichtigt sind alle drei Richtlinienverfahren. Nicht eingerechnet sind Porto, Gutachten für Beihilfe und private Krankenversicherung, Arbeitslohn für Kassenmitarbeiter.

Berichte an die Gutachter	$270.207 \times 57,43 \text{ €} = 15.517.988 \text{ €}$
Stellungnahmen der Gutachter	$270.207 \times 46,17 \text{ €} = 12.475.457 \text{ €}$
Berichte an die Obergutachter	$3.010 \times 57,43 \text{ €} = 172.864 \text{ €}$
Stellungnahmen der Obergutachter	$3.010 \times 91,27 \text{ €} = 274.722 \text{ €}$
Summe	28.441.031 €

- Der Bericht an den Gutachter ist zu zeitintensiv. Diese Zeit ist schlecht bezahlt und steht für die Behandlung von Patienten nicht zur Verfügung.
- Das Gutachterverfahren diene primär der Kostenbegrenzung und nicht der Qualitätssicherung, denn – so wird behauptet – es erschwere Langzeittherapien, da nach 24 Sitzungen ein Antragsbericht nötig ist, für den die meisten Psychotherapeuten mehr als vier Stunden benötigen. Diese Hemmschwelle sei ein Grund dafür, dass die meisten Psychotherapien als Kurzzeittherapie (KZT) durchgeführt würden. Nach Daten der Techniker Krankenkasse aus

dem Jahr 2014 lag der Anteil an Therapien mit mehr als 18 Stunden lediglich bei 25 %.

- Die heute übliche Praxis der Pseudonymisierung ist als unzureichend anzusehen, da sie aus dem ersten Buchstaben des Nachnamens und aus dem Geburtsdatum besteht. Da der Praxisort des Therapeuten bekannt ist und biographische Daten genannt werden, könnten unter Umständen Rückschlüsse auf die Person des Patienten möglich sein. Die Praxis der Pseudonymisierung sollte meines Erachtens optimiert werden.
- Gutachter und Ausbildungsinstitute wollten nach Auffassung von Kritikern des Gutachtersystems das Gutachterverfahren

primär aus finanziellen Gründen und aus Macht-Interessen aufrechterhalten. Um Gutachter zu werden, muss man Supervisor an einem Ausbildungsinstitut sein. Viele Ausbildungsinstitute verdienen Geld mit Supervisorenausbildungen. Es gehe – so wird argumentiert – hauptsächlich um »Pfründe« und Machtstrukturen von Gutachtern und Ausbildungsinstituten.

- Manche Therapeuten empfinden die Entscheidungen einiger Gutachter als willkürlich, belehrend, besserwisserisch und teilweise als cäsarisch.
- Es wird bezweifelt, dass allein aufgrund eines Berichts des Therapeuten der Gutachter die Prognose und die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Therapie valide beurteilen könne, denn Papier ist bekanntlich geduldig. Der Gutachter hat den Patienten nie gesehen und urteilt nur nach Aktenlage.
- Es ist empirisch nicht nachgewiesen, dass das Gutachterverfahren tatsächlich der Qualitätssicherung dient. Valide wissenschaftliche Daten zur Evaluation des prädiktiven Wertes der gutachterlichen Entscheidung liegen meines Wissens nicht vor. Ob das Gutachterverfahren tatsächlich die Qualität sichert, ist umstritten und wird von einigen Autoren bezweifelt, da die Ergebnisqualität nicht evaluiert wird (Köhlke 2000; Schäfer 2010).
- Das Gutachterverfahren leistet einem dubiosen bis illegalen Markt an »Ghostwritern« und Anbietern von »Hilfestellungen« beim Verfassen von Berichten Vorschub (Bühning 2004).
- Oft bestehe eine Kluft zwischen dem Inhalt des Berichts und dem tatsächlichen Verlauf einer Therapie. Bei Phobien und anderen Angststörungen beispielsweise werde zwar oft eine therapeutenbegleitete Expositionsbehandlung in vivo im Behandlungsplan beschrieben, die aber dann

tatsächlich in vielen Fällen gar nicht oder aber nicht lege artis realisiert wird (Ubben 2017, S. 6).

- Eine Nicht- oder Teilbefürwortung verändere den therapeutischen Prozess und könne beim Therapeuten zu Kränkungen, Wut, Motivationskrisen und Selbstzweifeln führen. Auch beim Patienten seien dysfunktionale Interpretationen und Verarbeitungen möglich (»ich bin noch nicht einmal die Kosten für eine Psychotherapie wert«).
- Das Gutachterverfahren sei eine unzulässige Einmischung und Bevormundung. Alle Psychotherapeuten mit Kassensitz haben ein anspruchsvolles Studium und eine Psychotherapieausbildung absolviert und verfügen über eine staatliche Approbation. Sonst werden in der Medizin Indikations- und Therapieentscheidungen auch bei kostenintensiven Behandlungen ohne vorherige Einschaltung eines Gutachters und auch ohne obligates Einholen einer zweiten Meinung getroffen, beispielsweise bei kostspieligen und nicht selten fragwürdigen Operationen an der Wirbelsäule, Gelenkoperationen und bei teuren pharmakologischen Behandlungen. Hier geht man davon aus, dass die nachgewiesene Fachkunde den Arzt befähigt, nach dem Facharztstandard Indikations- und Behandlungsentscheidungen zu treffen. Allerdings ist auch bei Zahnersatz ein Heil- und Kostenplan (HKP) obligat, der vor Beginn der Behandlung der Krankenkasse zur Bewilligung vorgelegt werden muss.
- Das Gutachterverfahren sei über 50 Jahre alt und nicht mehr zeitgemäß. Nach dem Psychotherapeutengesetz 1999 hätte es seine Daseinsberechtigung endgültig verloren. Das Gutachterverfahren sei anachronistisch, obsolet und gehöre endlich abgeschafft.

1.2 Vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung

Ein wesentliches Argument im Interesse der Therapeuten für die Sinnhaftigkeit der Genehmigungspflicht und des Gutachterverfahrens ist, dass eine *vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung* stattfindet. Es handelt sich um eine Vorab-Zusage der Kostenübernahme. Dadurch sind die Therapeuten vor nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressforderungen durch die Krankenkassen geschützt.

Das ist garantiert in der Psychotherapie-Vereinbarung (§ 13 Abs. 7): »Bestätigt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht für Psychotherapie aufgrund eines Antragsverfahrens, wird eine zusätzliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die bewilligte Psychotherapie nicht durchgeführt.« Das ist ein wesentlicher Vorteil, der den Therapeuten Sicherheit gewährt. Die Alternative wären nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Auffälligkeits- oder Zufälligkeitsprüfungen). Therapeuten hätten dann Anfragen von Kassenmitarbeitern zu beantworten und sich zu rechtfertigen, ob und warum der Behandlungsumfang im individuellen Fall wirklich notwendig war. Es wäre dann im Nachgang darzulegen, warum die Behandlung nicht auch in weniger Stunden hätte abgeschlossen werden können. Es würden schriftliche Begründungen und Stellungnahmen verlangt, die fachfremd auf Sachbearbeiterebene oder durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) entschieden würden. Der Ausgang solcher nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen wäre ungewiss. Für die Therapeuten entsteht dadurch Unsicherheit, weil Honorare lange nach Abschluss einer Behandlung gekürzt werden könnten. Der Grund dafür, dass Therapeuten vor nachträglichen Honorarkürzungen geschützt sind, liegt am Gutachterverfahren, denn Gutachter sind gehalten, die Antragsberichte nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V Abs. 1) zu

prüfen: »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.« Richtlinien-Psychotherapie unterliegt diesem Wirtschaftlichkeitsgebot. In der Psychotherapie-Richtlinie heißt es (§ 1 Abs. 3): »Für die Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (...) gelten die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung, auch hinsichtlich ihres Umfangs.« Der wesentliche Zweck der Psychotherapie-Richtlinie ist die »Sicherung einer (...) ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie (...) in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen« (Dieckmann et al. 2018, 103).

Für die Akuttherapie sind nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen heute schon möglich, denn Akuttherapie ist keine Richtlinien-Psychotherapie. Da es hier weder eine Genehmigungspflicht noch eine Begutachtung gibt, sondern nur ein Anzeigeverfahren, ist eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht ausgeschlossen. Nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung (§ 15 Abs. 4) ist eine Akutbehandlung innerhalb von sechs Monaten nach Ende einer Richtlinien-therapie grundsätzlich nicht vorgesehen. Wenn also innerhalb eines halben Jahres nach Ende einer Richtlinien-therapie eine Akutbehandlung durchgeführt wird, ist eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht unwahrscheinlich.

Die Indikation für eine psychotherapeutische Akutbehandlung ist gemäß § 13 der Psychotherapie-Richtlinie eine »zeitnahe psychothe-

rapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung der psychischen Symptomatik«. Ausdrücklich wird betont, dass es lediglich um die »Besserung akuter

psychischer Krisen- und Ausnahmezustände« geht und nicht um eine »umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung«.

1.3 Qualitätssicherung und Erfüllung der Dokumentationspflicht

Ein weiterer positiver Aspekt des Gutachterverfahrens ist die *Qualitätssicherung*.

Die qualitätssichernde Funktion des Gutachterverfahrens (Dieckmann et al. 2018, S. 79) gilt sowohl für die Verhaltenstherapie (Sulz 2015) als auch für psychodynamische Verfahren (Rudolf 2011, S. 116 ff.). Der Verfasser des Berichts an den Gutachter, also der Therapeut, muss sich Gedanken zur Fallkonzeption machen und diese verschriftlichen. Das Verfassen des Berichts an den Gutachter ist eine gute Möglichkeit zur Reflexion und gedanklichen Durchdringung der Fallkonzeption. Hierzu ist es nötig, den aktuellen Stand der publizierten Literatur zu berücksichtigen, um dem geforderten fachlichen Qualitätsstandard zu entsprechen. Hautzinger (2013, S. 43) bezeichnet zutreffend eine Psychotherapie ohne empirische Evidenz und ohne Bezug zu den wissenschaftlichen Grundlagen als Scharlatanerie. Auch wenn die Nichtbefürwortungsquote nur 3–4 % beträgt, kommt dem Gutachterverfahren eine qualitätssichernde Funktion zu, da der Antragsbericht ein Anlass zu Reflexion und zur Erarbeitung einer Fallkonzeption ist. Bei einer Teilbefürwortung hat der Therapeut die Gelegenheit, das Störungsmodell und den Behandlungsplan gründlich zu überarbeiten. Gutachter haben die Möglichkeit der Nachforderung. Das Peer-Review-Verfahren dient daher der Qualitätssicherung

– auch bei einer relativ geringen Nichtbefürwortungsquote.

Das Erarbeiten eines individuellen Störungsmodells mit prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen ist die Voraussetzung für eine stringente Therapieplanung.

Durch das Verfassen des Antragsberichts sollte dem Therapeuten und dem Gutachter klarwerden, worauf es bei diesem Patienten ankommt. Aus der Verhaltensanalyse ergeben sich die Foki der Therapie. Die konkreten Therapieziele müssen aus der Verhaltensanalyse abgeleitet werden. Es muss ein roter Faden erkennbar sein zwischen der lern- und lebensgeschichtlichen Entwicklung des Patienten, der Krankheitsanamnese, dem Befund, der Verhaltensanalyse, den Therapiezielen und dem individualisierten Behandlungskonzept. Der Antragsbericht ermöglicht dem Therapeuten eine gedankliche Fokussierung und die Konzentration auf die wesentlichen ätiologischen Bedingungen des aktuellen Krankheitsgeschehens. Die Qualitätssicherung ist gewährleistet durch die Einschaltung des Gutachters. Das Gutachtersystem stellt eine Art *Peer-Review* dar. Ein wesentlicher positiver Effekt des Gutachterverfahrens ist die *inhaltliche Begleitung* der Therapie von der Fallkonzeption über die Durchführung bis zur Beendigung. Inhaltliche Begleitung bedeu-

tet, dass der Gutachter durch Rückfragen und Hinweise Anregungen geben und auf Risiken sowie auf weiteren Klärungsbedarf aufmerksam machen kann. Dazu dient die vertrauliche Stellungnahme an den Therapeuten. Der Gutachter kann aber auch Unterlagen schriftlich nachfordern oder mit dem Therapeuten telefonisch Kontakt aufnehmen. Rudolf (2011, S. 117) betrachtet die mit dem Gutachterverfahren einhergehende Triangulierung als eine bedeutsame qualitätssichernde Maßnahme des Gutachterverfahrens, da systematisch eine zweite Meinung des Gutachters zusätzlich zu der des Behandlers eingeholt wird. Allerdings bezieht sich der Auftrag des Gutachters ausdrücklich nicht auf Supervision. Das gilt auch für den Fall, dass sich ein Therapeut eine solche Unterstützung für die Fallkonzeption und Behandlungsplanung ausdrücklich wünscht (Dieckmann et al. 2018, S. 83).

Um als Gutachter von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellt zu werden, müssen Voraussetzungen erfüllt sein, die in der Psychotherapie-Richtlinie (§ 35) und in der Psychotherapie-Vereinbarung (§ 12) definiert sind. Dazu gehört der Nachweis einer mindestens dreijährigen und aktuell andauernden Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet des jeweiligen Psychotherapieverfahrens. Außerdem wird eine mehrjährige Tätigkeit als Dozent und als Supervisor gefordert. Durch das Gutachterverfahren ist ein Vier-Augen-Prinzip gewährleistet, das sich in anderen Berufen bewährt hat. Natürlich sollten Gutachter diese Funktion der externen Kontrolle und der Qualitätssicherung ernstnehmen. Hilfreich sind konstruktiv-kritische Kommentare und Anregungen zur Verbesserung der Therapie. Um der qualitätssichernden Funktion des Gutachterverfahrens Rechnung zu tragen, sollten die Stellungnahmen der Gutachter individualisiert ausfallen und ausreichend ausführlich sowie nachvollziehbar sein, insbesondere bei Teil- und Nichtbefürwortungen.

Das Gutachterverfahren ist bei gesetzlicher Krankenversicherung standardisiert und quali-

tativ besser geregelt als in der privaten Krankenversicherung. Anders als bei privaten Krankenkassen, wo lediglich allgemein auf einen »Beratungsarzt« verwiesen wird, der in der Anonymität schemenhaft bleibt, werden in der gesetzlichen Krankenversicherung im Gutachterverfahren Ross und Reiter genannt. In der privaten Krankenversicherung wird nicht transparent gemacht, welche Qualifikation der Beratungsarzt hat und über welche psychotherapeutische Kompetenz er verfügt. Die Möglichkeit eines Zweitgutachtens gibt es hier nicht. Auch ein standardisiertes Widerspruchsverfahren gibt es bei privaten Versicherungen nicht, abgesehen von einer Beschwerde des Patienten bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) mit ungewissem Ergebnis. Es bliebe dem Patienten dann noch der mühsame, langwierige und kostspielige Klageweg mit offenem Ausgang. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Gutachter namentlich benannt. Dadurch werden cäsarische und maliziöse Stellungnahmen unwahrscheinlicher als bei einer anonymen Begutachtung. Die Gutachter können nicht willkürlich oder nach Privatkriterien entscheiden. Ihr Ermessensspielraum wird eng begrenzt durch die Psychotherapie-Richtlinie und die Psychotherapie-Vereinbarung. Gutachter sind gehalten, in ihren Stellungnahmen und Begründungen sich auf die Psychotherapie-Richtlinie zu beziehen (Dieckmann et al. 2018, S. 80).

Die wesentliche Aufgabe des Gutachters ist die fachliche Beurteilung, ob die geplante Verhaltenstherapie notwendig, indiziert, zweckmäßig, wirtschaftlich und prognostisch ausreichend ist.

Bei der gutachterlichen Entscheidung ist immer auch das Wohl des Patienten zu berücksichtigen (Best 2001). Durch die hohen qualitativen Anforderungen an die Gutachter hinsichtlich langjähriger Berufserfahrung als Therapeut, Dozent und Supervisor sind fachliche Standards gewährleistet. Der Therapeut

kann Kontakt mit dem Gutachter aufnehmen. Auch hat der Patient die Möglichkeit, bei einer Nichtbefürwortung durch den Erstgutachter und einer Nichtbewilligung durch die Krankenkasse Widerspruch einzulegen und ein Zweitgutachten zu beantragen. Dadurch existiert eine finale Begutachtungsinstanz vor einem Sozialgerichtsverfahren.

Durch das Verfassen des Antragsberichts erfüllt der Therapeut wesentliche Aufgaben seiner *Dokumentationspflicht*, die im Patientenrechtegesetz geregelt ist.

Zu dokumentieren sind insbesondere Anamnese, Befunde, Untersuchungsergebnisse, durchgeführte Therapiemaßnahmen und ihre Wirkungen sowie Aufklärungen und Einwilligungen (§ 630 f BGB Abs. 2). Die wesentlichen Anforderungen an eine Dokumentation nach dem Patientenrechtegesetz sind durch die Einhaltung der Gliederung nach dem PTV 3 erfüllt (► Tab. 1.3). Zu ergänzen wäre noch, dass die Therapieziele transparent und mit dem Patienten gemeinsam reflektiert werden müssen. Auch diese Forderung ist durch das Antrags- und Gutachterverfahren erfüllt.

Tab. 1.3: Erfüllung zentraler Anforderungen an die Dokumentationspflicht nach dem Patientenrechtegesetz durch den Antragsbericht an den Gutachter.

Anforderungen an eine professionelle Dokumentation nach dem Patientenrechtegesetz (§ 630 f BGB Abs. 2)	Gliederungspunkte des Leitfadens zum Erstellen des Berichts an den Gutachter (PTV 3)
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Punkt 2: Symptomatik • Punkt 4: Krankheitsanamnese
Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde	<ul style="list-style-type: none"> • Punkt 2: psychischer Befund und psychodiagnostische Testverfahren • Punkt 3: somatischer Befund • Punkt 4: funktionales Bedingungsmodell (Verhaltensanalyse)
Diagnosen	<ul style="list-style-type: none"> • Punkt 5: Diagnosen und Differentialdiagnosen
externe Arztberichte	<ul style="list-style-type: none"> • Punkt 3: psychotherapeutische, psychiatrische und psychosomatische Vorbehandlungen (beigefügte Berichte) • Punkt 4: epikritische Würdigung von Vorbehandlungen in der Krankheitsanamnese • Punkt 6: Reflexion von Vorbehandlungen hinsichtlich der geplanten Behandlung
Einwilligungen und Aufklärungen	<ul style="list-style-type: none"> • Punkt 5 (Diagnosen), der Patient muss über alle gestellten und der Krankenkasse mitgeteilten Diagnosen aufgeklärt sein, auch über F6-Diagnosen und die Diagnose Z73.1 (Persönlichkeitsakzentuierung) • Punkt 6: konkrete und mit dem Patienten reflektierte Therapieziele; die transparente und gemeinsame Festlegung von Therapiezielen ist ein Charakteristikum von Verhaltenstherapie
Therapien und ihre Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> • Punkt 7 bei einem Umwandlungsantrag: bisheriger Behandlungsverlauf, Veränderung der Symptomatik und Ergebnisse in Bezug auf die Erreichung und Nichterreichung der Therapieziele

Tab. 1.3: Erfüllung zentraler Anforderungen an die Dokumentationspflicht nach dem Patientenrechtegesetz durch den Antragsbericht an den Gutachter. – Fortsetzung

Anforderungen an eine professionelle Dokumentation nach dem Patientenrechtegesetz (§ 630 f BGB Abs. 2)	Gliederungspunkte des Leitfadens zum Erstellen des Berichts an den Gutachter (PTV 3)
	<ul style="list-style-type: none">• Punkt 1 im Bericht zum Fortführungsantrag: Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs seit dem letzten Bericht, der Veränderung der Symptomatik und des Behandlungsergebnisses in Bezug auf die Erreichung und Nichterreichung der Therapieziele, aktuelle Diagnosen, aktueller psychischer Befund, weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

1.4 Anliegen des Buchs

Sicherlich ist das Gutachterverfahren nicht ideal. Einige Veränderungen wie eine Verschlankung wurden durch die Strukturreform der Psychotherapie 2017 bereits umgesetzt: Der Bewilligungsschritt von 45 auf 60 Therapieeinheiten in der Verhaltenstherapie ist entfallen. Auch Berufsanfänger sind von der Berichtspflicht bei der Kurzzeittherapie befreit und müssen nicht erst 35 Genehmigungen sammeln. Eine Fortführung der Behandlung kann auch ohne erneute Begutachtung erfolgen. Das liegt nun im Ermessensspielraum der Krankenkassen. Die Zahl der Gutachter wurde mehr als verdreifacht. 2016 gab es 95 Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie 92 Gutachter für Verhaltenstherapie, also insgesamt 187 Gutachter. Im Januar 2019 waren 652 Gutachter bestellt, also mehr als dreimal so viel. Hierdurch haben die einzelnen Gutachter weniger Antragsberichte zu begutachten und damit mehr Zeit, was der Sorgfalt und Qualität zuträglich sein dürfte. Dadurch ist ausgeschlossen, dass die Gutachtertätigkeit die wesentliche Einkommensquelle darstellt. Man wollte keine »Berufsgutachter«, die selbst nicht oder kaum psychotherapeutisch tätig sind, sondern ein Peer-Review-Verfahren. Voraussetzung für die

Bestellung als Gutachter ist eine mindestens dreijährige vertragsärztliche Tätigkeit (§ 35 der Psychotherapie-Richtlinie und § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung). Gewiss sind weitere Verbesserungen wünschenswert. Nachvollziehbar ist auch, dass das Berichteschreiben für viele Psychotherapeuten nicht zu den angenehmsten Tätigkeiten zählt. Dennoch überwiegen meines Erachtens die Vorteile.

Die Abschaffung des Gutachterverfahrens wäre für die Psychotherapeuten ein Pyrrhussieg.

Ich plädiere dafür, eigene dysfunktionale Einstellungen in diesem Zusammenhang zu modifizieren. Das gelingt, wenn man sich die positiven Aspekte vor Augen führt. Die meisten Gutachter wollen befürworten und nicht beckenmesserisch das Haar in der Suppe suchen. Die Antragsberichte haben nur dann positive Nebeneffekte wie Qualitätssicherung und Abdeckung wesentlicher Elemente der Dokumentationspflicht, wenn sie ernstgenommen und individuell gestaltet werden. Wenn Therapeuten die Notwendigkeit des Antragsberichts nutzen, dient das der Erfüllung der