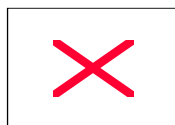


Hans-Ulrich Köhlke

**Das Gutachterverfahren
in der Vertragspsychotherapie**

Eine Praxisstudie
zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit



Tübingen

2000

Dr.phil. Hans-Ulrich Köhlke

Dipl.- Psych., Ass. Jur.
Psychotherapeut

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

© 2000 dgvt-Verlag, Tübingen
Postfach 13 43
72003 Tübingen

Druck und Bindearbeiten: Druckerei Schneider, 76137 Karlsruhe
Printed in Germany

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Köhlke, Hans-Ulrich

Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie: Eine Praxisstudie
zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit / Hans-Ulrich Köhlke. –
Tübingen: dgvt, 2000
ISBN 3-87159-813-5

ISBN 3-87159-813-5 dgvt-Verlag Tübingen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	10
2	Gründe für ein Prüf- und Bewilligungsverfahren im Psychotherapiebereich	12
2.1	Wirtschaftlichkeitsprüfung und Gutachterverfahren	12
2.2	Mangelnde Transparenz ambulanter Psychotherapie	13
2.3	Ungeregelte differentielle Psychotherapie-Indikation	13
2.4	Gesetzliche Pflicht zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit	13
3	Einrichtung und Auftrag des Antrags- und Gutachterverfahrens	14
3.1	Höchstbegrenzungen und Einteilung in Therapieabschnitte	14
3.2	Das Antrags-, Genehmigungs- und Gutachterverfahren	14
3.3	Rechtsgrundlage des Gutachterverfahrens	15
3.4	Inhaltlicher Auftrag des Gutachterverfahrens	16
3.5	Kernstück der gutachterlichen Beurteilung: Der Bericht an den Gutachter	16
4	Forschungsplanung der empirischen Untersuchung	18
4.1	Konzeptualisierung	18
	Forschungsrelevanz	18
	Konzeptbildung und Problemstrukturierung	19
	Generelle Annahme und Zielsetzung der Untersuchung	19
4.2	Explorative Vorstudie	20
	„Brisanz“ des Untersuchungsthemas	20
	Pilotstudie	20
4.3	Stichprobe	21
	Rekrutierung der Stichprobe	21
4.4	Die Ausführung der Untersuchung	22
4.5	Zur Datenanalyse und Darstellung der Ergebnisse	23
5	Repräsentativität und Grunddaten der Stichprobe	24
5.1	Grundberufe	24
	Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich der Grundberufe von Vertragspsychotherapeuten	25
5.2	KV-Zulassung	26
	Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich ihrer KV-Zulassungen	26
	KV-Zulassung in Abhängigkeit zum Grundberuf	28
5.3	"Überwiegend durchgeführtes" Therapieverfahren	29
	Primärer Therapieansatz in Abhängigkeit vom Grundberuf	30
	Repräsentativität der Stichprobe in bezug auf Therapiefachrichtungen	31
5.4	Dauer der Kassenzulassung	32

5.5	Wöchentliche Sitzungszahl (GKV, PKV und GKV+PKV)	33
	GKV-Sitzungen pro Woche	33
	PKV-Sitzungen pro Woche	34
	GKV + PKV pro Woche	34
	Die wöchentliche Gesamtsitzungszahl in Abhängigkeit zum Therapieansatz	35
5.6	Anteil von Langzeittherapie und Kurzzeittherapie	36
	Anteil von Langzeittherapien gegenüber Kurzzeittherapien nach Therapierichtung	36
5.7	Antragserfahrung	38
	Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge (GKV) insgesamt	38
	Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge insgesamt nach Therapiefachrichtung	39
	Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge insgesamt nach Grundberuf	40
	Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge (GKV) nur in 1997	41
	Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge nur in 1997 nach Therapiefachrichtung	41
5.8	Zusammenfassung und Diskussion	42

6	Der Antrags-Zeitaufwand	44
----------	--------------------------------	-----------

6.1	Erkenntnis- und Meinungsstand	44
6.2	Empirischer Teil	45
	Zeitaufwand für den Erstantrag	45
	Zeitaufwand für den Fortführungsantrag	46
	Differentielle empirische Analyse des Zeitaufwands	46
	Zeitaufwand in Abhängigkeit vom Grundberuf	46
	Zeitaufwand in Abhängigkeit vom Therapieansatz	48
	Zeitaufwand für Erstanträge nach Therapierichtung	48
	Zeitaufwand für Fortführungsanträge nach Therapierichtung	49
	Zeitaufwand in Abhängigkeit von Antragsroutine	51
	Analyse des Zeitvorteils der Gruppe mit "mehr als 100 Anträgen"	52
6.3	Zusammenfassung und Diskussion	53

7	Der qualitative Antragsaufwand (Anstrengung)	54
----------	---	-----------

7.1	Erkenntnis- und Meinungsstand	54
	Die Bürde des Antrags- und Berichtswesens im Gutachterverfahren	54
	Ist der sog. Antragsbericht nicht eher ein "sachverständiges Gutachten"?	54
	Schwieriger Transfer: Von komplexen Fallinformationen zu prägnanter Schriftsprache	55
7.2	Empirischer Teil	56
	Untersuchung zur qualitativen Anstrengung	56
	Einschätzung der "Berichtsqual"	56
	Einschätzung der Schwierigkeit, komplexe Fallzusammenhänge zu verschriftsprachlichen	57
	Differentielle Analyse der Aussagen zur Anstrengung	58
	Einschätzung der "Berichtsqual" in Abhängigkeit von der Therapierichtung	58
	Einschätzung der "Versprachlichungsschwierigkeit" in Abhängigkeit von der Therapierichtung	59
7.3	Zusammenfassung und Diskussion	60

8	Ablehnungen und Nachbesserungsauflagen	62
8.1	Erkenntnis- und Meinungsstand	62
	Entscheidungsmacht der Gutachter und deren Kontrolle	62
	Berufung und Abberufung von Gutachtern	62
	Fachliche Eignung	62
	Persönliche Eignung	63
	Transparenz und Überprüfbarkeit gutachterlicher Entscheidungen	64
	Anfechtbarkeit gutachterlicher Entscheidungen	64
	Obergutachterverfahren	64
	Gutachten-, Ablehnungs- und Nachbesserungsstatistik der KBV	64
8.2	Empirischer Teil	66
	Untersuchung zu gutachterlichen Ablehnungen	66
	Ablehnung des Erstantrags	66
	Ablehnung des 1. Fortführungsantrags	67
	Ablehnung des 2. Fortführungsantrags	67
	Untersuchung zu gutachterlichen Nachbesserungsauflagen	67
	Differentielle Analyse der Ablehnungs- und Nachbesserungsangaben	68
	Ablehnung in Abhängigkeit vom Therapieansatz	69
	Ablehnungshäufigkeit des Erstantrages nach Therapierichtung	69
	Ablehnungshäufigkeit des 1. Fortführungsantrages nach Therapierichtung	69
	Ablehnungshäufigkeit des 2. Fortführungsantrages nach Therapierichtung	70
	Gutachterliche Nachbesserungsforderungen in Abhängigkeit vom Therapieansatz	71
8.3	Zusammenfassung und Diskussion	72
9	Die gutachterlichen Stellungnahmen, insbesondere die Ablehnungsgründe	74
9.1	Erkenntnis- und Meinungsstand	74
	Einfache Begründungen bei befürwortenden Stellungnahmen	74
	Pflicht zur angemessenen Begründung gutachterlicher Ablehnungen	74
	Die gutachterlichen Ablehnungsgründe	75
	Keine (PT-relevante) "Krankheit"	75
	Ausschluß somatischer Erkrankungen	75
	Das neue Konsiliarverfahren	75
	Kein allgemeines Anpassungs- oder Lebensproblem	76
	Unzweckmäßige Wahl des Therapieverfahrens (Differentialindikation)	77
	Dargestellter Störungszusammenhang und/oder Behandlungsplan inakzeptabel	78
	Keine ausreichend günstige Prognose	79
9.2	Empirischer Teil	80
	Untersuchung zu Ablehnungsgründen	80
	Häufigkeit der Ablehnungsgründe	80
	Häufigkeit der Ablehnungsgründe in Abhängigkeit vom Therapieverfahren	81
	Statistische Gruppenvergleiche	82
9.3	Zusammenfassung und Diskussion	83

10	Der sog. pädagogische Effekt des Gutachterverfahrens	84
10.1	Erkenntnis- und Meinungsstand	84
	"Chance" und "Gewinn" durch Teilnahme am Gutachterverfahren	84
	Kritische Auseinandersetzung mit der obligatorischen Verordnung eines "pädagogischen Effekts"	85
	"Pädagogischer Effekt" und therapeutisches Verantwortungsbewußtsein	85
10.2	Empirischer Teil	87
	Antrags-Begründungszwang zur Selbstkontrolle und differenzierten Fallreflexion	87
	Reflexions- und Selbstkontrolleffekt in Abhängigkeit vom Therapieansatz	88
	Sind die Kommentare der Gutachter hilfreich?	89
	Einschätzung der Gutachterkommentare als "hilfreich" in Abhängigkeit zur Therapierichtung	89
	Lerneffekt durch gutachterliche Stellungnahmen bei Ablehnungen?	91
	Beurteilung der Ablehnungsgründe als "berechtigt" in Abhängigkeit zur Therapierichtung	92
10.3	Zusammenfassung und Diskussion	93
11	Zur Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens	94
11.1	Erkenntnis- und Meinungsstand	94
	Problem einer gutachterlichen "Prüfung nach Aktenlage"	94
	Grundannahme: Rückschluß von "schlechtem" Antrag auf fragwürdige Therapie	95
	Gutachterliche Prüfbarkeit therapeutischer Effizienz	95
11.2	Empirischer Teil	98
	Direkte Einschätzung der Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens	98
	Zweckmäßigkeits-Einschätzung in Abhängigkeit zur Therapierichtung	99
	Abweichung der konkreten Therapiemaßnahmen vom gutachterlich geprüften Therapieplan	101
	Einschätzung der Abweichungs-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung	101
	Anwendung anderer Methoden als im Antrag ausgeführt	103
	Anwendung auch anderer Methoden in Abhängigkeit zur Therapierichtung	104
	Formulierungsgeschick	105
	Einschätzung der Formulierungsgeschick-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung	106
	Wirkvariablen von Therapiequalität: Wichtigkeit versus Prüfbarkeit	107
	Divergenz zwischen tatsächlicher Wichtigkeit und gutachterlicher Prüfbarkeit von Therapiewirkfaktoren	109
	Wichtigkeit und Prüfbarkeit der Wirkvariablen aus Sicht der Therapiefachrichtungen	110
	Rangeinschätzung vorgegebener Wirkvariablen nach Therapiefachrichtung	110
	Einschätzung der Prüfbarkeit spezifischer Therapie-Wirkvariablen nach Therapiefachrichtung	111
	Diskussion	112
11.3	Zusammenfassung und Diskussion	112
12	Zur Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens	114
12.1	Erkenntnis- und Meinungsstand	114
	Direkte Kosten des Verfahrens	114
	Kosten für Gutachter	114
	Verwaltungs- und Logistikkosten	115
	Kosten für den Antragsbericht des Psychotherapeuten	115
	Derzeitige jährliche Ausgaben für das Gutachterverfahren	115
	Korrekte Kalkulation des Antragsaufwands	116
	Korrekte Kalkulation der "direkten" Kosten des Gutachterverfahrens	117
	Vergleich der Prüfkosten in Psychotherapie zu Somatomedizin	117
	Kostenrelationen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden	117
	Gesamtkosten für Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung	117
	Kosten für das Gutachterverfahren	117

Relation der QS+WP-Kosten zum Gesamthonorar aller Vertragsärzte	118
Relation der Kosten für Gutachterverfahren zum PT-Gesamthonorar	118
Ergebnis des WP+QS-Kostenvergleichs	118
Suche nach Erklärungen für derart massive Prüfkosten-Unterschiede	119
Absurde Un-Verhältnismäßigkeit bei den kurzen PT-Verfahren (VT, TP)	121
Unverhältnismäßigkeit des Zeitaufwands	121
Unverhältnismäßigkeit der Prüfkosten im Vergleich der Therapierichtungen	121
Vergleich der Prüfkosten in Verhaltenstherapie und Somatomedizin	123
"Nebenwirkungen" des Gutachterverfahrens: Indirekte und sonstige Kosten	124
Antrags-Wartezeiteffekte	124
Datenschutzbelange	124
Amortisation des Antragsaufwands	126
"Abschreckungseffekt" des LZT-Antragsaufwands und "Flucht" in die KZT-Alternative	126
12.2 Empirischer Teil	129
Ist die Berichts-Honorierung im EBM (1.400 Punkte) angemessen?	129
Einschätzung der Honorar -Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung	130
Amortisation des Antragsaufwands durch "Aufbrauchen" der bewilligten Sitzungszahl	131
Einschätzung der Amortisations-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung	132
Verletzungen des Datenschutzes	132
Einschätzung der Datenschutz-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung	133
Problematik von Antrags-Bewilligungs-Wartezeiten	134
Rechtzeitigkeit von fälligen Anträgen im Gutachterverfahren	134
Rechtzeitigkeit von Anträgen in Abhängigkeit von der Therapierichtung	135
Folgen nicht rechtzeitiger Antragstellung bei der Verhaltenstherapie	136
Therapieunterbrechung (Wartezeit für Patienten) bei nicht rechtzeitiger Antragstellung	136
Therapieunterbrechung bei nicht rechtzeitiger Antragstellung nach Therapiefachrichtung	136
Finanzielle Verluste durch "ungedechte" Sitzungen bei nicht rechtzeitigen Anträgen	138
Finanzielle Einbußen durch nicht rechtzeitige Anträge in Abhängigkeit von der Therapierichtung	139
Negative Auswirkungen durch Antrags- und Bewilligungswartezeiten	141
Bewilligungswartezeit-Problematik-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung	142
Vermeidung von LZT wegen des Antragsaufwands und Ausweichen auf Kurzzeittherapie	143
Zeitaufwand für den Kurzzeittherapie-Antrag	143
Vermeidung von Langzeittherapie wegen des Antragsaufwands	144
LZT-Vermeidung wegen des Antragsaufwands in Abhängigkeit von der Therapierichtung	144
Patientenselektion nach Kurzzeittherapie-Kriterien	146
Patientenselektion nach Kurzzeittherapie-Kriterien in Abhängigkeit von der Therapierichtung	147
Verhältnismäßigkeit von Antragsaufwand und beantragter Sitzungszahl	150
Einschätzung der Unverhältnismäßigkeits-Aussage in Abhängigkeit von der Therapierichtung	150
12.3 Zusammenfassung und Diskussion	152
13 Unzufriedenheit der Psychotherapeuten mit dem Gutachterverfahren	155
13.1 Erkenntnis- und Meinungsstand	155
13.2 Empirischer Teil	156
Direkte Aussage zur Zufriedenheit	156
Einschätzung der Zufriedenheits-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung	157
13.3 Zusammenfassung und Diskussion	158

14	Gesamtdiskussion zur Zweckmäßigkeit und Verhältnismässigkeit	159
14.1	Zur Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens _____	159
14.2	Zur Verhältnismässigkeit des Gutachterverfahrens _____	162
15	Schlußfolgerungen und Änderungsvorschläge	167
	Sollte das Gutachterverfahren abgeschafft werden? _____	167
	Mengenbegrenzung durch "Abschreckungseffekt" des Gutachterverfahrens _____	167
	Änderungsvorschläge _____	169
	Erläuterungen zu den Änderungsvorschlägen _____	169
	Adäquates EBM-Berichtshonorar _____	169
	Reduzierung auf zwei Bewilligungsetappen für Verhaltenstherapie und „Tiefenpsychologie“ _____	169
	Kurzform beim ersten Antragsschritt (Dispens) _____	169
	Rationalisierungsformulare _____	170
	Zusammenfassung der Änderungsvorschläge _____	171
16	Kurzzusammenfassung und Schlußwort	173
17	ANHANG	175
18	Literatur	189

Abkürzungsverzeichnis

aKJP	analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (-therapeuten)
AV	abhängige Variable
BSG	Bundessozialgericht
BVerfGE	Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts
EA	Erstantrag im Gutachterverfahren
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FA	Fortführungsantrag im Gutachterverfahren
GA	Gutachter
GAV	Gutachterverfahren
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZT	Kurzzeittherapie, Psychotherapie im Kurzzeitverfahren
LZT	Langzeittherapie, Psychotherapie im Langzeitverfahren
PA	Psychoanalyse (-analytiker)
PTG	Psychotherapeutengesetz - Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
PT- Richtlinien	Psychotherapie-Richtlinien in der Fassung vom 11.12.1998
PT-Vereinbarung	Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 7.12.1998
QS	Qualitätssicherung
SGB V	5. Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung -
TP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (-therapeuten)
UV	unabhängige Variable
VT	Verhaltenstherapie (-therapeuten)
WP	Wirtschaftlichkeitsprüfung

1 EINLEITUNG

Der Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein Antragsverfahren und eine sachverständige Vorprüfung, das sog. Gutachterverfahren, vorangestellt. Das Gutachterverfahren soll den Schutz eines ausreichend hohen Standards der psychotherapeutischen Versorgung und eines effizienten Mitteleinsatzes der Krankenkassen gewährleisten.

Ob das Gutachterverfahren diese Aufgabe wirklich leistet und in jetziger Form überhaupt leisten kann, diese Fragen führten in der Vergangenheit immer wieder zu Erörterungen grundsätzlicher Art. Die damit verbundenen, zum Teil heftigen Auseinandersetzungen sind erklärlich, denn mit der Durchführung des Gutachterverfahrens ist ein ganz erheblicher Arbeits- und Kostenaufwand für die meisten Beteiligten verbunden und dieser Aufwand, auch öffentlicher Mittel, muß selbstverständlich als "notwendig, zweckmäßig und effizient" begründet sein.

Von verantwortlicher Seite wird dem Gutachterverfahren per se die Funktion einer "Qualitätssicherung" zugeschrieben, weshalb sowohl die Krankenkassen (Fischer, 1995; Lubecki, 1990; Schmidt-Bodenstein, 1998a) als auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Dahm, 1996) daran festhalten wollen. Auch die Gutachter selber postulieren den Nutzen dieses Prüfverfahrens (vgl. Dahm, 1996; Faber & Haarstrick, 1996; Linden & Dankesreiter, 1996). Demgegenüber beurteilt die niedergelassene psychotherapeutische Praxis den Sinn und Zweck des Gutachterverfahrens zumeist kritisch (vgl. die Diskussion zwischen Gutachtern und Begutachteten in Vogel & Merod, 1998 und Lieb & Lutz, 1992) und zuweilen vehement ablehnend (vgl. Flöttmann, 1991 und die z.T. zornigen Reaktionen in der Zeitschrift *neuro date aktuell* von 1991-1996).

Überwiegend haben die Aussagen zum Gutachterverfahren den Charakter reiner Mutmaßungen auf subjektivem Meinungsniveau, sowohl auf Seiten seiner Befürworter als auch seiner Kritiker. Die einzig verfügbare "Empirie" stellt die jährliche "Gutachterstatistik" der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dar, die getrennt nach Therapierichtungen deskriptive Daten über die Zahl der Gutachter, die Zahl der rückgemeldeten begutachteten Antragsfälle sowie die Ablehnungs- und Nachbesserungsquote ausweist. Empirische Untersuchungen und Analysen, die über Wirkung und Wirksamkeit (Ergebnisqualität) des Gutachterverfahrens einen Aufschluß geben könnten, fehlen.

In der Kritik kommt diese ungesicherte, spekulative Legitimationsgrundlage immer wieder zum Ausdruck.

Während die Gutachter im Rahmen von offiziellen jährlichen "Gutachtertreffen" auf Einladung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ihre Feststellungen und Erkenntnisse austauschen, so daß deren Ergebnis Einfluß auf Bestimmungen und Bedingungen der alltäglichen Praxis hat, gibt es ein vergleichbares Forum und Einflußmöglichkeit der Psychotherapiepraktiker nicht. So existiert bis heute nicht einmal eine informelle Plattform, auf der Erkenntnisse der Psychotherapiepraxis zum Gutachterverfahren gesammelt, ausgewertet und verlautbart werden könnten. Die "Beurteilung der Betroffenen" (Psychotherapiepraktiker), sonst eines der wichtigsten Kriterien zur Prüfung der "Ergebnisqualität" (vgl. Kordy, 1992), ist bisher nicht von offiziellem Interesse. Die wenigen informellen Diskussionsrunden, zu denen Praktiker eingeladen wurden, lassen eine z. T. massive Unzufriedenheit der Praxis mit dem derzeitigen Gutachterverfahren erkennen. Aber ihre Einwände sind als Einzelaussagen empirisch nicht fundiert und werden als bloße Behauptungen mit Gegenbehauptungen "neutralisiert".

Ein illustratives Beispiel dazu liefert eine neuere Diskussion zum Gutachterverfahren, die von Vogel & Merod (1998) moderiert und veröffentlicht wurde. Hier sagt eine niedergelassene (psychologische) Psychotherapeutin (mittlerweile selbst Gutachterin):

"Die Antragstellung ist ausgesprochen aufwendig. Obwohl ich im Abfassen von Anträgen sehr routiniert bin, zudem als Lehrtherapeutin Ausbildungsteilnehmer anleite, Anträge zu erstellen, benötige ich selbst nach wie vor drei bis vier Stunden für eine Antragstellung"
(Koppenhöfer, 1998, S. 492).

Unmittelbar im Anschluß daran vertritt ein (ärztlicher) Gutachter zum gleichen Thema "Antrags- und Berichtsaufwand" die Ansicht:

"Hierfür genügen in aller Regel drei bis vier Seiten. Dies erscheint nicht unzumutbar und ist auch nicht wesentlich mehr als beispielsweise bei Arztbriefen üblich ist. Wenn ein solcher Bericht zudem dann auch noch auf dem Hintergrund einer mehrstündigen Befassung mit dem Patienten diktiert wird, dann muß er eigentlich ohne viel Vorbereitung in maximal einer halben Stunde abzufassen sein. Berichte dieser Art schreiben Stationsärzte bei all ihrer sonstigen Arbeit täglich. Es sollte keine Überforderung für einen Psychotherapeuten sein, einen solchen Bericht pro Woche zu schreiben"
(Linden, 1998, S. 495).

So und ähnlich auch in anderen Diskussionen (vgl. auch Lieb & Lutz, 1992) werden seit Jahren kritische Äußerungen der Praxis als bloße Einzelaussagen ("subjektives Evidenzerleben") abgewiesen und mit der Konnotation einer gewissen persönlichen Inkompetenz des jeweils kritischen Praktikers verknüpft.

Der "emotionalisierte Meinungsabtausch" zum Gutachterverfahren machte vor allem eines deutlich: Es mangelte allenthalben an einer systematisch theoretischen und insbesondere auch empirischen Fundierung dieser Thematik.

Dies war der Anlaß, eine Praxisstudie zum Gutachterverfahren zu entwickeln, die sowohl aus theoretischer als auch empirischer Sicht die vielen Facetten dieses Themas beleuchten soll.

Der "theoretische Teil" dieser Arbeit basiert zunächst auf einem Beitrag, den der Verfasser für ein Buchprojekt zur *"Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung"* (Laireiter & Vogel, 1998) geleistet hatte. Diese Publikation (Köhlke, 1998b) war ursprünglich als Übersicht zu den Grundzügen des Gutachterverfahrens und zum kritischen Meinungsstand bezüglich seiner Funktion und Eignung als vermeintliches Instrument der Qualitätssicherung geplant. Bald zeigte sich aber, daß dieses Thema so vernetzt ist und dessen Bearbeitung so extensiv wird, daß es kaum in dem vorgesehenen Rahmen zu bewältigen war. (In dieser Bearbeitungszeit ist dann auch von einem der Herausgeber die Idee implantiert worden, daraus eine Dissertation zu fertigen¹.) Heute, im nachhinein, scheint sich diese Mühe gelohnt zu haben, denn der damalige Buchbeitrag erforderte so viel an inhaltlicher Systematisierung, wissenschaftlicher Recherche und gründlicher Auseinandersetzung, daß er z.T. in die vorliegende wissenschaftliche Untersuchung eingebunden werden konnte.

Bekanntermaßen ist es ein erheblicher Weg von einem ersten Forschungsvorhaben bis zu dessen Realisierung, denn in jedem Fall sollte und mußte die theoretische Auseinandersetzung zum Gutachterverfahren auf eine empirisch fundierte Basis gestellt werden. Und so wächst aus der Dissertations-Eingangsbedingung einer wissenschaftswürdigen

¹ Herrn Dipl.- Psych. Heiner Vogel möchte ich an dieser Stelle für diesen Impuls besonders danken. Ohne ihn wäre ich nicht auf die Idee gekommen. Bedanken möchte ich mich bei ihm auch für den geduldigen, anregenden und konstruktiven Gedankenaustausch während der Erarbeitung meines Buchbeitrags, mit der er seine Herausgeberrolle vorbildlich auszufüllen vermochte.

"kleinen empirischen Erhebung"² Schritt für Schritt eine umfassende, repräsentative Praxisstudie zum Gutachterverfahren. Denn wenn schon niedergelassene Praktiker befragt und zu einer diesbezüglichen Mitarbeit motiviert werden sollen, dann auch mit einem Anspruch, den man an sich selbst als "gestandenen" Praktiker stellen und mit einer Praxiskenntnis, die man sich selbst bei einer Befragung zu diesem "brisanten" Thema wünschen würde.

Die Konstruktion eines sehr verdichteten, auf zwei DIN-A4-Seiten zu beschränkenden Fragebogens bildete die Grundlage einer repräsentativen Befragung von Vertragspsychotherapeuten. Nach entsprechenden Vorstudien und Revisionen wurde diese Praxisuntersuchung schließlich von Ende April bis Anfang Juni 1998 durchgeführt.

Die äußerst hohe Rücklaufquote dieser Praktiker-Befragung, die Differenziertheit und die rückzuschließende Ehrlichkeit der Beantwortung sowie zahlreiche Begleitschreiben der Befragten weisen darauf hin, daß diese empirische Untersuchung wohl einen „sensiblen Punkt“ der Praktiker mit hoher „Ausdrucks-“ und Mitarbeitermotivation getroffen zu haben scheint.

Eine solche systematische Befragung ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muß jetzt im nachhinein als längst überfällig erscheinen. Schließlich weisen gerade sie eine besondere Sachnähe zum Gutachterverfahren auf, indem sie mit dessen theoretischem Anspruch und konkreter (Aus-)Wirkung direkt konfrontiert sind.

Die Feststellungen dieser Studie zeigen, welche enorme berufsalltägliche Praxisrelevanz das Gutachterverfahren hat.

Die zum Teil überraschenden Ergebnisse dieser theoretischen und empirischen Untersuchung führen zu einem unabweislichen Schluß:

Es scheint dringend erforderlich, das Gutachterverfahren als vermeintliches Qualitätssicherungsinstrument in seiner jetzigen Form selbst unter eine kritische „Qualitäts-Lupe“ zu nehmen, dabei das sozialrechtliche Gebot der Zweckmäßigkeit, Geeignetheit und Verhältnismäßigkeit der Mittel nicht aus den Augen zu verlieren und über angemessene Modifikationen oder Alternativen nachzudenken.

² Herrn Prof. Dr. Dahme, Universität Hamburg, der zu dieser empirischen Erhebung anregte, ist es insofern zu verdanken, daß dem bisherigen subjektiven Niveau der vielen Meinungsäußerungen zum Gutachterverfahren nun endlich durch diese Untersuchung eine empirisch fundierte Datenbasis gegenüber gestellt werden kann.

2 GRÜNDE FÜR EIN PRÜF- UND BEWILLIGUNGSVERFAHREN IM PSYCHOTHERAPIEBEREICH

Psychotherapie als eine von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Leistung hat den gesetzlichen Erfordernissen der vertragsärztlichen Versorgung zu entsprechen (vgl. Effer, 1997; Lubecki, 1997).

Gemäß § 2 Abs. 4 SGB V (5. Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung) sind öffentliche Gelder und Beiträge wirtschaftlich und sparsam ("nur im notwendigen Umfang") auszugeben. Dies betrifft nicht nur die öffentlichen Körperschaften, also die Krankenkassen, sondern ebenso die Leistungserbringer, hier die Psychotherapeuten¹. Sogar die Anspruchsberechtigten selbst, die versicherten Patienten, unterstehen dem Gebot, auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit öffentlichen Mitteleinsatzes zu achten. Dieser allgemeine Sparsamkeitsgrundsatz bedeutet für das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 2 Abs. 2 SGB V), daß schon die Leistung selbst einem wirtschaftlichen Maßstab genügen muß. Unwirtschaftliche Leistungen dürfen Versicherte gemäß § 12 SGB V nicht beanspruchen, Leistungsanbieter nicht erbringen und die Krankenkassen nicht bewilligen.

2.1 Wirtschaftlichkeitsprüfung und Gutachterverfahren

Zur Wahrung dieses Wirtschaftlichkeitsgebots ist den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 106 SGB V aufgegeben, wirtschaftliches Verhalten in der kassenärztlichen Versorgung zu überwachen und zu prüfen. Das Prüfwesen der Kassenärztlichen Vereinigung ist in speziellen, autonomen Satzungen geregelt und umfaßt u.a. folgende Prüfungen (vgl. Liebold, 1994):

- rechnerisch-sachliche Prüfung der Abrechnungen
- Prüfung der erbrachten u. abgerechneten Leistungen auf Wirtschaftlichkeit (sog. Wirtschaftlichkeitsprüfung)
- Prüfung der erbrachten und abgerechneten Leistungen auf Plausibilität (Plausibilitätskontrollen)
- Prüfung der erbrachten und abgerechneten Leistungen auf Qualität (Qualitätsprüfung)
- Prüfung der ärztlichen Mittel und Maßnahmen auf Zulässigkeit, daß nur solche verordnet bzw. durchgeführt werden, die auch zugelassen sind.

Zum Zwecke der o.a. Wirtschaftlichkeitsprüfung sind bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Prüfungsausschüsse errichtet, die neben Zufallsstichproben („2 vom Hundert“ – § 106 Abs. 2 Nr. 2. SGB V) grundsätzlich diejenigen Abrechnungen prüfen, bei denen die EDV-Überwachung anzeigt, daß eine erhebliche Abweichung (z.B. mehr als 50%) vom fallbezogenen Durchschnittswert anderer Ärzte der gleichen Fachgruppe vorliegt („Auffälligkeitsprüfung“ - § 106 Abs. 2 Nr. 1. SGB V). Durch einen sog. Prüfarzt wird dann untersucht, ob die Behandlungs- und Ordnungsweise des jeweiligen Arztes zweckmäßig war und nicht das Maß des Notwendigen überschritten hat. Im Ausnahmefall kann es dann auch einmal zu einem Abzug (Kürzung) wegen unwirtschaftlicher Behandlung kommen.

Das sozialrechtlich zwingende Prüfwesen gestaltet sich im Leistungsbereich Psychotherapie äußerst schwierig. Um Prüfarzte und Prüfinstanzen der Kassenärztlichen Vereinigungen hier nicht zu überfordern, wird Psychotherapie aus der (kassenärztlich typischen) nachträglichen Wirtschaftlichkeitsüberprüfung ausgenommen und dafür einem vorhergehenden Antrags- und Genehmigungsverfahren unterstellt.

Dieses ausgekoppelte Vorverfahren darf nun nicht eine Umgehung der normativen Anforderungen darstellen, sondern muß gewährleisten, daß die im SGB V aufgegebenen Sicherungs- und Überwachungspflichten umgesetzt und eingehalten werden. Dementsprechend hat das vorangehende Antrags- und Genehmigungsverfahren gesetzliche Aufgaben zu erfüllen, deren Umsetzung sich im Psychotherapiebereich als kompliziert darstellt, weil kaum eine Leistung im vertragsärztlichen Versorgungssystem so schwer einzugrenzen und zu überprüfen ist wie die psychotherapeutische.

¹ Die Beschränkung auf die männliche Form dient ausschließlich der Lesbarkeit und schließt die weibliche Form ausdrücklich jeweils mit ein.

2.2 Mangelnde Transparenz ambulanter Psychotherapie

Die konkrete Psychotherapie-Anwendung in der ambulanten Routinepraxis ist bis heute kaum beforscht (Neher, 1996; Palm, 1998; Schmidt & Nübling, 1995; vgl. aber Scheidt & Wirsching, 1996). Zwar liegen gesicherte Daten über den erheblichen Psychotherapie-Versorgungsbedarf vor (vgl. Meyer, Richter, Grawe, Graf v. d. Schulenburg & Schulte, 1991), auch ist die grundsätzliche Wirksamkeit von Psychotherapie zur Heilung oder Besserung seelischer Krankheiten hinreichend belegt (vgl. Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Grawe, Donati & Bernauer, 1994), aber wie die ambulante Versorgungspraxis (vgl. Vogel, 1996) die Kassenleistung „Psychotherapie“ letztendlich konkret umsetzt, ist nicht bekannt und nicht transparent. Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie-Forscher (Fiedler, 1997; Fiegenbaum, 1992; Margraf, 1992; Schulte, 1992; Wittchen, 1996) äußern denn auch ihre Skepsis, ob die wissenschaftlichen Diagnose- und Behandlungsstandards tatsächlich Einzug in die niedergelassenen Psychotherapiepraxen nehmen und das Behandlungsgeschehen bestimmen (vgl. Köhlke, 1997). Daß hier ein Bedarf nach einem Mehr an Transparenz und Überprüfbarkeit besteht, ist nicht nur aus kassenrechtlichen, sondern auch aus Gründen eines notwendigen Patientenschutzes gut nachvollziehbar. Erfahrungsgemäß haben die Patienten nur selten adäquate Vorstellungen darüber, welche Methoden das jeweilige Therapieverfahren charakterisieren und ob und wie deren Anwendung lege artis stattfindet, so daß von ihnen keine hinreichende Kontroll-, Reklamations- und Sanktionskompetenz erwartet werden darf.

2.3 Ungeregelte differentielle Psychotherapie-Indikation

Die Differentialindikation der verschiedenen Psychotherapieverfahren ist bis heute in concreto eher zufallsabhängig und auch theoretisch unklar und ungeregelt (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Grawe, Donati & Bernauer, 1994).

- ⇒ Wann ist welches Psychotherapieverfahren bei welcher Krankheit und welchem Patienten angezeigt?
- ⇒ Welchen Umfang benötigt eine psychotherapeutische Behandlung bei welcher Krankheit und welchem Patienten?
- ⇒ Welche rationalen und irrationalen Kriterien beeinflussen die Patienten-Zugangswege in ein spezifisches Therapieverfahren?

⇒ Welche Entscheidungsfaktoren regulieren das (haus-)ärztliche Überweisungssystem im Psychotherapiebereich?

⇒ Findet die gebotene Abgrenzung von Psychotherapie als Krankheitsbehandlung im Einzelfall tatsächlich statt oder wird psychosoziale Berufs-, Ehe- oder Lebensberatung, Wellness-, Fitness- und sonstiges Training unter dem Signum „Psychotherapie“ auf Kosten der Solidargemeinschaft durchgeführt?

Es ist nur allzu verständlich, daß bei dieser komplexen Ausgangslage die gesetzliche Krankenversicherung hinsichtlich ihrer Mittelverwendung eine Übersicht und Steuerung haben möchte.

Mehr noch, es ist dies ihre gesetzliche Pflicht.

2.4 Gesetzliche Pflicht zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit

Psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen müssen „notwendig und zweckmäßig“ sein, einen Krankheitszustand zu lindern oder zu beseitigen. Gute „Qualität“ bedeutet eine Optimierung zwischen fachlicher Angemessenheit und materieller Verhältnismäßigkeit. Es ist daher nicht verwunderlich, daß für die kassenärztliche Versorgung Qualitätssicherung als gesetzliche Pflicht (§§ 135 bis 139 SGB V) erstmalig 1989 im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes (vgl. Lubecki, 1995) vor dem Hintergrund knapper werdender öffentlicher Mittel normiert wurde.

Der öffentlich-rechtliche Sparsamkeitsgrundsatz fordert eine optimale „Effizienz“ bei minimalem Mitteleinsatz. Leistungen, die nicht notwendig und zweckmäßig sind, sind per se unwirtschaftlich und im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht legitimiert. Daher müssen unnötige, übertriebene, nicht ausreichende und ineffektive Behandlungsmaßnahmen vermieden bzw. entdeckt und beseitigt werden. Darauf zielen Qualitätsprüfungen und Installation von Qualitätssicherungsmaßnahmen im öffentlichen Gesundheitswesen ab.

Daraus leitet sich auch der Anspruch an ein Gutachterverfahren im Psychotherapiebereich unmittelbar ab: Sicherung einer „optimalen Qualität“ durch Wahrung sowohl eines ausreichend hohen Standards der psychotherapeutischen Versorgung als auch der berechtigten Wirtschaftlichkeitsinteressen der Krankenkassen.

3 EINRICHTUNG UND AUFTRAG DES ANTRAGS- UND GUTACH- TERVERFAHRENS

Aus den aufgezeigten Gründen einer gewünschten Steuerung der ambulanten Psychotherapie als Kassenleistung wurde eine "Einschränkung der Therapiefreiheit" (vgl. Effer, 1995, S. 238) im Psychotherapiebereich installiert, die die somatische Therapie in dieser Form nicht kennt: Zum einen erfährt der psychotherapeutische Leistungsumfang eine grundsätzliche Gliederung und Begrenzung (je nach Therapieverfahren verschieden) mit einer schrittweisen Unterteilung in Kurzzeit-, Langzeit- und Fortführungstherapie. Zum anderen ist ein Antrags-, Prüf- und Genehmigungsverfahren vorgeschaltet, das bei jedem Therapieabschnitt neu einzuleiten ist.

3.1 Höchstbegrenzungen und Einteilung in Therapieabschnitte

Die grundsätzliche Beschränkung der psychotherapeutischen Leistungsumfänge je nach Therapieansatz (z.B. Verhaltenstherapie mit einer Höchstgrenze von 80 Sitzungen) ist an dem wissenschaftlich postulierten Sitzungsbedarf der unterschiedlichen Verfahren orientiert. Sie stellt einen Schutz vor unprüfbarer und ungezügelter Mengenausweitung dar. Damit werden Krankenkassen, Patienten und letztendlich auch die Psychotherapeuten davor bewahrt, daß sich eine psychotherapeutische Behandlung im Einzelfall zu einem „Faß ohne Boden“ entwickelt.

Diese „speziellen Regelbegrenzungen der verschiedenen Verfahren“ (Faber & Haarstrick, 1996, S. 27) stellen eine grundsätzliche „quantitative Schranke“ des kassenärztlichen Versorgungsangebots im Psychotherapiebereich dar. Tabelle 1 gibt einen Überblick zu den Therapieetappen und Höchstbegrenzungen je nach Therapieverfahren, so wie sie in Abschnitt E der Psychotherapie-Richtlinien vorgehen sind.

Tabelle 1: Sitzungsumfänge und Bewilligungsschritte gemäß PT-Richtlinien

Therapieansatz	PA	TP	aKJP		VT
			Kind	Jgdl.	
Einteilungen					
Probat. Sitzungen	8	5	5	5	5
Kurzzeit-Therapie	25	25	25	25	25
Langzeit-Therapie					
Eingangsstufe	160	50	70	90	45
„Normalfälle“					
1. Fortführung „in besond. Fällen“	80	30	50	50	15
2. Fortführung „Ausnahmefälle“	60	20	30	40	20
Höchstgrenzen	300	100	150	180	80

3.2 Das Antrags-, Genehmigungs- und Gutachterverfahren

Komplementär zu der grundsätzlichen Begrenzung der psychotherapeutischen Leistungsumfänge ist ein vorhergehendes Antrags- und Bewilligungsverfahren eingerichtet. Bei jeder der o.a. Therapieetappen ist durch einen Antrag des Versicherten und Angaben des Psychotherapeuten eine neue Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkasse einzuleiten.

Diese Prüfung erstreckt sich nicht nur auf eine formale Kontrolle, sondern insbesondere auch auf das Vorliegen „qualitativer“ Voraussetzungen: Wie oben aufgezeigt ist die Mittelverwendung im öffentlichen Gesundheitswesen an das Gebot der „Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (§ 12 SGB V) gekoppelt. So haben die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Krankenversicherung darauf zu achten und durch geeignete Sicherungsmaßnahmen zu „überwachen“ (§ 106 Abs. 1 SGB V), daß ein „wirtschaftliches Verhalten“ gewährleistet und „das Maß des Notwendigen“ nicht überschritten wird.

Für den Bereich der Kurzzeittherapie (bis zu 25 Sitzungen) war bis zum 01.01.2000 zwar ein Antrags-, aber kein Gutachterverfahren vorgesehen. Hier prüften die Krankenkassen aufgrund eines "kleinen" Antrages das Vorliegen ihrer Leistungspflicht in eigener Zuständigkeit und nur in besonderen Fällen (etwa die Beantragung einer erneuten Kurzzeittherapie innerhalb von zwei Jahren) war eine gutachterliche Prüfung von Kurzzeittherapieanträgen vorgesehen. (Auf die Änderungen ab 01.01.2000 wird später eingegangen.)

Für den Bereich der Langzeittherapie, bei dem es, insbesondere bei der Psychoanalyse, um ganz erhebliche Leistungsumfänge geht, sind die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich einer Notwendigkeits- und Zweckmäßigkeitserüberprüfung fachlich überfordert. Um die o.a. gesetzlichen Prüf- und Überwachungspflichten angemessen zu erfüllen, haben sie eine „Sachverständigeninstanz“ einzuschalten. Dabei steht es nicht in ihrem freien „Ermessen“, ob sie das Sachverständigenurteil (Gutachten) einholen wollen. Die entsprechenden rechtlichen Vorgaben in den Psychotherapie-Richtlinien und –Vereinbarungen sind keine „Kann-Bestimmungen“. Bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen „muß“ das Gutachterverfahren eingeleitet werden. In diesem Zusammenhang einer gesetzlich geforderten Überwachungspflicht von Kassenleistungen und damit auch notwendigen Überwachungskompetenz für Psychotherapieleistungen steht, daß "die Einrichtung eines Gutachterverfahrens seitens der gesetzlichen Krankenversicherung obligate Voraussetzung für die Einführung der Psychotherapie in die Kassenärztliche Versorgung“ war (Faber & Haarstrick, 1996, S. 83).

In der Diskussion um das Gutachterverfahren scheint dieser gesetzliche Zusammenhang zuweilen aus den Augen zu geraten, so als ob das Gutachterverfahren eine völlig unbegründete, „reine Schikane“ wäre.

Noch einmal: Die Einrichtung oder auch Abschaffung eines Gutachterverfahrens ist grundsätzlich nicht in das Belieben der Krankenkassen oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung gestellt. Das Gutachterverfahren basiert auf einer übergeordneten rechtlichen Grundlage.

3.3 Rechtsgrundlage des Gutachterverfahrens

Das Psychotherapie-Gutachterverfahren hat seine Rechtsgrundlage in § 72 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V in Verbindung mit den Psychotherapie-Richtlinien und der darauf basierenden Psychotherapie-Vereinbarung.

Tabelle 2: Rechtsgrundlagen des Gutachterverfahrens

<p>Sozialgesetzbuch (SGB) V Gesetzliche Krankenversicherung</p>
<p>§ 72 Abs. 2 „Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.“</p>
<p>§ 92 Abs. 1 „Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung psychisch Kranker Rechnung zu tragen (...).“</p>
<p>Mit dem PTG neu eingefügt nach § 92 Abs. 6 "(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln. Die Richtlinien haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes.</p>
<p>Psychotherapie-Richtlinien</p>
<p>Abschnitt F III. Gutachterverfahren „Bei Psychotherapie (...) ist der Antrag zu begründen. Er ist durch einen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarungen bestellten Gutachter zu prüfen.“</p>
<p>Abschnitt H Das Nähere zur Durchführung der psychotherapeutischen Versorgung regeln die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen durch entsprechende Vereinbarungen“.</p>
<p>Psychotherapie-Vereinbarung</p>
<p>Teil C § 11 Antragstellung (2) „ ... Dem Antrag des Patienten ist eine Begründung des Therapeuten für die beantragte Therapie beizufügen. (4) . Wird Kurzzeittherapie in Langzeittherapie überführt, (hat) die Krankenkasse diesen Antrag einem Sachverständigen zur Begutachtung vorzulegen (Gutachterverfahren).“</p>
<p>Teil C § 12 Gutachterverfahren 3) „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die in dem Verfahren tätigen Gutachter getrennt für die psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren und für die Verhaltenstherapie jeweils für die Dauer von fünf Jahren“. (6) Das Gutachterverfahren wird von der für den Versicherten zuständigen Krankenkasse eingeleitet.</p>

Die besondere rechtliche Bedeutung, die dem Gutachterverfahren nunmehr eingeräumt ist, ergibt sich daraus, daß mit dem Psychotherapeutengesetz (Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) der in das SGB V neu eingefügte o.a. § 92 Absatz 6a SGB V (siehe Tabelle 2) jetzt das „Gutachterverfahren“ ausdrücklich benennt. Zwar ist es dem Bundesausschuß Psychotherapie-Richtlinien überlassen, „das Nähere zu regeln“, also in welcher Art und Weise ein Gutachterverfahren durchgeführt werden soll, aber daß überhaupt ein „Antrags- und Gutachterverfahren“ im Psychotherapiebereich durchzuführen ist, steht nach dieser ausdrücklichen gesetzlichen Festschreibung nicht zur Disposition. Somit ist die grundsätzliche Durchführung eines Antrags- und Gutachterverfahrens im Psychotherapiebereich gesetzlich vorgeschrieben. Kritische Auseinandersetzungen und Diskussionen können also nicht mehr über das „Ob“, sondern nur über das „Wie“ eines Gutachterverfahrens mit folgender Fragestellung geführt werden:

- Ist das Gutachterverfahren in seiner derzeitigen Ausgestaltung geeignet, den Selbstverwaltungsorganen bei ihrer Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Prüf- und Überwachungspflicht eine ausreichende Entscheidungsgrundlage zu liefern? (Zweckmäßigkeitskriterium)
- Ist die Einrichtung und Durchführung des Gutachterverfahrens in dieser Form zweckentsprechend angemessen und wird das Maß des Notwendigen nicht überschritten? (Verhältnismäßigkeitskriterium)

3.4 Inhaltlicher Auftrag des Gutachterverfahrens

Zur Frage, welche Aufgaben das Gutachterverfahren und in persona die Gutachter zu erfüllen haben, findet sich in den Psychotherapie-Richtlinien und den Psychotherapie-Vereinbarungen der grundsätzliche Rahmen.

Tabelle 3: Auftrag und Aufgabe des Gutachterverfahrens

Psychotherapie-Richtlinien
Abschnitt F III. Gutachterverfahren 1.(Der Antrag) „ist durch einen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarungen bestellten Gutachter zu prüfen. Der Gutachter hat sich dazu zu äußern, ob die in diesen Richtlinien genannten Voraussetzungen erfüllt sind.“

Psychotherapie-Vereinbarung

Teil A § 1 Allgemeines

(1) „Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Anwendung von Psychotherapie gemäß den Psychotherapie-Richtlinien.“

(3) „Für die Psychotherapie einschließlich der psychologischen Testverfahren und für die psychosomatische Grundversorgung gelten die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung, auch ihres Umfangs.“

Teil C § 12 Gutachterverfahren

(1) „Das Gutachterverfahren dient dazu festzustellen, ob die in den Psychotherapie-Richtlinien (...) und in dieser Vereinbarung niedergelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Psychotherapie-Verfahren nach den Richtlinien anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten läßt.“

Demzufolge hat das Gutachterverfahren folgende Fragen zu beurteilen:

- ◆ Fällt die beschriebene Störung in den Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinien?
- ◆ Ist das beantragte Psychotherapie-Verfahren nach den Richtlinien anerkannt?
- ◆ Ist das beantragte Psychotherapie-Verfahren im konkreten Behandlungsfall indiziert?
- ◆ Ist die beantragte psychotherapeutische Behandlung ausreichend und zweckmäßig?
- ◆ Läßt die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg im Rahmen der (Sitzungs-)Grenzen kassenärztlicher Versorgung erwarten?
- ◆ Ist die beantragte psychotherapeutische Behandlung im geplanten Umfang erforderlich oder geht sie über das Maß des Notwendigen hinaus?
- ◆ Ist die gewählte Therapieform wirtschaftlich oder gibt es auch kostengünstigere Lösungen?

3.5 Kernstück der gutachterlichen Beurteilung: Der Bericht an den Gutachter

Die Durchführung eines Gutachterverfahrens könnte auf verschiedene Weise geregelt sein. Bei der häufigen „Einschaltung“ von Sachverständigen etwa im juristischen Bereich wird das bestellte Gutachten primär durch ein „In-Augenschein-Nehmen“ des Falles geleistet, d.h. durch direkten Kontakt, eigene Besichtigung und unmittelbare Überprüfung. Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie

geht einen anderen Weg. Es sieht nicht vor, daß die antragstellenden Patienten sich etwa einem „sachverständigen Kassengutachter“ persönlich vorstellen. Stattdessen werden die eingereichten schriftlichen Antragsunterlagen von der Krankenkasse an den Gutachter zur Beurteilung weitergeleitet. Dieser prüft und entscheidet dann quasi „nach Aktenlage“. Insofern kommt den Antrags-Schriftstücken zentrale Bedeutung im Gutachterverfahren zu. Sie müssen geeignet sein, die unmittelbare Augenscheinnahme in gewisser Weise zu ersetzen und dem Gutachter ein relevantes, möglichst konkretes und umfassendes Bild zum Krankheitsfall und eine eigene Urteilsbildung zum beantragten Behandlungsplan zu gestatten. Der inhaltliche Rahmen des Antrags ist zunächst wieder den übergeordneten Rechtsgrundlagen zu entnehmen.

Tabelle 4: Rechtliche Bestimmungen zum Inhalt des Antrags

<p>Psychotherapie-Richtlinien</p> <p>Abschnitt F II. Antragsverfahren</p> <p>1. S. 3 „Wird ein Antrag auf Langzeittherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie übergeleitet werden, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang und Frequenz der geplanten Therapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an den Gutachter).“</p> <p>2. „Eine Verlängerung der Therapie (...) bedarf eines Fortsetzungsantrags, in dem Verlauf und Ergebnis der bisherigen Therapie darzustellen und eine begründete Prognose in bezug auf die beantragte Verlängerung abzugeben ist.“</p> <p>3. Ist die Psychotherapie (...) nicht erfolgreich abzuschließen und soll die Therapie deshalb fortgesetzt werden, bedarf es eines Antrags auf Feststellung der Leistungspflicht mit Darstellung des Behandlungsverlaufs, des erreichten Therapieerfolgs und der ausführlichen Begründung zur Fortsetzung der Behandlung einschließlich der prognostischen Einschätzung.“</p> <p>Psychotherapie-Vereinbarung</p> <p>Teil C § 11</p> <p>(5) „Dem Antrag auf Langzeittherapie (...) ist ein ausführlicher Bericht für den Gutachter gemäß einem entsprechenden Formblatt (...) in einem verschlossenen Briefumschlag beizufügen.“</p> <p>(7) „Führt die Langzeittherapie innerhalb des von der Krankenkasse genehmigten Umfangs nicht zum Erfolg, kann der Versicherte einen Antrag auf Fortsetzung der Behandlung stellen. Diesem Antrag werden vom Therapeuten die Angaben zur Indikation und die entsprechende Begründung zur Fortsetzung der Behandlung gemäß dem entsprechenden Formblatt bzw. zugehörigem von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellten Informationsblatt (...) im verschlossenen Briefumschlag beigelegt und an die zuständige Krankenkasse gesandt.“</p>

Kernstück der gutachterlichen Prüfung ist der „ausführliche Bericht“ des Therapeuten. Ihm beizufügen sind der Konsiliarbericht (Abschnitt F III. Abs. 1 S. 4 Psychotherapie-Richtlinien) und sonstige Ergebnisse klinischer Untersuchungen, stationäre Entlassungsberichte etc.

Der „ausführliche Bericht“ ist als Anlage der Formblätter "Angaben des Therapeuten" und "Bericht an den Gutachter" dem Antrag beizufügen. Der Bericht ist „in freier Form“ zu erstatten und in nummerierte Abschnitte zu untergliedern. „Der Umfang dieses Berichts soll 3 DIN A 4-Seiten nicht überschreiten und nur solche Angaben enthalten, die therapie- und entscheidungsrelevant sind. Der Gutachter ist gehalten, bei wesentlicher Überschreitung dieses Umfangs den Bericht zur sachlichen Verdichtung an den Verfasser zurückzugeben“ (siehe Formblatt 3a/b/c).

Die inhaltliche Gestaltung des Berichts ist in einem „Informationsblatt“ vorgegeben, das auf Anforderung von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt wird. Dieses „Informationsblatt“ enthält einen – für jedes Therapieverfahren spezifizierten – Fragenkatalog, der sehr detailliert die Punkte auflistet, zu denen Stellung genommen werden sollte. Die Grobgliederung ist in etwa identisch (Tabelle 5).

Tabelle 5: Gliederungspunkte des Berichts an den Gutachter

<ol style="list-style-type: none"> 1. Symptomatik 2. Lebensgeschichte, Krankheitsanamnese 3. Psychischer Befund 4. Somatischer Befund 5. Psychodynamik bzw. Verhaltensanalyse 6. Diagnose 7. Therapieziel 8. Behandlungsplan 9. Prognose 10. Bei Umwandlung: Indikation und Verlauf der bisherigen Kurzzeittherapie

Fast jeder dieser Gliederungsabschnitte hat wiederum zahlreiche Unterpunkte, so daß die geforderte „Ausführlichkeit“ des Berichts und damit eine umfassende, ausreichende gutachterliche Information gesichert scheint.

4 FORSCHUNGSPLANUNG DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG

Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie geriet immer wieder in die Diskussion, ohne daß dies zu qualitativ neuem Erkenntnisschub geführt hatte. Der Austausch von Argumenten stagnierte auf einem sich wiederholenden, jeweils subjektiven Meinungsniveau, was sich im Vergleich der beiden Gutachter-Praktiker-Diskussionen von 1991 (vgl. Lieb & Lutz, 1992) und von 1998 (vgl. Vogel & Merod, 1998) gut feststellen läßt. Die kritischen Stellungnahmen von Praktikerseite blieben letztendlich vereinzelt und wurden zumeist aus gutachterlicher Perspektive bezweifelt. Systematische Untersuchungen waren weder von Kassen-, noch KBV-Seite angestrengt.

In dieser stagnativen Situation blieb nur Eigeninitiative und Beharrlichkeit, um von einer Untersuchungs-idee zu einer repräsentativen Praxisstudie zu gelangen.

4.1 Konzeptualisierung

Forschungsrelevanz

Das Gutachterverfahren ist für die Beteiligten der vertragspsychotherapeutischen Versorgung per se von großem Interesse. Es beschäftigt die KBV, seine Einrichtung zu gewährleisten (Rekrutierung von Gutachtern, Gutachtertreffen, Obergutachterverfahren, Statistik etc.). Es belastet die Krankenkassen mit dem für seine Durchführung erforderlichen Kosten- und Verwaltungsaufwand. Und schließlich sind die kassenzugelassenen Psychotherapie-Praktiker gezwungen, sich mit dem Gutachterverfahren auseinanderzusetzen.

Das Gutachterverfahren hat für die ambulante psychotherapeutische Praxis eine außerordentliche Bedeutung:

Jede geplante Langzeittherapie erfordert mindestens einen gutachterlich zu überprüfenden „Erstantrag“ und ggf. weitere zwei zu prüfende „Fortführungsanträge“. Hiermit ist ein erheblicher Aufwand verbunden. Dies gilt für die zeitlich sehr knapp budgetierten Bewilligungsschritte in der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie in besonderem Maße.

Das Gutachterverfahren hat auch aus sozialrechtlicher Perspektive eine wichtige Bedeutung: Es befreit die Selbstverwaltungsorgane im Psycho-

therapiebereich von ihrer gesetzlichen Pflicht zur Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Und schließlich hat das Gutachterverfahren auch aus fiskalischer Sicht eine nicht geringe Bedeutung:

Die Einrichtung und Durchführung dieses Prüfverfahrens verbraucht öffentliche Mittel der Solidargemeinschaft und ist, wie es ein Referent der Krankenkassen formuliert, ein "relativ kostenintensives Instrument" (Schmidt-Bodenstein, 1998).

Dieser Bedeutung auf der einen Seite steht ein kaum zu legitimierender Mangel an verfügbarem empirisch fundierten Wissen auf der anderen Seite gegenüber:

- ◆ Weder existiert ein seriöser Befund über die tatsächliche Wirkung als Instrument der Qualitätsoptimierung.
- ◆ Noch gibt es verlässliche Daten über seine Wirksamkeit als "spezielle Form der in der kassenärztlichen Versorgung üblichen Wirtschaftlichkeitsprüfung" (Linden, 1998).
- ◆ Erst recht gibt es keinerlei geprüfte Kenntnis über eventuelle "Nebenwirkungen des Gutachterverfahrens", die dem Gebot der Verhältnismäßigkeit öffentlichen Mitteleinsatzes widersprechen könnten.
- ◆ Nicht einmal geordnetes Basiswissen über den tatsächlichen Leistungsaufwand der Praxis durch das Gutachterverfahren zeichnet die Kenntnislage aus, so daß die sog. "angemessene Vergütung" der ärztlichen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (eine Pflicht aus SGB V) hinsichtlich der Bewertung und Honorierung von Praxisleistungen im Zusammenhang mit dem Gutachterverfahren auf reiner Spekulation beruhen.

Wenn überhaupt Aussagen zum Gutachterverfahren seitens der Vertragspsychotherapeuten "das Licht der Öffentlichkeit" erlangen, dann sind es zumeist überaus kritische. So machen die verstreut publizierten Praktikerbeiträge zu diesem Thema (Cullmann, 1997; Flöttmann, 1991; Kommer, 1998; Koppenhöfer, 1998; Langlotz-Weis & Koppenhöfer-Lorenzen, 1992; Lieb & Lutz, 1992; Schottky, 1996; Seipel, 1998) deutlich, daß den zumeist positiven Zweckmäßigkeitspostulaten der Gutachter sehr negative Beurteilungen seitens der großen Gruppe der praktischen Anwender gegenüberstehen.

Ob es sich aber bei diesen gelegentlichen "emotional hoch besetzten" (Schmidt-Bodenstein, a.a.O.) Meinungsäußerungen der vertragspsychotherapeutischen Praxis nur um "subjektives Evidenzerleben" oder verallgemeinerbare Feststellungen handelt, ist völlig offen.

Worte und Alltagstheorien sind quasi genug gewechselt. Theoretische Analysen zum Thema "Gutachterverfahren" wie der vom Verfasser jüngst vorgelegte und in diese Untersuchung eingebundene Beitrag (Köhlke, 1998b) haben kaum Wirkung, da auch sie, wenngleich logisch hergeleitet, letztendlich auf spekulativer Grundlage basieren. So bliebe es bei einem jeweils "emotionalisierten" (Kallinke, 1992) Austausch von Pro und Contra zum Gutachterverfahren.

In dieser verfahrenen Situation subjektiver "Aussage gegen Aussage" können, wenn überhaupt, nur noch Fakten und empirische Daten weiterhelfen, so daß der Entstehungszusammenhang und die Relevanz dieser empirischen Untersuchung daraus unmittelbar abzuleiten sind.

Konzeptbildung und Problemstrukturierung

Aus dem berichteten Mangel an empirischer Forschung zum Gutachterverfahren ist ein Bezug auf andere Erhebungen nicht möglich gewesen. Selbst die ausgewertete, äußerst spärliche Fremdliteratur repräsentiert ausschließlich Aussage- und Meinungscharakter, so daß sie zwar ein erstes Brainstorming anregen, aber weder bei Strukturierung noch Systematisierung dieses komplexen Themas weiterhelfen konnte. Insofern handelt es sich hier bei der Bewältigung dieses Forschungsproblems sowohl theoretisch als auch empirisch um eine Primäruntersuchung. Entsprechend ist diese Primärerhebung überwiegend als deskriptive Praxisstudie konzeptualisiert worden, obgleich sie auch gruppenspezifische Verteilungen prüfstatistisch zu analysieren und übergeordnete Zusammenhänge aus der Perspektive von "Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens" zu erfassen sucht.

Eine erste Problemstrukturierung basierte zunächst auf einer „wertfreien“ Sammlung aller mit dem Gutachterverfahren befaßten Aspekte, Verlautbarungen, Feststellungen, Meinungen etc., um so zu einer ersten Hypothesenbildung zu kommen, aus der dann Frageformulierungen abgeleitet wurden. Als Quelle eines solchen primären Brainstormings zum Thema Gutachterverfahren diente:

- Auswertung der verfügbaren publizierten Diskussionen,
- Auswertung der verfügbaren Literatur,
- vielfältige Gespräche mit einer großen Zahl von Vertragspsychotherapeuten (deren Zugänglichkeit durch berufspolitische Vorstandsmandate des Verfassers erleichtert war),
- langjährige eigene Erfahrung („Kassenzulassung“ seit 1981, seitdem freie Niederlassung in ambulanter Verhaltenstherapie-Praxis mit zahllosen gutachterpflichtigen Antragsfällen: Erst-

und Fortsetzungsanträge sowohl im Rahmen der gesetzlichen (GKV) als auch der Privat-Krankenversicherungen (PKV)).

Generelle Annahme und Zielsetzung der Untersuchung

Der Untersuchung liegt die generelle Annahme zugrunde, daß durch eine systematische Befragung von Vertragspsychotherapeuten eine fundierte Datenbasis geschaffen werden kann, die die konkrete Umsetzung, Wirkung und Auswirkung des Gutachterverfahrens in der Vertragspsychotherapie beschreibt (deskriptive Zielsetzung) und Aussagen über Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens zuläßt (explorative Zielsetzung).

Eine systematische Befragung von Vertragspsychotherapeuten (Ärzte, Psychologen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) schien deshalb besonders sinnvoll, weil diese eine unmittelbare Sachnähe zum Gutachterverfahren besitzen. Praktiker sind durch die Vorgaben in den Psychotherapie-Richtlinien und Psychotherapie-Vereinbarungen sowohl mit den konzeptionellen als auch operationalen Bedingungen des Gutachterverfahrens vertraut. Sie wissen, welchem Zweck das Gutachterverfahren dienen soll, kennen die entsprechenden Instruktionen und Formulare und erfahren beinahe tagtäglich die konkreten Umsetzungen und Auswirkungen des Gutachterverfahrens. Durch die Tatsache, daß sie sowohl die "Theorie des Gutachterverfahrens" und daraus abgeleitete Formalien, Formblätter und Anforderungen kennen als auch die "Alltagspraxis", haben sie eine Metaperspektive zu Anspruch und Wirklichkeit, wie es diesbezüglich keine andere Gruppe - auch die Gutachter nicht - hat. Dadurch, daß die Praktiker gleichzeitig Verfasser des Antragsberichts, Empfänger und Beobachter der gutachterlichen Entscheidungen und praktische "Durchführer" der beantragten Langzeittherapie sind, haben und behalten sie eine Übersicht über die Grundlagen, Wirkung und Wirksamkeit des Gutachterverfahrens, die es wert erscheinen läßt, erforscht zu werden.

Durch den beinahe alltäglich veranlaßten Sachzwang, sich mit dem Antrags- und Gutachterverfahren zu beschäftigen, hat dieses Verfahren einen bedeutenden Stellenwert innerhalb der Berufsbedingungen der Vertragspsychotherapeuten. Von ihnen sind daher "gewachsene" Erfahrungen, Beurteilungen und Bewertungen zu erwarten, wenn es um die Frage von Effektivität und Effizienz, von Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit und eben von Anspruch und Wirklichkeit des Gutachterverfahrens geht.

4.2 Explorative Vorstudie

Aufgrund der deskriptiven Orientierung dieser Studie war schon relativ bald an den Einsatz eines Fragebogens als Untersuchungsinstrument gedacht. Um zu repräsentativen Aussagen zu gelangen, kamen andere Erhebungsverfahren, wie etwa halbstandardisierte Interviews, schon aus Gründen des damit verbundenen Zeitaufwands nicht in Betracht. Außerdem erscheint eine Erhebung mittels Fragebogen hier das geeignetste Verfahren zu sein, dem komplexen und auch "heiklen" Untersuchungsgegenstand gerecht zu werden. Diese Besonderheit der Erhebungssituation galt es schon im Stadium der Konzeptualisierung dieser Untersuchung zu berücksichtigen.

„Brisanz“ des Untersuchungsthemas

Die geplante Untersuchung berührt sehr „brisante“ Aspekte der Routinepraxis von Vertragspsychotherapeuten. Das Gutachterverfahren wirkt nicht „neutral“ auf das konkrete Praxisgeschehen, es wirkt entweder konstruktiv oder obstruktiv. Zum einen ist mit dem Gutachterverfahren eine Fallauseinandersetzung und Arbeitsbelastung verbunden, zum anderen ist es mit einer informellen Definitions- und formalen Sanktionsmacht ausgestattet, die Aversionen auslösen können. Insofern stellt das vorangehende Gutachterverfahren eine eigene relevante Praxisrahmenbedingung dar, auf die sich die psychotherapeutische Praxis einstellt. So kann es im negativen Fall zur Ausbildung eines inzidentellen Reaktions- und Kompensationsmusters kommen (Vermeidungs-, Umgehungs-, eventuell sogar strafatbestandliches Verhalten), das problematisch ist und das mit Entziehung der KV-Zulassung, Haftungsproblemen wegen lege-artis-Verstöße und sonstigen bedrohlichen Konsequenzen assoziiert werden könnte. So wird etwa in diesbezüglichen Publikationen angedeutet, Praktiker würden in concreto andere Verfahren anwenden als sie im Antrag ausweisen. Cullmann (1997) schreibt dazu, es würde nach seiner Feststellung (als ehemaliger „Delegationsarzt“) in vielen Langzeitanträgen aller Therapierichtungen ein Etikettenschwindel praktiziert und Anträge zwar richtliniengetreu gestellt und begründet, in der konkreten Therapie dann aber andere, auch nicht zugelassene Verfahren zur Anwendung kommen.

Verschiedene, zum Teil nur „hinter vorgehaltener Hand“ berichtete Kompensationsmuster, wie Amortisation des Antragsaufwands durch Ausschöpfen des Sitzungskontingents oder Reduzierung des psy-

chotherapeutischen Angebots auf ausschließlich (gutachterfreie) Kurzzeittherapie sind Folgen und Auswüchse des Gutachterverfahrens, die stattzufinden scheinen, aber kaum belegbar sind. Selbstverständlich wären solche negativen Folgen aus der Untersuchungsperspektive „Verhältnismäßigkeit“ sehr bedeutsam, denn eine etwaige gewünschte „Wirkung“ des Gutachterverfahrens muß in einem vernünftigen, kalkulierbaren Verhältnis zu unerwünschten „Nebenwirkungen“ stehen.

Empirisch lassen sich solche bedeutsamen beruflichen Verhaltensstile nur äußerst schwer erfassen, insbesondere wenn sie mit einem negativen Stigma, eventuell sogar Sanktionsdrohung verbunden sind. Wenn hier überhaupt „Forschung von außen“ möglich sein soll, dann nur durch eine weite „Schutzdistanz“, die minimalste Berührung zwischen Untersucher und Untersuchtem und maximale Nicht-Identifizierbarkeit gewährleistet.

Dies ist in erster Linie nur durch Einsatz von Fragebögen mit Anonymitätsschutz gegeben (ähnlich einer Briefwahl), weshalb auch aus diesem Grund andere Untersuchungsverfahren ausscheiden. (Zur Frage wie dieser Anonymitätsschutz umgesetzt wurde, wird später noch eingegangen.)

Pilotstudie

Die erste explorative "Fragebogen-Version wurde Ende 1997 an ein Dutzend (dem Verfasser bekannte) Psychotherapie-Praktiker versandt, die über hinlängliche Erfahrungen insbesondere mit dem Erstellen von Langzeit-Anträgen verfügen und von denen eine ausreichend intensive Beschäftigung mit einem ersten Fragebogenentwurf erwartet werden durfte. Neben einzelnen Anregungen und Korrekturen wurde aus diesem Pilotkreis verschiedentlich vorgeschlagen, mehr Möglichkeiten zum Ausdruck von „persönlichen Meinungen zum Gutachterverfahren“ zu installieren. Bei vielen Vertragspsychotherapeuten hätte sich ein sehr differenziertes und dezidiertes Meinungsbild entwickelt, das wert sei, erfaßt und erforscht zu werden.

Diese Anregung führte zu der Überlegung, den Vertragspsychotherapeuten sowohl einen Fragebogen mit geschlossenen als auch eine Frageliste mit offenen Fragen vorzugeben. Von letztem Vorhaben ist dann aber doch Abstand genommen worden. Einmal aus auswertungstechnischen und zeitlichen Gründen, denn das Erfassen von vielfältigsten Antworten auf offene Fragen benötigt bei einer repräsentativen Stichprobe Auswertungsressourcen, die nicht zur

Verfügung standen, zum anderen aber auch aus Gründen einer ungünstigen Rücklaufquote. Solche offenen Fragen erfüllen nicht mehr die gestellten Kriterien: „einfach, kurz, möglichst unaufwendig“. Sie erfordern längere Überlegensarbeit und Zeit zum Ausformulieren. Eventuell wird der Fragebogen dann „erst einmal“ auf die Seite gelegt und liegt dann dort bis die Rückgabezeit abgelaufen ist.

So wurde zugunsten einer „unfrustrierten“ Arbeitsmotivation und einer überzeugenden Rücklaufquote zwar die Einrichtung „offener Fragen“ fallengelassen, aber dennoch ein gegenüber der Vorversion erheblich größerer Anteil von „Meinungsstatements“ in die endgültige Fragebogenversion aufgenommen. So zum Beispiel Einschätzungssitems ("trifft zu vs. trifft nicht zu") wie „Das Gutachterverfahren erfaßt primär Formulierungsgeschick, nicht Therapiequalität“ etc.

Diese kritische Anregung der Pilotstudienteilnehmer und die daraufhin erfolgte Umsetzung von „Erfahrungs- und Beurteilungssitems“ in die Endversion des Fragebogens wird als bedeutungsvoll für die schließlich sehr erfolgreiche Rücklaufquote erachtet¹.

4.3 Stichprobe

Als Adressaten der Befragung kamen nur Richtlinien-Psychotherapeuten in Betracht und zwar solche, die als Ärzte, Diplompsychologen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über eine „Kassenzulassung“ ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) verfügen und „überwiegend“ psychotherapeutisch tätig sind (ergibt sich aus spezifischen KV-Zulassungsziffern). Das heißt, Psychotherapeuten im außervertraglichen Bereich, sog. Erstattungspsychologen, mit deren eigenen Prüf- und Gutachterverfahren (siehe Bender & Huber, 1998) und "nicht überwiegend" psychotherapeutisch tätige Ärzte anderer Fachgruppen wurden nicht in die Untersuchung einbezogen.

Rekrutierung der Stichprobe

Das hier untersuchte Gutachterverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung kann und wird nur von Psychotherapeuten durchgeführt, die eine KV-Zulassung (Ärzte) oder (vor Inkrafttreten des PTG) eine KV-Genehmigung im Delegationsverfahren (Diplompsychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, früher Psychagogen) haben. Insofern kommen für die Untersuchung nur die Vertragspsychotherapeuten in Betracht, die bei ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung registriert sind.

Bei den Ärzten ist insofern eine Schwierigkeit bei der Stichprobenziehung gegeben, weil Psychotherapie von einigen hauptberuflich, von anderen nebenberuflich geleistet wird. Aus KBV-Frequenzstatistiken aller Bundesländer (zum Abschnitt G IV des EBM: Psychotherapie) ergibt sich, daß in fast allen Facharztgruppen (Anästhesisten, Augenärzte, Hautärzte, Laborärzte, Radiologen etc.) einzelne Leistungserbringer mit PT-Zusatztitel auch zu einem geringen Teil Psychotherapie durchführen. Das berufliche Tätigkeitsprofil und die arztgruppenspezifische Identität dieser "Psychotherapeuten im Nebenberuf" ist aber zumeist so verschieden von dem der "Psychotherapeuten im Hauptberuf", daß ihre Einbeziehung zu völlig verzerrten und nicht mehr verallgemeinerbaren Ergebnissen geführt hätte. Es ist außerdem zu vermuten, daß die nebenberuflichen Psychotherapeuten eher Psychotherapien in der gutachterfreien Kurzzeitvariante wählen, weil sich diese unbürokratische und vor allem wenig aufwendige Antragsform besser in eine ärztliche Routinepraxis einplanen läßt.

Tabelle 6 gibt eine Übersicht zur Häufigkeit von G IV - Leistungen für das Jahr 1997 und den jeweiligen Anteil von Langzeittherapie mit Gutachterverfahren. Dabei zeigt sich, daß LZT deutlich mehr bei den Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin als bei den anderen Arztgruppen vorzufinden ist. Allerdings sind zum Beispiel auch in der Gruppe "Nervenheilkunde" ärztliche Psychotherapeuten anzutreffen, die nicht sekundär, sondern primär Psychotherapie durchführen.

¹ An dieser Stelle sei den Vorstudien-Befragten herzlich für ihre sehr engagierte Mitwirkung gedankt.

Tabelle 6: EBM-Leistungshäufigkeiten zum Kapitel G IV für 1997 je nach Leistungserbringern (Arztgruppen)
Anteil von Langzeittherapie mit Gutachterverfahren (in %)

EBM G IV-Leistungen	TP-KZT Nr. 871	TP-LZT Nr. 872	PA-LZT Nr. 877	LZT-Anteil		VT KZT Nr. 881	VT LZT Nr. 882	LZT- Anteil in % VT
				in %				
Leistungserbringer*				Nur TP	TP + PA			
Frauenärzte	41.595	6.994	1.535	14 %	17 %	1.755	62	3 %
Innere Medizin	59.815	18.323	12.836	23 %	34 %	5.406	758	11 %
Kinderärzte	20.047	1.870	1.988	9 %	16 %	5.684	378	6 %
Nervenheilkunde	339.423	63.887	103.683	16 %	33 %	29.366	1.637	5 %
Psychiatrie	222.740	66.401	58.752	23 %	36 %	26.631	2.429	8 %
Kind.- u. Jug.psychiatrie	53.297	8.715	9.481	14 %	25 %	5.099	336	6 %
Allgemeinmedizin	408.755	128.709	76.009	24 %	33 %	23.636	1.944	8 %
Gesamt	1.145.672	294.899	264.284	20 %	33 %	97.577	7.544	7 %

Psychother. Medizin	855.578	395.086	483.355	32 %	51 %	56.047	12.265	18 %
Psychologische PA / TP	9.660	3.636	66.282	27 %	88 %	./.	./.	
Psychologische VT	8		126			37.814	23.814	39 %
Analy. Kind.u.Jugdl. PT	8.159	3.918	59.826	32 %	89 %	./.	./.	
Gesamt	873.405	402.640	609.589	32 %	54 %	93.861	36.079	28 %

*Anmerkung: Aufgeführt sind hier nur einzelne Facharztgruppen mit einer Gesamtfrequenz von über 5.000 G IV.- EBM-Leistungen

Da nicht zu übersehen ist, welche Ärzte sonstiger Arztgruppen welchen Anteil an gutachterpflichtiger Psychotherapie leisten, ob Erfahrungen mit dem Gutachterverfahren vorliegen und ob nicht eine eventuelle KZT-Präferenz zu tendenziöser Antwortverzerrung führen könnte, wurden nur solche Ärzte in die Untersuchung aufgenommen, die "überwiegend psychotherapeutisch tätig" sind und eine entsprechende KV-Zulassungsnummer ("50'er") haben.

Aus Repräsentativitätsgründen sollte die Befragung in einem nördlichen und einem südlichen KV-Bezirk stattfinden. Entsprechend wurde zunächst bei der KV Bayern angefragt, deren Entscheidung schließlich positiv ausfiel und die Übersendung des spezifischen Adressenpools gleich auf versandfertige Etiketten veranlaßte. Die gleiche Anfrage bei der KV Niedersachsen erwies sich als nicht erfolgreich. Von ihr wurden datenschutzrechtliche Belange angeführt, obwohl doch mittlerweile die kompletten Listen der psychotherapeutischen Vertragsbehandler von jedem Patienten bei jeder Krankenkasse angefordert werden. So wurde dann bei der KV Nordrhein angefragt, die dann ähnlich positiv und unbürokratisch wie die KV Bayern die versandfertigen Adressenetiketten zur Verfügung stellte¹.

4.4 Die Ausführung der Untersuchung

Das Versenden der Fragebögen erfolgte von Ende April bis Anfang Juni 1998.

(Anschreiben und Fragebogen sind im Anhang wiedergegeben.)

Von der KV Bayern wurden ca. 3.530 Adressen, von der KV Nordrhein ca. 1.050 Adressen zur Verfügung gestellt. Die jeweiligen Vertragspsychotherapeuten entsprechen folgenden Kriterien:

- I. Ärztliche Psychotherapeuten ("überwiegend psychotherapeutisch tätige" = 50'er Abrechnungsnummer) mit Zulassung(-en) für
 - a) tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - b) tiefenpsychologisch und analytische Psychotherapie
 - c) ärztliche Verhaltenstherapie
- II. Psychologische Psychotherapeuten (Teilnahme am "Delegationsverfahren") mit Durchführungs-Berechtigung(-en) für
 - a) tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - b) tiefenpsychologisch und analytische Psychotherapie
 - c) psychologische Verhaltenstherapie
- III. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Teilnahme am "Delegationsverfahren") mit Durchführungs-Berechtigung für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.

¹ Der KV Bayern und der KV Nordrhein sei an dieser Stelle für die unkomplizierte und den Fragebogenversand

äußerst vereinfachende Übermittlung der Etikettenaufkleber gedankt.

Aus dem Adressenpool der KV Bayern wurde zufallsentsprechend jede dritte Adresse, aus dem der KV Nordrhein jede zweite Adresse verwendet. Der Rücklauf verteilte sich wie folgt:

Tabelle 7: Fragebogen-Rücklauf-Ergebnis

Versand	1.177
Rücklauf insgesamt	715
Rücklaufquote	61 %
ungültig (fehlerhaft etc.)	32
ungültig (Barcode abgetrennt)	7
verspätet eingegangen, nicht berücksichtigt	21
Gesamt ungültig	60
gültig Vorder- und Rückseite	640
nur gültige Vorderseite (nicht Rückseite))	15
Gesamt gültig	655

Von der Möglichkeit, nur die Vorderseite auszufüllen (wenn noch nie eine gutachterpflichtige Langzeittherapie beantragt wurde, also ausschließlich nur Kurzzeittherapien durchgeführt wurden), haben nur 15 der befragten Vertragspsychotherapeuten Gebrauch gemacht. Diese Gruppengröße wird als zu gering erachtet, als daß von ihr verallgemeinerbare Aussagen erwarten werden dürfen. Dementsprechend ist die Gruppe der Nur-Vorderseite-Beantworter (N=15) nicht in die Auswertung und Analyse einbezogen worden. Demnach basiert die Untersuchung auf den Angaben derjenigen Vertragspsychotherapeuten, die grundsätzliche Erfahrung mit dem Gutachterverfahren haben und Vorder- und Rückseite des Fragebogens beantwortet haben (N = 640).

4.5 Zur Datenanalyse und Darstellung der Ergebnisse

Auf die gängige Gliederung in einen theoretischen und einen empirischen Teil sollte auch in dieser Arbeit aus Gründen klarer Zuordnung nicht verzichtet werden. Da allerdings der Untersuchungsgegenstand "Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie" so viele verschiedene Bereiche und Ebenen umfaßt, wäre eine globale Unterteilung der Arbeit in einen ersten theoretischen und einen nachfolgenden empirischen Teil äußerst unübersichtlich. Überwiegend sind die jeweiligen empirischen Fragestellungen eingebettet in einen Themenkomplex mit theoretisch inhaltlichem Hintergrund, so daß dieser möglichst unmittelbar präsent sein sollte. Aus diesem Grunde ist der Untersuchungsteil in abgeschlossene Kapitel gegliedert, die jeweils einen theoretischen

und einen empirischen Teil sowie eine anschließende kurze "Zusammenfassung und Diskussion" beinhalten.

Der jeweilige "theoretische Teil" ist mit "Erkenntnis- und Meinungsstand" übertitelt. Diese Überschrift scheint angesichts der mangelnden theoretischen Befunde und Theorienbildung angemessener, was nicht heißen soll, daß sich unter dieser Überschrift nicht sehr dezidiert mit den verschiedenen Facetten dieses Themas auseinandergesetzt wird. Im Seitenlayout ist dieser „theoretische Teil“ jeweils 2-spaltig dargestellt, während der empirische Teil (auch zur Darstellung der größeren Abbildungen) 1-spaltig gewählt wurde.

Alle einfachen Statistiken (Mittelwerte, Streuungsmaße etc.) wie auch die komplexeren Verfahren (Itemanalyse, Faktorenanalyse, Anova, Manova, multiple Regressionsanalysen etc.) wurden mit den zur Verfügung stehenden PC-Programmen berechnet. In dieser Buchversion ist auf detaillierte Darstellung dieser statistischen Operationen verzichtet worden, so daß insofern auf Köhlke, 1999a, verwiesen wird.

Aufgrund der Anlage dieser Untersuchung als deskriptive Praxisstudie und Primärerhebung zum Gutachterverfahren (vgl. oben Seite 18) wurde datenanalytisch primär von den grundlegenden Möglichkeiten der beschreibenden Statistik ausgegangen. Der zusätzliche Einsatz inferenzstatistischer Verfahren dient zur Überprüfung, inwiefern die Deskription beobachtbarer Zusammenhänge (zum Beispiel fachrichtungsspezifische Häufigkeitsunterschiede) gegenüber eventuell nur zufällig zustande gekommenen differentiellen Beschreibungsaspekten abgesichert werden soll.

Um dem deskriptiven Charakter zu entsprechen, sind sehr viele Ergebnisse in Form von Balkendiagrammen bzw. tabellarisch dargestellt. Um bei Grafiken einen schnellen prägnanten Überblick zu bewirken, wurden Variablen mit zu vielen Ausprägungen unter Beibehaltung der grundsätzlichen Abstände komprimiert. Um die Gruppenvergleiche etwa bei Aussage-Beurteilungsvariablen prägnanter werden zu lassen, wurden die Angaben zusammengefaßt und dichotomisiert als "trifft nicht zu" gegenüber "trifft zu" und die Kategorie "weder noch" in der Darstellung weggelassen. Um diese Komprimierung jeweils deutlich zu machen, sind diese Abbildungen dann im Text als "Fokus-Abbildungen" bezeichnet worden. Immer aber werden die exakten Werte zunächst tabellarisch ausgewiesen, so daß auch die differenzierte Information der absoluten Häufigkeiten zur Verfügung steht.

5 REPRÄSENTATIVITÄT UND GRUNDDATEN DER STICHPROBE

Es wurde aufgezeigt, daß die Rekrutierung der Stichprobe den Anforderungen an eine objektive, repräsentative Untersuchung entspricht. Die Vertragspsychotherapeuten waren nach einem Zufallsprinzip (KV Bayern jede dritte bzw. KV Nordrhein jede zweite Adresse) angeschrieben, wobei die von der jeweiligen KV zur Verfügung gestellten Adressen vollständig ihrem Datenbestand der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer (einschl. "Nichtärzte" im Delegationsverfahren) entsprochen haben.

Weiter wurde aufgezeigt, daß die Rücklaufquote 60,8 % betrug, was angesichts einer Praxisstudie, in der ausschließlich niedergelassene Praktiker zu einem spezifischen (nicht alle gleichermaßen interessierenden) Thema (Gutachterverfahren) befragt wurden, als außerordentlich gut zu beurteilen ist.

Anhand der nun folgenden Datenauswertung wird sich zeigen, wer sich an dieser Untersuchung beteiligt hat und welche Grunddaten und Charakteristika die teilnehmenden Vertragspsychotherapeuten (N = 640) ausweisen.

5.1 Grundberufe

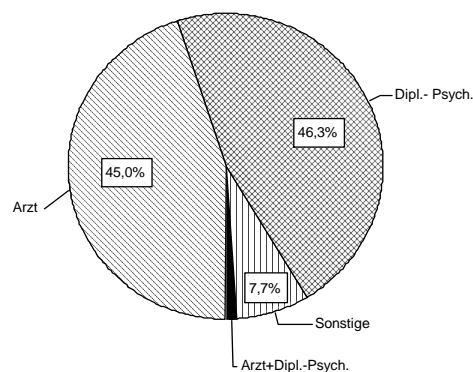
Die Vertragspsychotherapeuten, die aufgrund ihrer psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung berechtigt sind, Psychotherapie als Kassenleistung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen, sind im Grundberuf entweder Ärzte oder Diplom-Psychologen. Nur im Bereich der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind als Eingangsvoraussetzungen auch andere Hochschulabschlüsse möglich. Das Psychotherapeutengesetz regelt im § 5, II, 2 PTG, daß zukünftig nur noch Studienabschlüsse in Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik als Eingangsvoraussetzung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgesehen sind. Die verschiedenen und in sich unterschiedlichen Eingangsberufe bei den analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (früher Psychagogen) können nicht jeweils aufgeführt werden, sondern werden in dieser Untersuchung zur vereinfachenden Unterscheidung von den Eingangsberufen Ärzte und Dipl.- Psychologen als "Sonstige" subsumiert, ohne damit ihren akademischen Status diskreditieren zu wollen.

Die in die Untersuchung aufgenommenen Vertragspsychotherapeuten verteilen sich auf die Grundberufe wie folgt:

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung nach Grundberuf

	Häufigkeit	Prozent
Arzt	288	45,0
Dipl.- Psych.	296	46,3
Sonstige	49	7,7
Arzt+Dipl.-Psych.	7	1,1
Gesamt	640	100,0

Abbildung 1: Stichprobe nach Grundberufen



Besonders erfreulich ist, daß eine so große Zahl von Ärzten (insgesamt 295 = 46,1 %) und damit in etwa gleich große Anzahl wie Psychologen an der Untersuchung teilnimmt. Das war nicht unbedingt zu erwarten, denn aus Anschreiben, Rückumschlag und Fragebogen ergab sich eindeutig, daß diese Untersuchung von Psychologen initiiert und durchgeführt sowie am Psychologischen Institut III (Prof. Dr. Dahme) der Universität Hamburg plaziert wurde.

Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich der Grundberufe von Vertragspsychotherapeuten

Um die Verteilung der Eingangsberufe in dieser Untersuchung mit den bundesweiten diesbezüglichen KBV-Daten zu vergleichen, werden die KBV-Zahlen des Vergleichszeitraums 1998¹ zugrundegelegt. Von den insgesamt 17.732 psychotherapeutischen Leistungserbringern sind 9.735 (55 %) Ärzte, 6.694 (38, 5 %) Diplompsychologen und 1.303 (7 %) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (hier bezüglich des Eingangsberufs als "Sonstige" geführt).

Zur angemessenen Vergleichbarkeit müssen die die ärztlichen Psychotherapeuten betreffenden KBV-Zahlen entsprechend unserer Untersuchungsvorgabe korrigiert werden.

Um erhebliche Verzerrungen (durch überwiegend KZT durchführende "nebenberufliche" ärztliche Psychotherapeuten) zu vermeiden, wurden in unsere Untersuchung wie ausgeführt (vgl. oben Seite 21) nur "überwiegend psychotherapeutisch tätige" Ärzte, also diejenigen mit einer 50'er Abrechnungsziffer in die Stichprobe aufgenommen. Da in der KBV-Zahlenangabe (9.735) als "ärztliche Psychotherapeuten" nun aber die verschiedensten Fachärzte aufgeführt sind, die zwar auch Psychotherapie durchführen, aber keine 50'er Abrechnungsziffer haben, muß diese Zahl der PT-Ärzte auf "nur 50'er" - Ärzte korrigiert werden. Hierzu liegen keine Angaben seitens der KBV vor. Um hier eine Schätzung vornehmen zu können, sollen die diesbezüglich differenzierenden Zahlen der KV Nordbaden² als tendenzieller Maßstab zugrundegelegt werden.

Mit Stand vom 30.05.1998 haben von den insgesamt 406 ärztlichen Psychotherapeuten bei der KV Nordbaden 221 Ärzte eine 50'er Abrechnungsziffer (54 %), während 185 ärztliche Psychotherapeuten (46 %) eine andere Abrechnungsziffer (38'er etc.) haben. An die KBV-Statistik werden alle 406 PT-Ärzte (ohne Differenzierung etwa nach 50'er Abrechnungsnummern etc.) gemeldet, die dann als ärztliche Psychotherapeuten in der o.a. KBV-Statistik "Zahlen zur Psychotherapie" erscheinen.

Aufgrund dieses Zahlenmaterials der KV Nordbaden und bei einer sehr konservativen Nutzung dieser Daten als Vergleichsmaßstab ist tendenziell davon auszugehen, daß höchstens 2/3 der in der KBV-Statistik angegebenen Anzahl (9.735) der "ärztlichen Psychotherapeuten" eine 50'er Abrechnungsziffer hat. Entsprechend ist die Häufigkeit zu korrigieren, so daß sich bundesweit folgende Verteilung ergibt:

Ärztliche Psychotherapeuten (nur 50'er)	6.490	45 %
Psychologische Psychotherapeuten	6.694	46 %
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	1.303	9 %
Gesamt	14.487	100 %

Legt man diese bundesweiten Werte zugrunde, dann zeigt sich, daß die Verteilung der an dieser Untersuchung teilnehmenden Vertragspsychotherapeuten mit 46 % Ärzten (inkl. 1,1 % Doppelqualifikation), 46 % Diplom-Psychologen und 8 % analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sehr gut mit der Verteilung der hauptberuflichen Vertragspsychotherapeuten über alle Bundesländer übereinstimmt.

¹ Herrn Dr. Dahm, KBV, Referat Psychotherapie, wird für die "Zahlen zur Psychotherapie 1998" gedankt.

² Der KV Nordbaden, Frau Kley und Herrn Ammann, sei an dieser Stelle besonders für die stets kooperative Unterstützung gedankt.

5.2 KV-Zulassung

In dieser Untersuchung wurden nur solche Psychotherapeuten befragt, die seitens ihrer regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine offizielle "Zulassung" bzw. "Berechtigung" (zum sog. Delegationsverfahren) erhalten haben. Diese werden hier zukünftig als "Vertragspsychotherapeuten" bezeichnet¹.

Hinsichtlich der KV-Zulassung zur Durchführung der nach den Psychotherapie-Richtlinien zugelassenen Psychotherapieverfahren verteilen sich die an der Untersuchung beteiligten Vertragspsychotherapeuten wie folgt:

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung nach KV-Zulassung

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	PA	29	4,5
	aKJP	47	7,3
	TP	172	26,9
	VT	197	30,8
	PA+TP	141	22,0
	TP+VT	26	4,1
	PA+TP+VT	24	3,8
	PA+VT	4	,6
	Gesamt		640

Die gering erscheinende Zahl von 4,5 % für PA erklärt sich daraus, daß die Zulassung für Psychoanalyse grundsätzlich mit einer Zulassung für tiefenpsychologisch fundierte Therapie verbunden ist (nicht umgekehrt) und dementsprechend hätten Psychonalytiker eigentlich immer beide Rubriken ankreuzen müssen, was 4,5 % von ihnen wohl aus Nachlässigkeit nicht getan haben. Also Psychoanalyse ist in der Rubrik "PA" und in der Rubrik "PA + TP" repräsentiert.

Mischformen zwischen analytisch/tiefenpsychologisch orientierten Therapieverfahren mit Verhaltenstherapie sind mit weniger als 10 % vertreten.

Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich ihrer KV-Zulassungen

Zur Einschätzung der Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich der Verteilung der fachspezifischen Zulassungen (Psychotherapieansätze) soll die Untersuchungsstichprobe hinsichtlich ihrer "KV-Zulassungen" mit den KBV-Daten zur Verteilung der Fachrichtungen verglichen werden. Die Zahlenangaben zur ärztlichen Psychotherapie sind entsprechend den zuvor genannten Gründen (mindestens) auf 2/3 zu korrigieren, da in die empirische Untersuchung nur "überwiegend psychotherapeutisch tätige" Ärzte aufgenommen worden sind. Von daher liegen für einen Vergleich auch hier keine völlig exakten KBV-Ausgangsdaten vor.

Tabelle 10 gibt eine Übersicht zur bundesweiten Psychotherapeutenverteilung nach Therapie-Fachrichtungen. Die von der KBV erhobenen Daten differenzieren nicht in bezug auf tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, sondern werden in einer gemeinsamen Rubrik "tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie" geführt.

¹ Diese Bezeichnung ist für die Diplom-Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eigentlich erst mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, ihrer Approbation und KV-Zulassung korrekt. Davor hatten die sog. "Delegationspsychologen" mit ihrem bis dahin absurden sozialgesetzlichen Status als "Heilhilfsperson" keine vertragliche Grundlage. Dennoch übten sie ihre psychotherapeutische Tätigkeit "eigenverantwortlich" aus, so daß sich ihre konkrete berufliche Arbeit weder vom Tätigkeitsprofil noch von den Rahmenbedingungen (PT-Richtlinien und PT-Vereinbarung) von ihren ärztlichen Psychotherapie-Kollegen unterschied.

Tabelle 10: Verteilung der Psychotherapeuten nach Fachrichtungen (nach KBV-Angaben für 1998)

	PA und TP	VT	aKJP
Ärzte (nur 50'er)	(2/3 von 8.571): 5.714	(2/3 von 1.164): 776	
Psychologen	2.958	3.736	
Sonstige			1.303
Gesamt	(60 %) 8.672	(31 %) 4.512	(9 %) 1.303

Aus Tabelle 10 ergibt sich, daß über alle Bundesländer 1998 die "überwiegend psychotherapeutisch tätigen" Leistungserbringer (Ärzte und sog. Nichtärzte im "Delegationsverfahren") zu 60 % dem Bereich PA/TP, zu 31 % dem Bereich VT und zu 9 % dem Bereich aKJP zuzuordnen sind.

Bei Zuordnung der (in Tabelle 9 wiedergegebenen) Zulassungs-Häufigkeitsverteilung dieser Untersuchung nach den (zwischen PA und TP nicht differenzierenden) KBV-Rubriken ergibt sich das in Tabelle 11 vorfindliche Bild:

Tabelle 11: Verteilung der Untersuchungss Stichprobe hinsichtlich der KV-Zulassungen

Psychotherapie-Fachrichtungen	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Häufigkeit	Kumulierte Prozente
PA	29	4,5		
PA + TP	141	22,0	170	26,5
TP	172	26,9	342	53,4
Mischformen				
PA+TP+VT	24	3,8		
PA+VT	4	0,6	28	4,4
TP+VT	26	4,1	54	8,5
VT	197	30,8	197	30,8
aKJP	47	7,3	47	7,3

Die in Tabelle 11 wiedergegebene Verteilung der Stichprobe in bezug auf KV-Zulassungen zeigt, daß sie einem Vergleich mit den KBV-Angaben in Tabelle 10 standhält.

Die Gruppe VT ist mit 30,8 fast analog zur KBV-Angabe (31 %) repräsentiert.

Die Gruppe aKJP ist mit 7,3 % etwas geringer als in der KBV-Statistik (9 %) vertreten, wobei durch die geringe Größe dieser Gruppe in der Untersuchung hier leicht Abweichungen entstehen können. Auch geht aus der KBV-Statistik nicht hervor, wo hier die Doppelzulassungen (Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen plus Einzeltherapie bei Erwachsenen) gezählt werden. Hier könnte es sein, daß diese bei den Erwachsenen gezählt werden und insofern der prozentuale Anteil in der Untersuchung dem der KBV-Angaben ähnlich wird.

Die Gruppe PA + TP, die in der KBV-Statistik in einer Rubrik aufgeführt wird, scheint mit 53,4 % zunächst geringer vertreten als in der KBV-Statistik (60,0 %). Da diese Gruppe (im Gegensatz zu den Gruppen VT und aKJP) besonders stark von Ärzten dominiert ist, könnte sich hier der Umstand auswirken, daß die KBV-Zahlen zu ärztlichen Psychotherapeuten nicht exakt sind, da sie hauptberuflich (50'er) und nebenberuflich ärztliche Psychotherapeuten nicht unterscheiden. Die hier durchgeführte Tendenzberechnung aufgrund von Zahlenangaben der KV Nordbaden (siehe oben Seite 25) hat ergeben, daß von den an die KV mitgeteilten Häufigkeitsangaben zu ärztlichen Psychotherapeuten nur 60 % eine 50'-Abrechnungsziffer ("überwiegend psychotherapeutisch tätig") aufweisen. Insofern fällt die hier vorgenommene, "konservative" Korrektur der KBV-Arztzahlen auf 2/3 (66 %) eventuell zu gering aus, so daß die Zahlen der Gruppe PA+TP in der KBV-Statistik (Tabelle 10) unter 60 % liegen und davon dann die diesbezügliche Stichprobenverteilung (53,1 %) nicht weit entfernt ist.

Außerdem kennt die KBV-Statistik keine sonstigen Mischformen wie etwa die hier in der Untersuchung angegebenen TP+VT, PA+TP+VT sowie PA+VT. Diese machen zusammen immerhin 8,5 % aus. Auch hier ist unklar, bei welcher Gruppe die KBV diesen "Zulassungsmix" verbucht.

Eventuell ergeben sich hierzu weitere Aussagen bei der folgenden Datenanalyse, wie nämlich die Zulassungen in bezug auf die jeweiligen Grundberufe verteilt sind.

KV-Zulassung in Abhängigkeit zum Grundberuf

Einen Überblick zur Verteilung der Zulassung in Abhängigkeit der jeweiligen Eingangs-Grundberufe der teilnehmenden Vertragspsychotherapeuten gibt Tabelle 12.

Tabelle 12: Kreuztabelle zur KV-Zulassung in Abhängigkeit vom Grundberuf

		Eingangsberuf				Gesamt
		Arzt	Dipl.-Psych.	Sonstige	Arzt+Dipl.-Psych.	
KV-Zulassung	PA	9 31,0%	19 65,5%	1 3,4%		29 100,0%
	aKJP	2 4,3%	3 6,4%	42 89,4%		47 100,0%
	TP	157 91,3%	10 5,8%	3 1,7%	2 1,2%	172 100,0%
	VT	7 3,6%	188 95,4%	2 1,0%		197 100,0%
	PA+TP	71 50,4%	68 48,2%	1 ,7%	1 ,7%	141 100,0%
	TP+VT	25 96,2%			1 3,8%	26 100,0%
	PA+TP+VT	16 66,7%	6 25,0%		2 8,3%	24 100,0%
	PA+VT	1 25,0%	2 50,0%		1 25,0%	4 100,0%
	Gesamt	288 45,0%	296 46,3%	49 7,7%	7 1,1%	640 100,0%

Der Tabelle 12 ist zunächst zu entnehmen, daß erwartungsgemäß Ärzte mit über 90 % die Gruppe der TP-Zulassung und Psychologen mit 95 % die Gruppe der VT-Zulassung dominieren.

Die Doppelzulassung für PA+TP teilen sich in etwa gleicher Zahl Ärzte und Psychologen.

Die analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird wie zu erwarten zu etwa 90 % von "Nicht-Ärzten" und "Nicht-Psychologen", also von Diplom-Pädagogen und Diplom-Sozialpädagogen durchgeführt. Zur Einordnung der Mischformen läßt sich aus Tabelle 12 feststellen, daß die Zulassung TP+VT fast ausschließlich von Ärzten geführt wird (nur ein Arzt ist zusätzlich Diplompsychologe). Da nicht bekannt ist, wie diese Doppelqualifikationen von den einzelnen KVen an die KBV weitergemeldet und dort "verbucht" werden, sollten die 4,1 % TP+VT-Zulassungen unserer Untersuchungsstichprobe (siehe Tabelle 9) zur Hälfte der Gruppe PA/TP und VT zugerechnet werden. Die weitere Zulassungs-Mischform-Gruppe PA+TP+VT wird ebenfalls überwiegend von Ärzten und nur zu einem Viertel von Psychologen gebildet. Hier ist zu vermuten, daß die VT-Zulassung nur als ein "Anhängsel" fungiert, allenfalls für unaufwendige KZT-Beantragung verwandt wird, aber wohl kaum für gutachterpflichtige Langzeittherapie, denn bei dem (für beide Verfahren erforderlichen) Antragsaufwand würde für die Beantragung einer Psychoanalyse ein Vielfaches an Sitzungsbudget bewilligt werden. Es scheint daher vertretbar, die 24 Vertragspsychotherapeuten (3,8 %) mit der Mischform PA+TP+VT der Gruppe PA/TP zuzurechnen.

Hinsichtlich der Zulassungsverteilung der hier untersuchten Stichprobe ergebe sich dann: PA/TP ca. 60 %, VT ca. 33 % und aKJP ca. 7 %. Im Vergleich mit den (geschätzten) KBV-Daten in Tabelle 10 ist somit auch die Zulassungsverteilung der Untersuchungsstichprobe nahe der Gesamtverteilung in den Bundesländern, so daß die Untersuchungsstichprobe nicht nur bezüglich der Grundberufe (Ärzte, Diplompsychologen etc.), sondern auch hinsichtlich der KV-Zulassungen als repräsentativ für die "hauptberuflich tätigen" Vertragspsychotherapeuten zu beurteilen ist.

5.3 "Überwiegend durchgeführtes" Therapieverfahren

Wegen der Doppel- und zum Teil sogar Dreifachzulassungen (siehe Tabelle 9) erlaubt die erhobene Angabe zur KV-Zulassung allein noch keine gesicherte Aussage darüber, welches Therapieverfahren (z.B. Psychoanalyse oder tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie) der jeweilige Vertragspsychotherapeut in praxi überwiegend durchführt und zu welcher Gruppe er dementsprechend zu zählen ist.

Auf jeden Fall erschien die in der KBV-Statistik (mangels Unterscheidungsmerkmale notgedrungene) gemeinsame Gruppenbildung von Psychoanalytikern mit "Tiefenpsychologen" nicht adäquat für eine Untersuchung zum Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. So sind allein schon die Therapieumfänge, die ganz wesentlich die Häufigkeit von Antragstellungen im Gutachterverfahren bestimmen, völlig andere (PA-Erstantrag: 160 Sitzungen, TP-Erstantrag: 50 Sitzungen). Verschiedenste Items etwa zum Antragszeitaufwand, zum Ausweichen auf Kurzzeittherapie, zu spezifischen Ablehnungsgründen könnten sehr unterschiedlich beantwortet werden, je nachdem, ob der jeweilige Vertragspsychotherapeut primär psychoanalytisch, tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert ist. Um also für später gewünschte Vergleiche zwischen den Therapiefachrichtungen ausreichend gesicherte Zuordnungen treffen zu können, wurde zusätzlich zur offiziellen KV-Zulassung auch nach dem "überwiegend durchgeführten" Therapieverfahren gefragt. "Überwiegend" deshalb, um eine relative Eindeutigkeit zur Gruppenzugehörigkeit ("Gruppenidentität") gerade bei den Mehrfachzugelassenen zu erreichen.

"En passant" sollte bei der Frage nach der "überwiegend durchgeführten" Therapierichtung auch der geäußerte "Verdacht" geprüft werden (vgl. Cullmann, 1998), die Vertragspsychotherapeuten würden gar nicht in dem Bereich ihrer KV-Zulassung, sondern ganz andere, zum Beispiel "humanistische" Therapieverfahren durchführen. Um hier Aussagen machen zu können, wurden neben den vier zugelassenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) zusätzlich drei weitere Therapiealternativen: Gestalt- u. Körpertherapie, Familientherapie und "Sonstige" angeboten.

Aufgrund dieser 7 Antwortalternativen und Mehrfachankreuzungen kam es zu einer großen Menge von möglichen Verfahrenskombinationen. Mit Hilfe eines spezifischen Kodierungsschlüssels konnten alle Kombinationen erfaßt und ausgewertet werden. Es zeigt sich, daß sehr viele der Merkmalskombinationen (insgesamt 49) nur vereinzelt auftreten, viele Zellen mit weniger als 10 Teilnehmern bzw. unter 2 % besetzt sind. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, auf die Thematik der Mehrfachkombinationen in der Praxis näher einzugehen.

Soviel allerdings ist hier auszusagen: Von den Vertragspsychotherapeuten wurde die Durchführung von Therapieverfahren bzw. -kombinationen in ausschließlich "fremden", nicht zugelassenen Verfahren (Gestalt- u. Körpertherapie, Familientherapie, Sonstige) nur von 16 der 640 Vertragspsychotherapeuten (2,4 %) angegeben. In allen anderen Fällen wurde entweder nur das zugelassene oder mindestens auch das zugelassene Verfahren als "überwiegend durchgeführt" angegeben.

Ziel des Zuordnungsprozesses war, jeden Vertragspsychotherapeut in eine der 4 zugelassenen Therapiefachgruppen (PA, aKJP, TP, VT) einzuordnen, der er bei Beteiligung am Gutachterverfahren angehört und bei der am meisten ("primär") Übereinstimmung zwischen seiner KV-Zulassung und seiner Therapieorientierung besteht.

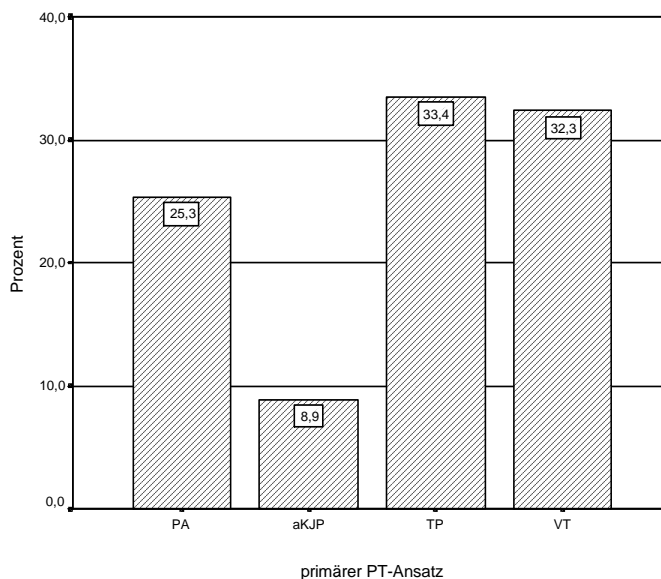
Auch wenn im Einzelfall einer der soeben aufgeführten 16 Vertragspsychotherapeuten nur "fremde" Verfahren als "überwiegend durchgeführt" angegeben hat, so kann er trotzdem aufgrund seiner Angabe zur "offiziellen" Zulassung in eine der vier Therapierichtungen zugeordnet werden. In wenigen verbleibenden Fällen konnte durch Zuhilfenahme anderer Variablen (Grundberuf, nur LZT-Durchführung) eine Zuordnung nach sachlich plausiblen Kriterien erfolgen. 22 Fragebögen waren bei dieser Frage ohne Angabe. Hier erfolgte eine Zuordnung entsprechend der Angabe zur KV-Zulassung.

Dieser Zuordnungsprozeß führte zu einer ausreichend verfahrensdifferenzierten, statistisch vernünftigen und überschaubaren Variable, die hier als "primärer Therapieansatz" bezeichnet worden ist. Diese Therapieverfahrens-Variable bildet die Fachrichtungszugehörigkeit erheblich differenzierter ab, als es allein das Kriterium der KV-Zulassung zu leisten vermocht hätte. Dies hätte als alleiniges Kriterium ohnehin nicht gereicht, da durch Mehrfach-Zulassungen keine schwerpunktmäßige Richtungszuordnung möglich gewesen wäre. Durch Vergleichsprüfungen zwischen Ergebnissen auf der Grundlage der Vorgruppierungen bestand die jederzeitige Möglichkeit, etwaige signifikante Unterschiede bzw. nächstfeinere Differenzierung berücksichtigen zu können. Tabelle 13 listet die absoluten und prozentualen Häufigkeiten auf und in Abbildung 2 ist die prozentuale Verteilung dieser Fachrichtungs-Variable "primärer Therapieansatz" noch einmal grafisch verdeutlicht.

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung zu "primärer Therapieansatz"

	Häufigkeit	Prozent
PA	162	25,3
aKJP	57	8,9
TP	214	33,4
VT	207	32,3
Gesamt	640	100,0

Abbildung 2: Stichprobenverteilung zu "primärer Therapieansatz"



Primärer Therapieansatz in Abhängigkeit vom Grundberuf

Um eine Übersicht zu erhalten, wie der primäre Therapieansatz nach Grundberufen verteilt ist, wurde die nachfolgende Kreuztabelle angefertigt.

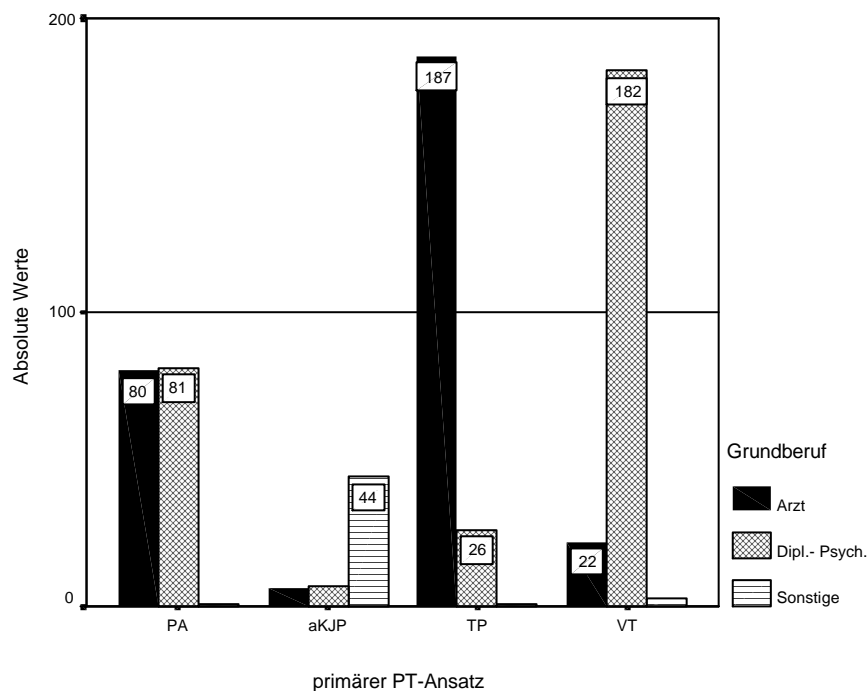
Tabelle 14 weist die primäre Therapie-Zuordnung zu den Grundberufen der beteiligten Vertragspsychotherapeuten aus. Die kleine doppelqualifizierte Gruppe Arzt + Dipl.- Psych., N=7, wird im folgenden bei den Ärzten geführt, da sie dort auch in KBV-Statistiken erscheint, hier zumeist auch ihre primäre Identität hat und ihre Berücksichtigung in einer Extra-Rubrik (bei einer Größe von gerade 1 %) die Übersichtlichkeit erheblich erschwert hätte.

Tabelle 14: Stichprobenverteilung: Primärer Therapieansatz in Abhängigkeit vom Grundberuf

	Grundberuf			Gesamt
	Arzt	Dipl.- Psych.	Sonstige	
PA	80 49,4%	81 50,0%	1 ,6%	162 100,0%
aKJP	6 10,5%	7 12,3%	44 77,2%	57 100,0%
TP	187 87,4%	26 12,1%	1 ,5%	214 100,0%
VT	22 10,6%	182 87,9%	3 1,4%	207 100,0%
Gesamt	295 46,1%	296 46,3%	49 7,7%	640 100,0%

Zur Illustration ist diese Verteilung nach Eingangsberuf und primärem Therapieansatz in Abbildung 3 wiedergegeben.

Abbildung 3: Primärer Therapieansatz in Abhängigkeit vom Eingangsberuf (N=640)



Repräsentativität der Stichprobe in bezug auf Therapiefachrichtungen

Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, ist die Untersuchungsstichprobe optimal verteilt und stellt eine gute Repräsentation der psychotherapeutischen Praxis in bezug auf ihre grundberufliche und verfahrensspezifische Ausgangsbedingungen dar: Verhaltenstherapie wird primär von Psychologen, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie primär von Ärzten durchgeführt. Psychoanalyse wird sowohl von Ärzten als auch Psychologen durchgeführt, ohne daß es eine solche grundberufliche Dominanz wie im verhaltenstherapeutischen oder tiefenpsychologischen Bereich gibt. Und schließlich sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ganz überwiegend weder Ärzte noch Psychologen, sondern Pädagogen und Sozialpädagogen mit entsprechender KV-anerkannter Zusatzausbildung.

Neben der erfreulichen Tatsache, daß sich Ärzte in einem repräsentativen Verhältnis (siehe oben Seite 25) an dieser Untersuchung beteiligt haben, ist es für die Repräsentativität dieser Untersuchung ebenfalls ideal, daß sich so viele Psychoanalytiker beteiligt haben. Dies war von vornherein nicht unbedingt selbstverständlich, denn gerade aus dem Kreis der Psychoanalytiker sind eher positive Statements zum Gutachterverfahren ("darin für Psychoanalytiker liegende Vorteile") und eher besorgte, was diese empirische Untersuchung angeht, zu hören gewesen (siehe Bell, 1998, S. 20f.), so daß auch ein teilweiser "Boycott" von Analytikerseite nicht völlig ausgeschlossen schien.

Bei einem abschließenden Vergleich der Verteilungen der Therapiefachrichtungen in dieser Untersuchung ("primärer Therapieansatz") mit der oben (Tabelle 10) dargestellten Auflistung aus den bundesweiten KBV-Angaben zeigt sich folgende Übereinstimmung:

Tabelle 15: Übereinstimmung der Stichprobenverteilung "primärer Therapieansatz" mit Vergleichsdaten aus KBV-Angaben für 1998

Psychotherapie-Fachrichtung	"primärer Therapieansatz" absolute Häufigkeit	"primärer Therapieansatz" prozentuale Häufigkeit	Prozentualvergleich aus Tabelle 10 (nach KBV-Angaben für 1998)
PA	162	25 %	(PA+TP nur gemeinsam)
TP	214	34 %	
VT	207	32 %	31 %
aKJP	57	9%	9 %

Als Ergebnis kann hier festgestellt werden, daß die Ausgangsstichprobe (N = 640) sowohl hinsichtlich der Grundberufe und der KV-Zulassungen mit den bundesweiten Vergleichsdaten sehr gut übereinstimmt, so daß hier von einer Repräsentativität der Stichprobe und damit der Ergebnisse ausgegangen werden kann.

5.4 Dauer der Kassenzulassung

Die in der Untersuchung gestellte Frage nach der Dauer der PT-Kassenzulassung dient der Erhebung der Grunddaten der beteiligten Vertragspsychotherapeuten, um etwa den Stand der beruflichen Erfahrung zu kennen.

Sie ist auch insofern interessant, als zu erwarten wäre, daß insbesondere Berufsanfänger das Antrags- und Gutachterverfahren als (zu) kompliziert, aufwendig und grundsätzlich "abschreckend" empfinden und von daher besonders motiviert sind, an der Befragung teilzunehmen, um damit ihren Anfängerfrustrationen Ausdruck zu verschaffen. Von älteren Praktikern wiederum könnte erwartet werden, daß ihnen die mit dem Gutachterverfahren verbundenen Arbeiten keine Schwierigkeiten (mehr) machen und sie eine solche Untersuchung eventuell für sich als nicht relevant erachten, so daß die Stichprobe im Schnitt eher von weniger erfahrenen als erfahrenen Vertragspsychotherapeuten gebildet wird.

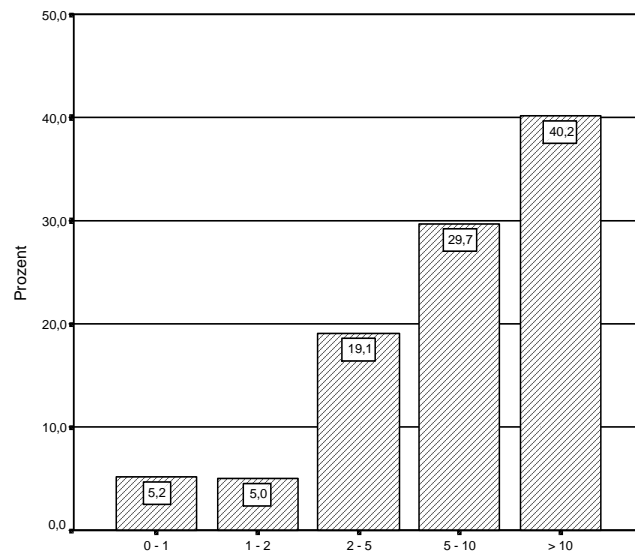
Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

"Wie lange haben Sie eine PT-Kassenzulassung ?"

Tabelle 16: Kassenzulassungs-Dauer in Jahren

	Häufigkeit	Prozent
Ungültig	6	,9
0 - 1	33	5,2
1 - 2	32	5,0
2 - 5	122	19,1
5 - 10	190	29,7
> 10	257	40,2
Gesamt	640	100,0

Abbildung 4: Dauer der Kassenzulassung in Jahren



Die Stichprobe repräsentiert die "erfahrene" Vertragspsychotherapie. Über 40 % der beteiligten Psychotherapeuten verfügen über eine Kassenzulassung von mehr als 10 Jahren und gerade ein Zehntel (10,2 %) hat erst seit maximal 2 Jahren eine Kassenzulassung.

Diese Verteilung der Zulassungsdauer ist sehr erfreulich, denn ältere Praktiker werden hinreichende und vielfältige Erkenntnisse im Laufe ihres psychotherapeutischen Berufslebens gewonnen haben, so daß die von ihnen erfragten Bewertungen und Beurteilungen zum Gutachterverfahren auf langjähriger berufspraktischer Erfahrung basieren.

5.5 Wöchentliche Sitzungszahl (GKV, PKV und GKV+PKV)

Im Rahmen dieser Untersuchung sind Daten zur wöchentlichen Anzahl von psychotherapeutischen Sitzungen sowohl im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als auch privaten Krankenversicherung erhoben worden.

Solche Angaben, gerade auch die zu wöchentlichen Sitzungszahlen, sind nicht nur in diesem Untersuchungszusammenhang, sondern auch für berufs- bzw. honorarpolitische Fragen von Bedeutung. Hieraus lassen sich Regelleistungsvolumen, Durchschnittsleistungsmengen und Umsatzgrößen errechnen. Zur richtigen Einordnung dieser wöchentlichen Sitzungszahlen ist hier darauf aufmerksam zu machen, daß diese keinesfalls die tatsächliche wöchentliche Praxisarbeitszeit darstellen, die aufgrund vielfältiger Anforderungen zumeist erheblich umfangreicher sein wird.

GKV-Sitzungen pro Woche

Eine Quantifizierung der wöchentlich erbrachten psychotherapeutischen Leistungen („Sitzungsstunden“) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wird durch folgende Formulierung im Fragebogen erreicht:

„Wieviele Sitzungen führen Sie pro Woche durch ?“

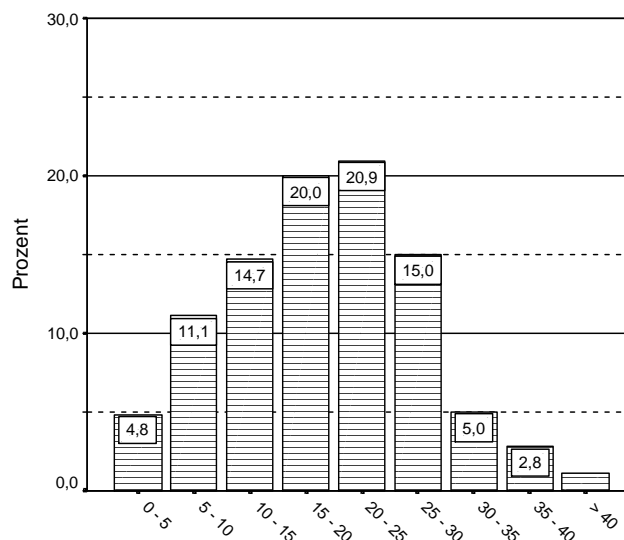
(In normaler Arbeitswoche, Urlaubszeiten ausgenommen. Getrennt für Gesetzliche und Private Krankenversicherung)

Hier: Sitzungen pro Woche zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Tabelle 17: Anzahl von GKV-Sitzungen pro Woche

	Häufigkeit	Prozent
0 - 5	31	4,8
5 - 10	71	11,1
10 - 15	94	14,7
15 - 20	128	20,0
20 - 25	134	20,9
25 - 30	96	15,0
30 - 35	32	5,0
35 - 40	18	2,8
> 40	7	1,1
Gesamt	611	95,5
Ungültig	29	4,5
Gesamt	640	100,0

Abbildung 5: Prozentuale Häufigkeit der wöchentl. GKV-Sitzungen



PKV-Sitzungen pro Woche

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

"Wieviele Sitzungen führen Sie pro Woche durch ?

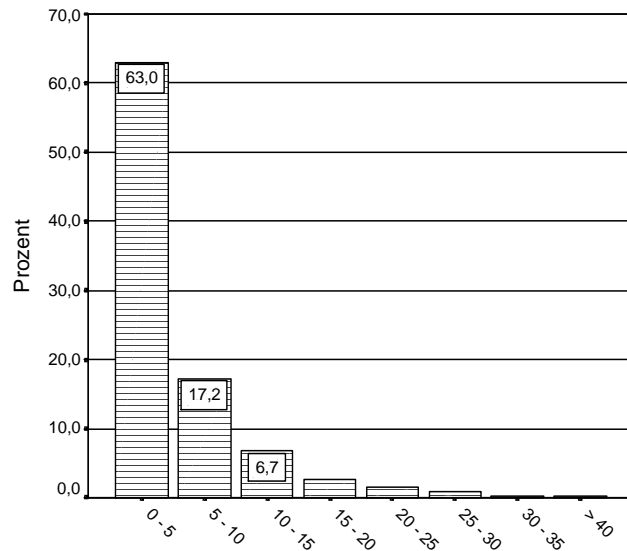
(In normaler Arbeitswoche, Urlaubszeiten ausgenommen. Getrennt für Gesetzliche und Private Krankenversicherung)

Hier: Sitzungen pro Woche zu Lasten der privaten Krankenversicherungen (PKV)

Tabelle 18: Anzahl von PKV-Sitzungen pro Woche

	Häufigkeit	Prozent
0 - 5	403	63,0
5 - 10	110	17,2
10 - 15	43	6,7
15 - 20	17	2,7
20 - 25	10	1,6
25 - 30	6	,9
30 - 35	1	,2
> 40	1	,2
Gesamt	591	92,3
Ungültig	49	7,7
Gesamt	640	100,0

Abbildung 6: Prozentuale Häufigkeit der wöchentl. PKV-Sitzungen



GKV + PKV pro Woche

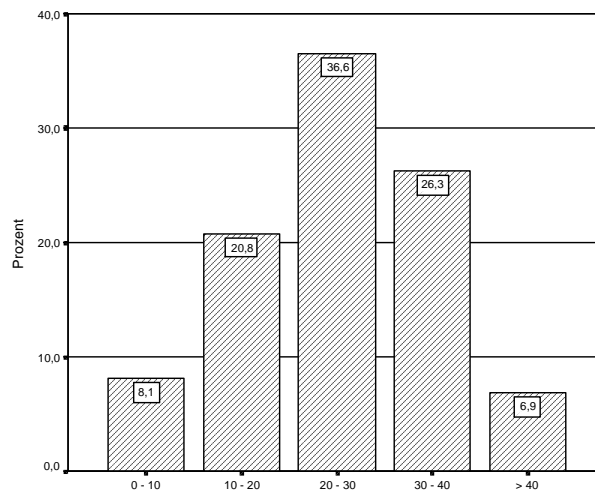
Die jeweiligen Angaben des Vertragspsychotherapeuten zur wöchentlichen Sitzungszahl im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung wurden addiert, so daß die Gesamtsitzungszahl pro Woche ausgewiesen werden kann. Die Häufigkeiten sind in Tabelle 19 aufgeführt.

Tabelle 19: Gesamtzahl der Sitzungen (GKV + PKV) pro Woche

	Häufigkeit	Prozent	
Gültig	0-5	17	2,7
	5-10	35	5,5
	10-15	45	7,0
	15-20	88	13,8
	20-25	96	15,0
	25-30	138	21,6
	30-35	94	14,7
	35-40	74	11,6
	> 40	44	6,9
	Gesamt	631	98,6
Fehlend	ungültig	9	1,4
Gesamt	640	100,0	

Um eine prägnantere Übersicht zu erhalten und die Anschaulichkeit zu verbessern, wurde in Abbildung 7 eine Einteilung der wöchentlichen Sitzungszahl (GKV + PKV) von 5-er auf 10-er Schritte konzentriert.

Abbildung 7: Anzahl der Sitzungen pro Woche (GKV + PKV) (N=631)

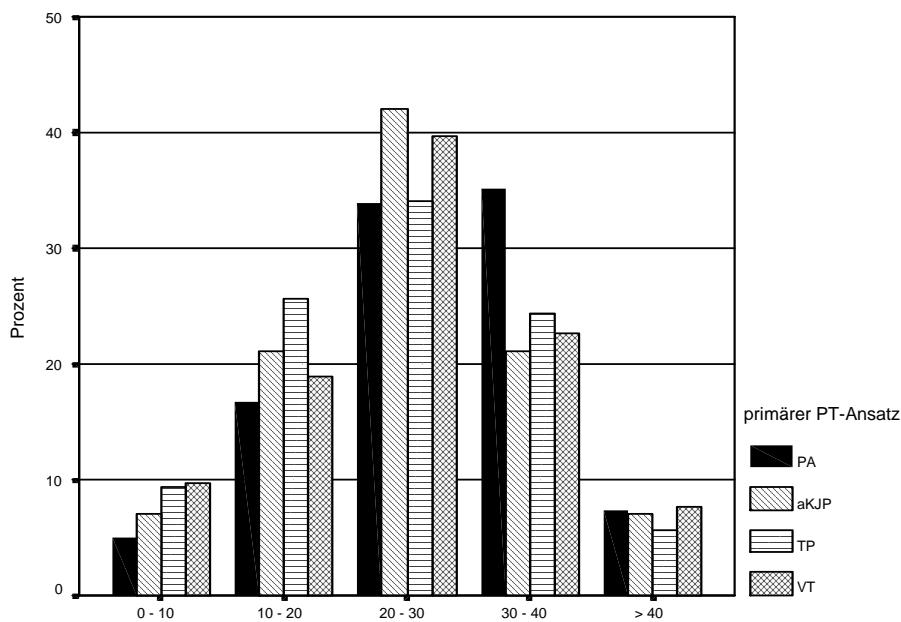


Es zeigt sich eine Verteilung, bei der das Gros der Vertragspsychotherapeuten bei 20-30 Sitzungen (GKV + PKV) pro Woche liegt. Urlaubszeiten sind gemäß der Frageformulierung ausgenommen, so daß die wöchentliche Arbeitszeit im Jahresschnitt etwas tiefer liegen wird.

Die wöchentliche Gesamtsitzungszahl in Abhängigkeit zum Therapieansatz

Im folgenden soll untersucht werden, ob die verschiedenen Psychotherapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) eine unterschiedliche Gesamtsitzungszahl (GKV + PKV) pro Woche angeben. Abbildung 8 gibt einen Überblick.

Abbildung 8: Anzahl der Sitzungen (GKV + PKV) pro Woche in Abhängigkeit zum primären Therapieansatz



➔ Die statistische Überprüfung weist aus, daß Psychoanalytiker signifikant mehr Sitzungen pro Woche durchführen als ihre tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Kollegen.

5.6 Anteil von Langzeittherapie und Kurzzeittherapie

Während in der vorhergehenden Frage die wöchentliche Sitzungszahl erfaßt wurde, soll im folgenden untersucht werden, in welchem Ausmaß die Sitzungen im Rahmen der GKV als gutachterfreie Kurzzeittherapie oder als gutachterpflichtige Langzeittherapie durchgeführt werden.

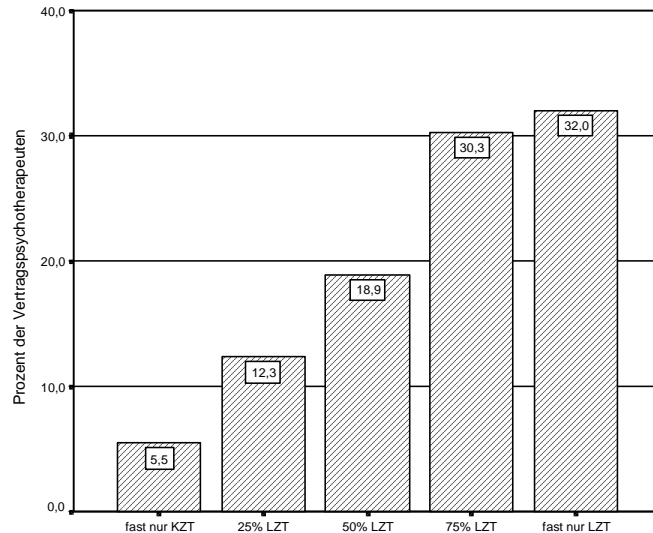
Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

"Wieviel Prozent Ihrer Therapien in der GKV sind Langzeit- (LZT) bzw. Kurzzeit-Therapien (KZT) ?"

Tabelle 20: Anteil von LZT versus KZT

	Häufigkeit	Prozent
fast nur KZT	35	5,5
25% LZT	79	12,3
50% LZT	121	18,9
75% LZT	194	30,3
fast nur LZT	205	32,0
Gesamt	634	99,1
Ungültig	6	,9
Gesamt	640	100,0

Abbildung 9: Prozentuale Verteilung des Anteils von LZT gegenüber KZT



Bei über 60 % der an der Untersuchung beteiligten Vertragspsychotherapeuten sind die Therapien "fast nur" oder zu "ca. 75 %" Langzeittherapien. 5,5 % führen "fast nur" Kurzzeittherapien durch.

Anteil von Langzeittherapien gegenüber Kurzzeittherapien nach Therapierichtung

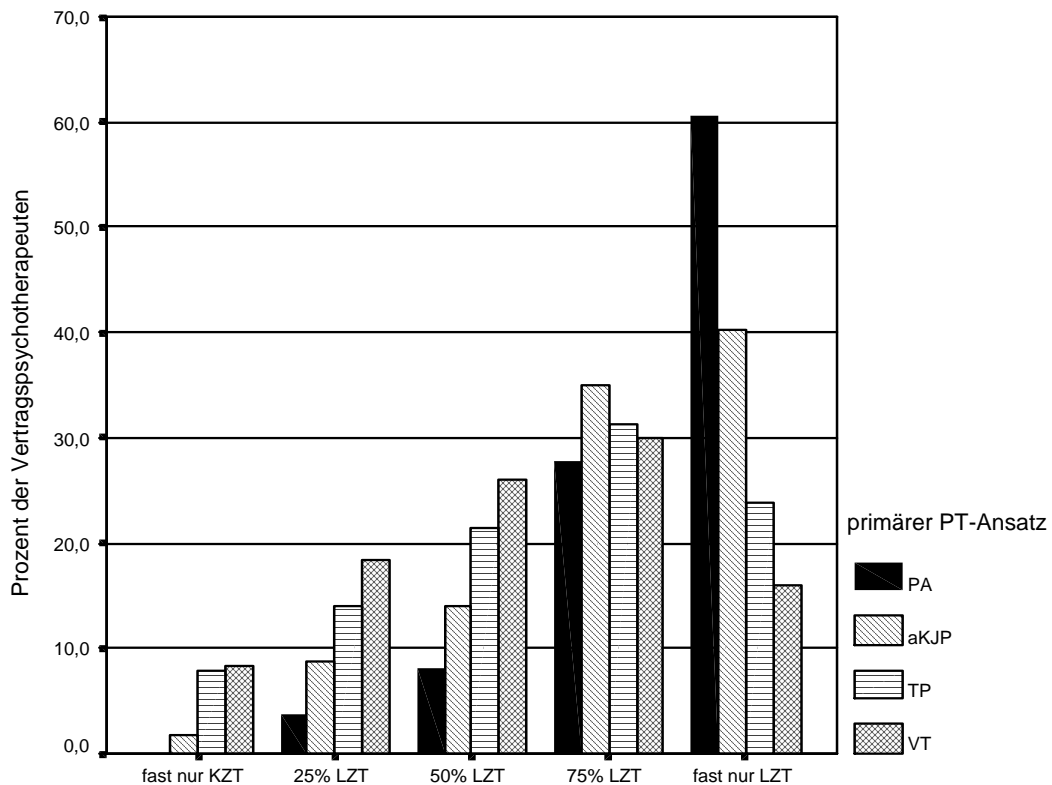
Um zu überprüfen, wie die Durchführung von LZT gegenüber KZT nach Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) verteilt ist, sind in Tabelle 21 die entsprechenden Häufigkeiten aufgeführt.

Tabelle 21: Anteil von LZT versus KZT in Abhängigkeit zur Therapierichtung

		primärer PT-Ansatz				Gesamt
		PA	aKJP	TP	VT	
Wieviel Prozent LZT gegenüber KZT	fast nur KZT		1	17	17	35
			1,8%	8,1%	8,3%	5,5%
	25% LZT	6	5	30	38	79
		3,7%	8,8%	14,2%	18,6%	12,5%
	50% LZT	13	8	46	54	121
	8,0%	14,0%	21,8%	26,5%	19,1%	
	75% LZT	45	20	67	62	194
		27,8%	35,1%	31,8%	30,4%	30,6%
	fast nur LZT	98	23	51	33	205
		60,5%	40,4%	24,2%	16,2%	32,3%
Gesamt		162	57	211	204	634
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Um die gruppenspezifischen Präferenzen für LZT versus KZT illustrativ zum Ausdruck zu bringen, zeigt Abbildung 10 die Verteilung nach Therapierichtung.

Abbildung 10: Anteil von LZT vs. KZT in Abhängigkeit vom primären Therapieansatz



➔ Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führen signifikant mehr Langzeittherapie durch als "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten.

Dieses Ergebnis, daß insbesondere Psychoanalytiker ganz überwiegend Langzeittherapien durchführen, kann nicht überraschen. Insofern zeigt Tabelle 21, daß die Antworten innerhalb der einzelnen Gruppen recht differenziert abgegeben worden sind.

Allerdings verwundert zunächst die geringe Zahl derjenigen, die angeben, "fast nur KZT" ausführen. Es ist zu vermuten, daß sich die „Nur-KZT-Therapeuten“ von dieser Untersuchung zum Gutachterverfahren gar nicht tangiert empfinden, denn ihnen war ausdrücklich angeboten worden, nur die Vorderseite des Fragebogens auszufüllen (die keine spezifischen Fragen zum Gutachterverfahren aufweist). Von dieser Möglichkeit haben insgesamt aber nur etwas mehr als 1 % der Befragten Gebrauch gemacht. Der diesbezügliche Rücklauf von 15 Fragebögen mit nur Vorderseite-Beantwortung gegenüber 640 komplett beantworteten Fragebögen zeigt, daß die „Nur-KZT-Leistungserbringer“ nicht an dieser Untersuchung interessiert waren. Um so höher ist dann die Rücklaufquote von über 60 % einzuschätzen, die verdeutlicht, wie sehr sich diejenigen Vertragspsychotherapeuten, die gutachterpflichtige Langzeittherapien durchführen, von dem Gutachtenthema und dieser spezifischen Untersuchung angesprochen empfunden haben.

5.7 Antragserfahrung

Neben der allgemeinen psychotherapeutischen Berufserfahrung, die mit der Variablen "Dauer der PT-Kassenzulassung" erfaßt werden sollte (siehe oben Seite 32), geht es jetzt um die spezifische Erfahrung mit dem Erstellen von Antragsberichten (Antragsroutine).

Hierzu wurden zwei Fragen gestellt: die Menge gestellter Erstanträge nur in 1997 und insgesamt.

Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge (GKV) insgesamt

Um zu erfassen, wieviel Kenntnis und Erfahrung die jeweiligen Untersuchungsteilnehmer aufweisen, wird die Menge der verfaßten Langzeit-Erstanträge innerhalb ihrer gesamten bisherigen Berufszeit als Vertragspsychotherapeuten (sog. Richtlinienpsychotherapeuten) erfragt.

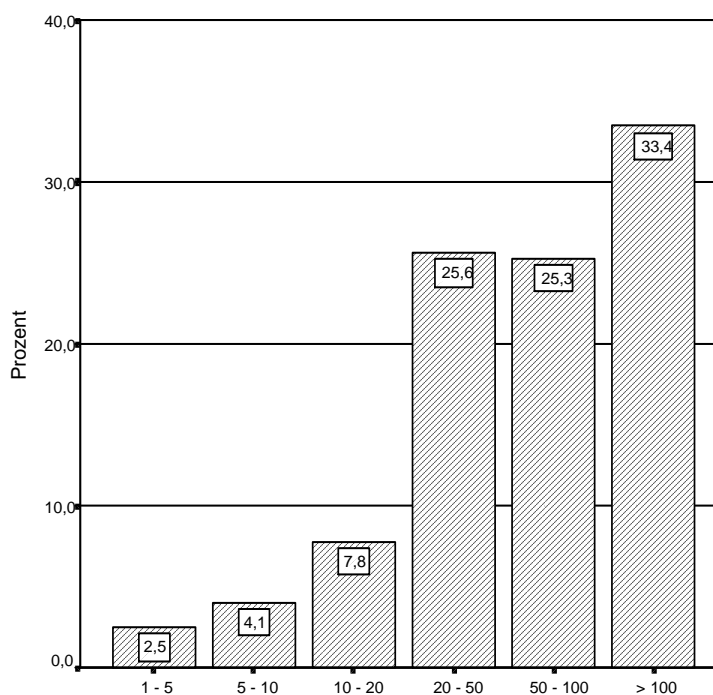
Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

"Wieviele Langzeit-Erstanträge (GKV) haben Sie insgesamt verfaßt ?"

Tabelle 22: Anzahl erstellter LZT-Erstanträge insgesamt

	Häufigkeit	Prozent
1 - 5	16	2,5
5 - 10	26	4,1
10 - 20	50	7,8
20 - 50	164	25,6
50 - 100	162	25,3
> 100	214	33,4
Gesamt	632	98,8
Ungültig	8	1,3
Gesamt	640	100,0

Abbildung 11: Antragserfahrung - Anzahl verfaßter EA-Anträge insgesamt



33,4 % der beteiligten Vertragspsychotherapeuten haben in ihrer bisherigen Berufszeit "mehr als 100" und 25,3 % "50-100" LZT- Erstanträge im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gefertigt. Insgesamt haben damit ca. 60 % "mehr als 50" LZT-Erstanträge erstellt.

Demgegenüber haben ca. 7 % weniger als 10 Anträge gefertigt.

Ähnlich wie bei der Variablen "Dauer der KV-Zulassung" zeigt sich auch hier, daß die an dieser Untersuchung beteiligten Vertragspsychotherapeuten nicht nur über eine lange Kassenzulassung ("über 10 Jahre" = 40 %), sondern auch über eine ausgeprägte Antragserfahrung verfügen.

Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge insgesamt nach Therapiefachrichtung

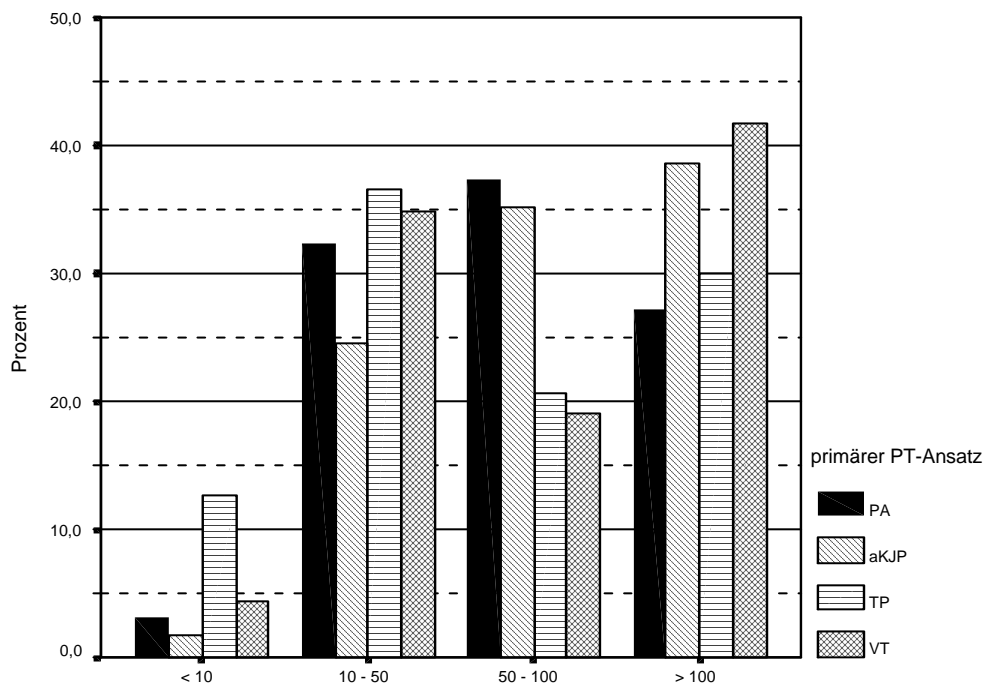
Zur Überprüfung, wie sich die Anzahl insgesamt verfaßter LZT-Erstanträge nach Therapierichtungen verteilt, sind in Tabelle 23 die entsprechenden Häufigkeiten aufgeführt.

Tabelle 23: Menge insgesamt verfaßter LZT-Erstanträge (GKV) in Abhängigkeit vom primären Therapieansatz

	Anzahl von LZT-Anträgen insgesamt						Gesamt
	1 - 5	5 - 10	10 - 20	20 - 50	50 - 100	> 100	
PA	1 0,6%	4 2,5%	12 7,6%	39 24,7%	59 37,3%	43 27,2%	158 100,0%
aKJP		1 1,8%	1 1,8%	13 22,8%	20 35,1%	22 38,6%	57 100,0%
TP	10 4,7%	17 8,0%	18 8,5%	60 28,2%	44 20,7%	64 30,0%	213 100,0%
VT	5 2,5%	4 2,0%	19 9,3%	52 25,5%	39 19,1%	85 41,7%	204 100,0%
Gesamt	16 2,5%	26 4,1%	50 7,9%	164 25,9%	162 25,6%	214 33,9%	632 100,0%

Abbildung 12 stellt in komprimierter Form die Antragserfahrung im Sinne der Gesamtanzahl verfaßter Erstanträge grafisch dar.

Abbildung 12: Menge von LZT-Erstanträgen (GKV) insgesamt je nach Therapierichtung



➔ Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten haben insgesamt eine größere Anzahl von LZT-Erstanträgen (GKV) als "Tiefenpsychologen" verfaßt.

Da die Gruppe TP sich ganz überwiegend aus Ärzten rekrutiert (siehe oben Seite 31), soll im folgenden überprüft werden, ob die Gesamtzahl verfaßter LZT-Erstanträge bei Ärzten geringer als bei Psychologen und aKJP ausfällt.

Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge insgesamt nach Grundberuf

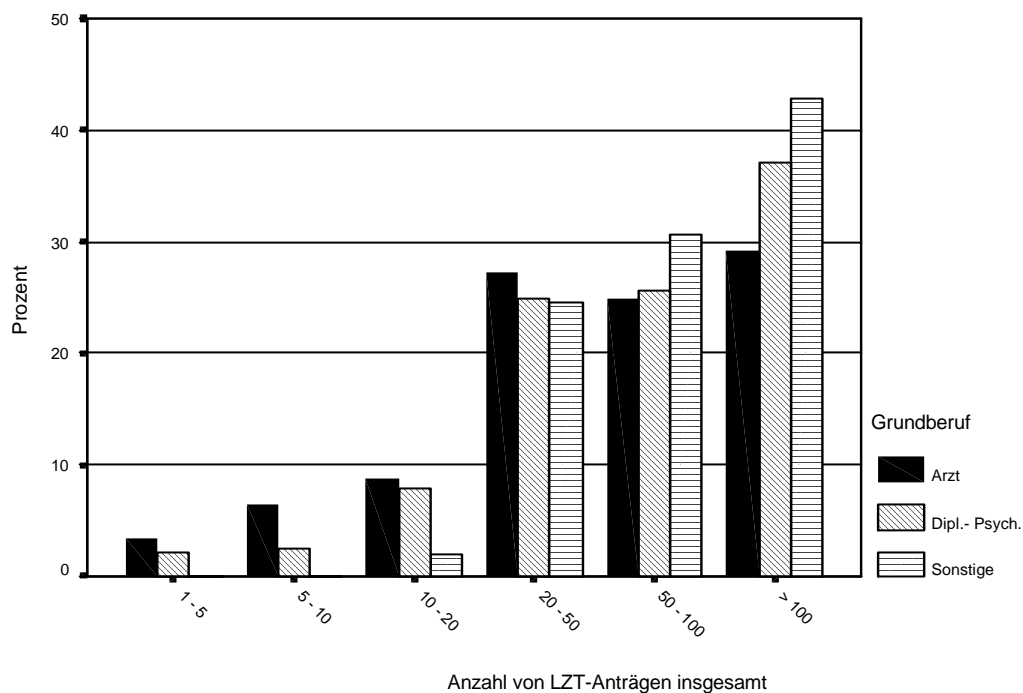
Zur Überprüfung, wie sich die Anzahl insgesamt verfaßter LZT-Erstanträge nach Grundberufen verteilt, sind Tabelle 24 die entsprechenden Häufigkeiten aufgeführt.

Tabelle 24: Menge verfaßter LZT-Erstanträge (GKV) nach Grundberuf

	Anzahl von LZT-Anträgen insgesamt						Gesamt
	1 - 5	5 - 10	10 - 20	20 - 50	50 - 100	> 100	
Arzt	10 3,4%	19 6,5%	26 8,8%	80 27,2%	73 24,8%	86 29,3%	294 100,0%
Dipl.- Psych.	6 2,1%	7 2,4%	23 8,0%	72 24,9%	74 25,6%	107 37,0%	289 100,0%
Sonstige			1 2,0%	12 24,5%	15 30,6%	21 42,9%	49 100,0%
Gesamt	16 2,5%	26 4,1%	50 7,9%	164 25,9%	162 25,6%	214 33,9%	632 100,0%

Die Verteilung der Gesamtzahl der LZT-Erstanträge in Abhängigkeit vom Grundberuf bringt Abbildung 13 prägnant zum Ausdruck.

Abbildung 13: Gesamtzahl von LZT-Anträgen je nach Grundberuf



➔ Psychologen und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben insgesamt mehr LZT-Erstanträge verfaßt als Ärzte.

Die statistischen Überprüfungen haben zu dem Ergebnis geführt, daß bezüglich der Therapiefachrichtung die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Verhaltenstherapeuten gegenüber "Tiefenpsychologen" und bezüglich der Grundberufe die Psychologen und die Gruppe Sonstige (aKJP) gegenüber den Ärzten insgesamt mehr LZT-Erstanträge erstellt haben.

Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge (GKV) nur in 1997

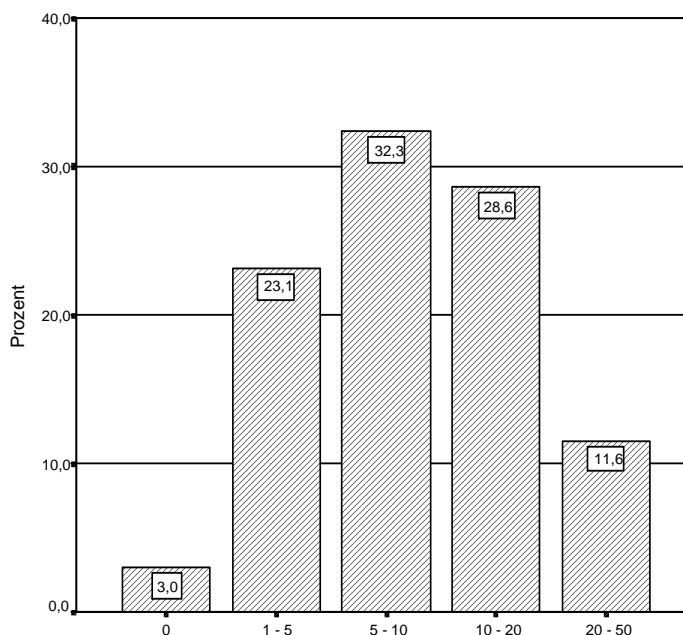
Zur Erfassung der Antragsmenge eines Jahres lautet die entsprechende Formulierung im Fragebogen:

"Wieviele Langzeit-Erstanträge (GKV) haben Sie nur in 1997 verfaßt ?"

Tabelle 25: Menge der LZT-Erstanträge in 1997

	Häufigkeit	Prozent
0	19	3,0
1 - 5	148	23,1
5 - 10	207	32,3
10 - 20	183	28,6
20 - 50	74	11,6
Gesamt	631	98,6
Ungültig	9	1,4
Gesamt	640	100,0

Abbildung 14: Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge nur in 1997



Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge nur in 1997 nach Therapiefachrichtung

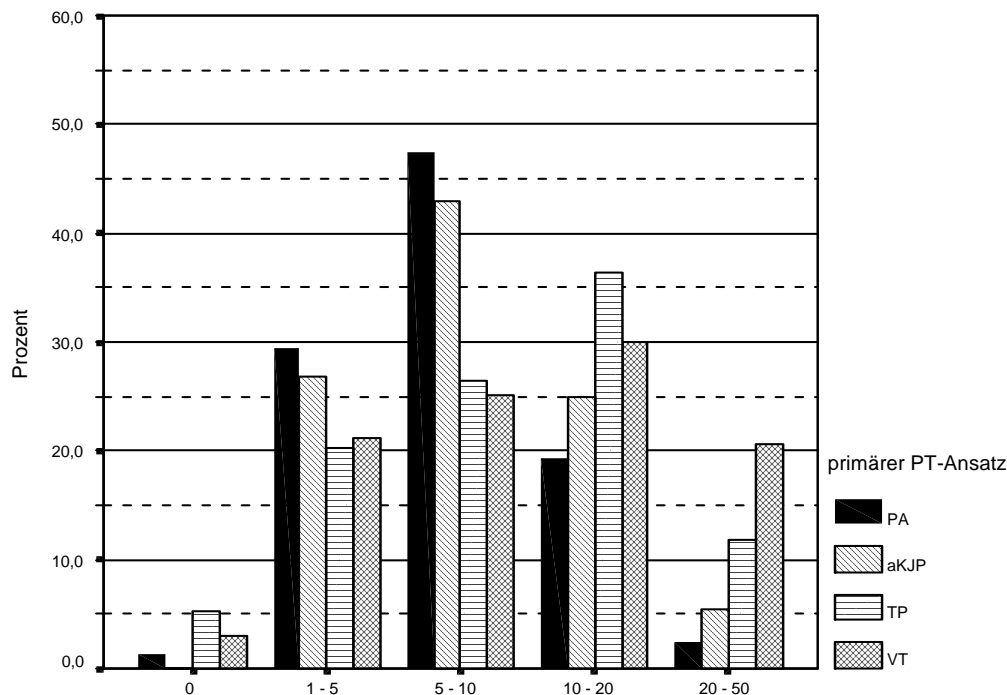
Zur Überprüfung, wie sich die Anzahl insgesamt verfaßter LZT-Erstanträge nach Therapierichtungen verteilt, sind in Tabelle 26 die entsprechenden Häufigkeiten aufgeführt.

Tabelle 26: Menge verfaßter LZT-Erstanträge (GKV) in 1997 nach Therapiefachrichtung

	Anzahl von LZT-Anträgen in 1997					Gesamt
	0	1 - 5	5 - 10	10 - 20	20 - 50	
PA	2 1,3%	47 29,4%	76 47,5%	31 19,4%	4 2,5%	160 100,0%
aKJP		15 26,8%	24 42,9%	14 25,0%	3 5,4%	56 100,0%
TP	11 5,2%	43 20,3%	56 26,4%	77 36,3%	25 11,8%	212 100,0%
VT	6 3,0%	43 21,2%	51 25,1%	61 30,0%	42 20,7%	203 100,0%
Gesamt	19 3,0%	148 23,5%	207 32,8%	183 29,0%	74 11,7%	631 100,0%

Zur Veranschaulichung der Menge der gutachterpflichtigen LZT-Anträge in 1997 je nach Therapiefachrichtung dient Abbildung 15.

Abbildung 15: Anzahl verfaßter LZT-Erstanträge (GKV) in 1997



➔ "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten haben 1997 eine größere Anzahl von LZT-Erstanträgen (GKV) verfaßt als Psychoanalytiker.

Dieses Ergebnis fällt erwartungsgemäß aus. Die kurzen Bewilligungsschritte der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und erst recht der Verhaltenstherapie führen zu der Folge, daß Psychotherapeuten der kurzen Psychotherapieverfahren signifikant mehr Anträge pro Jahr zu fertigen haben als Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

5.8 Zusammenfassung und Diskussion

Die Stichprobe ist repräsentativ für die bundesweite "hauptberufliche" Vertragspsychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Verteilung der Untersuchungsstichprobe mit 46 % Ärzten, 46 % Diplom-Psychologen und 8 % analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stimmt sehr gut mit Vergleichsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überein. Auch die Stichprobenverteilung in bezug auf die zugelassenen Therapiefachrichtungen: Psychoanalyse (25 %), tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (34 %), Verhaltenstherapie (32 %) und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (9 %) stimmt mit den bundesweiten Vergleichsdaten überein.

Die Vertragspsychotherapeuten führen zu Lasten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung 20-30 Psychotherapie-Sitzungen pro Woche durch. Die Sitzungen sind bei über 60 % der an der Untersuchung beteiligten Vertragspsychotherapeuten "fast nur" oder zu "ca. 75 %" gutachterpflichtige Langzeittherapien (LZT), wobei erwartungsgemäß Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten signifikant mehr Langzeittherapien leisten als "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten. Lediglich 5,5 % der Untersuchungsbeteiligten führen "fast nur" Kurzzeittherapien durch.

Die Verteilung der beruflichen Erfahrung und Erfahrung mit dem Gutachterverfahren ist durch die Dauer der Kassenzulassung und Menge der insgesamt erstellten LZT-Erstanträge erfaßt. Über 40 % der Untersuchungsteilnehmer verfügen über eine Psychotherapie-Kassenzulassung seit mehr als 10 Jahren, demgegenüber ha-

ben nur 10 % seit maximal 2 Jahren eine Psychotherapie-Kassenzulassung. Sehr viel Erfahrung der Untersuchungsbeteiligten zeigt sich auch darin, daß 25 % "50-100" LZT-Erstanträge und 33 % "mehr als 100" LZT-Erstanträge verfaßt haben. Weniger als 10 LZT-Erstanträge haben demgegenüber nur 7 % der Beteiligten gefertigt. Die beteiligten Psychoanalytiker und "Tiefenpsychologen" haben insgesamt signifikant weniger LZT-Erstanträge erstellt als die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Verhaltenstherapeuten. Ärzte haben weniger LZT-Anträge verfaßt als Psychologen und aKJP.

Im Jahr 1997 haben "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten signifikant mehr LZT-Erstanträge (GKV) erstellt als Psychoanalytiker, was angesichts der erheblich unterschiedlichen Therapiesitzungsbudgets auch zu erwarten war.

Insgesamt sprechen sämtliche Ausgangsdaten für eine erfolgreiche Untersuchung. Der gute Rücklauf (61 %) einer Praktikerbefragung zu einem spezifischen Thema, die Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich der vertretenen Grundberufe und Therapiefachrichtungen und die erhebliche Berufserfahrung und umfangreiche Langzeittherapie-Antragserfahrung sind sehr gute Voraussetzungen für qualifizierte und repräsentative Aussagen im Rahmen einer Praxisstudie zum Gutachterverfahren.

6 DER ANTRAGS-ZEITAUFWAND

Die Durchführung des Gutachterverfahrens ist obligatorische Voraussetzung vor Beginn oder Fortführung eines psychotherapeutischen Behandlungsschritts (gilt ab dem Jahr 2000 auch für die Kurzzeittherapie).

Obwohl auch andere Überprüfungsmöglichkeiten denkbar sind (etwa persönliche Vorstellung des Patienten bei dem Gutachter), ist es in der für die Krankenkasse vermeintlich ökonomischsten Form als eine "Prüfung nach Aktenlage" (vgl. oben Seite 16) eingerichtet worden. Durch diese Art der "externen Qualitätssicherung" wird der Psychotherapeut quasi gezwungen, einen "ausführlichen" Bericht an den Gutachter zu erstellen. Hierbei hat er sich an den vielfältigen Gliederungspunkten und Unterpunkten eines (ihm von seiner Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellten fachrichtungsspezifischen "Informationsblattes" zu orientieren.

Dem Vertragspsychotherapeuten bleibt diesbezüglich keine Wahl. Er hat solche Berichte an den Gutachter zu verfassen oder muß letztendlich seine Kassenzulassung als Psychotherapeut zurückgeben.

Der Aufwand, der für die vertragspsychotherapeutische Praxis mit dieser Form des Gutachterverfahrens verbunden ist, ist offensichtlich nicht bekannt.

6.1 Erkenntnis- und Meinungsstand

In den Erörterungen zum Gutachterverfahren wird von Seiten der Vertragspsychotherapeuten (vgl. die Diskussion zwischen Gutachtern und Begutachteten in Vogel & Merod, 1998; Lieb & Lutz, 1992) immer wieder ein erheblicher Zeitaufwand beklagt, der mit der Antrags- und Berichtserstellung im Gutachterverfahren verbunden sein soll. Die vorfindlichen Angaben niedergelassener Psychotherapeuten zum Antrags-Zeitbedarf variieren zwischen:

- "3 - 4 Stunden" (Langlotz-Weis & Koppenhöfer, 1992),
- "immer noch 3, manchmal 4 Stunden" (Frey, 1992),
- "mindestens 3 Stunden" (Köhlke, 1992),
- "nach wie vor 3 - 4 Stunden" (Koppenhöfer, 1998),
- "3 - 4 Stunden" (Kommer, 1998),
- "nach Umfrage unter Kollegen durchschnittlicher Arbeitsumfang von ca. 6 Stunden" (Cullmann, 1998).

Im Kollegenkontakt wird der persönliche Zeitaufwand für das Erstellen von Antragsberichten zumeist nur zögerlich artikuliert. Die Vermutung liegt nahe, daß Praktiker ihren Berichts-Zeitaufwand eher unter als übertreiben, daß ihnen ihr diesbezüglicher Zeitbedarf peinlich ist, sie ihn internal attribuieren und als persönliche Disqualifikation erleben. Diese Selbstzweifel sind verständlich, denn von Gutachterseite wird postuliert:

Der Antragsbericht

- "muß eigentlich ohne viel Vorbereitung in maximal einer halben Stunde abzufassen sein. Berichte dieser Art schreiben Stationsärzte bei all ihrer sonstigen Arbeit täglich. Es sollte keine Überforderung sein, einen solchen Bericht pro Woche zu schreiben" (Linden, 1998, S. 495),
- ist nicht viel aufwendiger als die ohnehin ärztliche Dokumentationspflicht (vgl. Dahm, 1996).
- Das Antragsverfahren mit Begutachtung wird "in ähnlicher Form beim Antrag auf Zahnersatz durchgeführt" (Linden & Dankesreiter, 1996, S. 540).

Solche informellen Normierungen, erst recht mit gutachterlicher Autorität, können den einzelnen Praktiker verunsichern und ihn in beschämter Zurückhaltung hindern, seinen hiervon abweichenden eigenen Zeitbedarf zu offenbaren. Entsprechend waren bei dieser Praxisbefragung solche tendenziellen (Selbst-)Stigmatisierungen mit der Folge einer sozial erwünschten Antwortverzerrung zu beachten. Insbesondere auch aus diesem Grunde wurde ausdrücklich sowohl im Anschreiben als auch noch einmal im Fragebogen auf die absolute Anonymität dieser Befragung hingewiesen und an "Offenheit und Ehrlichkeit" zu appellieren versucht.

Der Antragsaufwand steht im Fokus der von Vertragspsychotherapeuten geäußerten Kritik an dem Gutachterverfahren. Daher soll sich mit ihm sehr differenziert auseinandergesetzt werden, auch in der Hoffnung, hier endlich repräsentative "harte Daten" zu erhalten, um damit auch dem bisher spekulativen Argumentieren mit dem Antragsaufwand - je nach Interessenslage - ein Ende zu setzen.

6.2 Empirischer Teil

Die empirische Untersuchung dieses Kapitels gliedert sich in

- Zeitaufwand für den Erst- und Fortsetzungsantrag,
- Antrags-Zeitaufwand differenziert nach Grundberuf, Therapiefachrichtung und Antragserfahrung.

Zeitaufwand für den Erstantrag

Kernstück des Gutachterverfahrens ist der "ausführliche Bericht an den Gutachter". Zu dessen Erstellung ist eine Sichtung, Gewichtung und "sachliche Verdichtung" verschiedenster Fallinformationen erforderlich: Befunderhebung, Fremdbefunde, Sitzungsmitschriften, biographische Anamnese, Symptomerhebungs- und sonstige Fragebögen, Tests, Klinikberichte etc. Die therapie- und entscheidungsrelevanten Fallinformationen sind die Datenbasis für die Begründung einer spezifischen Psychotherapie-Indikation im Zusammenhang mit einem adäquaten Störungs- und Behandlungsmodell, die dem Gutachter nachvollziehbar werden muß.

Der befragte Zeitbedarf pro Erstantrag umfaßt den Prozeß aller diesbezüglich zu leistenden Arbeiten (Vorarbeiten, Berichtsabfassung, dessen Überarbeitung u. Korrektur, Formularbearbeitung, etc.), also den Antragsbearbeitungsaufwand vom ausgehenden Aktenstudium bis zur endgültigen Absendung.

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

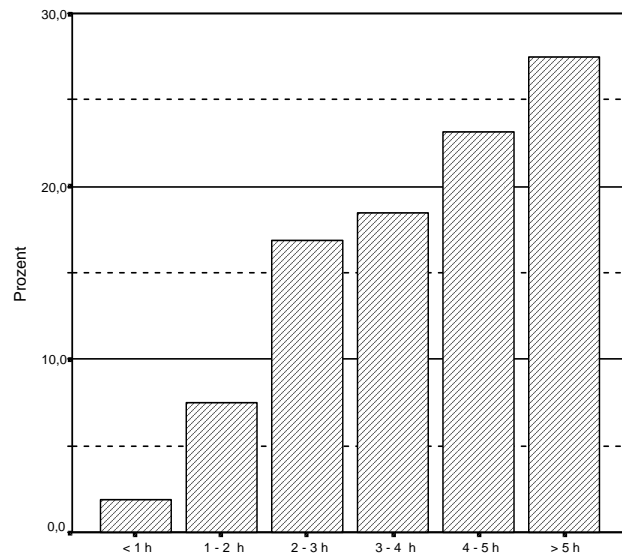
"Wieviel Zeit benötigen Sie pro gutachterpflichtigem Langzeitantrag: Erstantrag ?"

(Vom Aktenstudium bis zur Absendung)

Tabelle 27: Zeitaufwand für Erstantrag

	Häufigkeit	Prozent
< 1 h	12	1,9
1 - 2 h	48	7,5
2 - 3 h	108	16,9
3 - 4 h	118	18,4
4 - 5 h	148	23,1
> 5 h	176	27,5
Gesamt	610	95,3
Ungültig	30	4,7
Gesamt	640	100,0

Abbildung 16: Zeitaufwand für Erstantrag



Mehr als 50 % der Vertragspsychotherapeuten benötigen für den Erstantrag "mehr als 4 Stunden", hiervon braucht mehr als ein Viertel (27,5 %) sogar "länger als 5 Stunden".

Demgegenüber liegt die Zahl derjenigen, die mit "weniger als 2 Stunden" auskommen unter 10 % und einen Zeitbedarf von "weniger als 1 Stunde" geben nur noch ca. 2 % der Psychotherapeuten an.

Zeitaufwand für den Fortführungsantrag

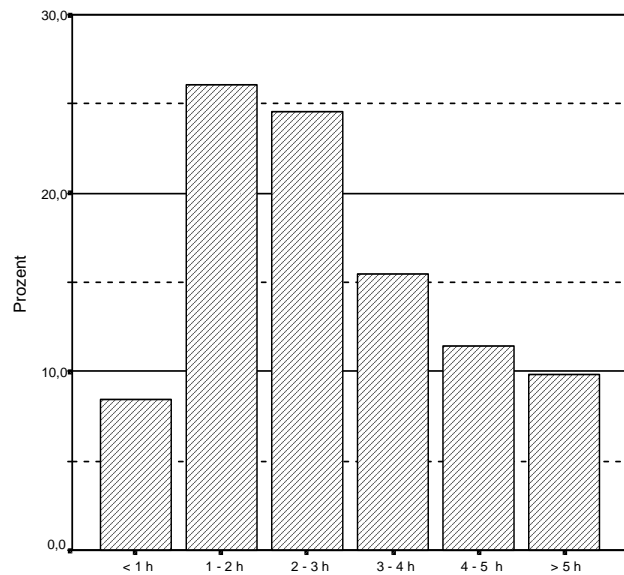
Wenn in Diskussionen und vereinzelt in Publikationen Angaben zum Antrags-Zeitbedarf gemacht werden, dann geht es dabei primär um die Zeit für das Verfassen von Erstanträgen. Demgegenüber finden sich keine Aussagen, wie hoch der Aufwand für Fortsetzungsanträge einzuschätzen ist. Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

"Wieviel Zeit benötigen Sie pro gutachterpflichtigem Langzeitantrag: Fortführungsantrag ?"
(Vom Aktenstudium bis zur Absendung)

Tabelle 28: Zeitaufwand Fortführungsantrag

	Häufigkeit	Prozent
< 1 h	54	8,4
1 - 2 h	167	26,1
2 - 3 h	157	24,5
3 - 4 h	99	15,5
4 - 5 h	73	11,4
> 5 h	63	9,8
Gesamt	613	95,8
Ungültig	27	4,2
Gesamt	640	100,0

Abbildung 17: Zeitaufwand für Fortführungsantrag



Insgesamt benötigen ca. 2/3 der Vertragspsychotherapeuten (61,2 %) für das Erstellen des Fortführungsantrages "2-3 Stunden" und länger. Mehr als 20 % benötigen sogar "4-5 Stunden" und länger. Demgegenüber brauchen ca. 34,5 % der Vertragspsychotherapeuten "1-2" Stunden und weniger. 8,4 % benötigen "unter 1 Stunde" für die Arbeiten im Zusammenhang mit der Fortführungs-Antragstellung.

Differentielle empirische Analyse des Zeitaufwands

Eine genauere Analyse, wie sich der angegebene Zeitaufwand über die verschiedenen Untergruppen der Vertragspsychotherapeuten verteilt, läßt einen Aufschluß darüber erwarten, ob Gruppen wie etwa Psychologen gegenüber Ärzten, Analytiker gegenüber Verhaltenstherapeuten, Berichts-Erfahrene gegenüber Berichts-unerfahreneren etc. einen unterschiedlichen Zeitaufwand haben.

Zeitaufwand in Abhängigkeit vom Grundberuf

Die von Linden geäußerte Vermutung, daß "Stationsärzte Berichte dieser Art bei all ihrer sonstigen Arbeit täglich zu schreiben haben" (siehe Linden, 1998, S.495), impliziert die hypothetische Annahme, daß weniger die ärztlichen Psychotherapeuten, die ja im Rahmen ihrer beruflichen Sozialisation häufig über erhebliche Stationsarzt-Erfahrungen verfügen, als vielmehr die "nicht-ärztlichen" Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sich mit der Berichtserstellung schwertun.

Der Zeitaufwand für den Erstantrag je nach Grundberuf ergibt sich aus Tabelle 29:

Tabelle 29: Erstantrags-Zeitaufwand nach Grundberufen

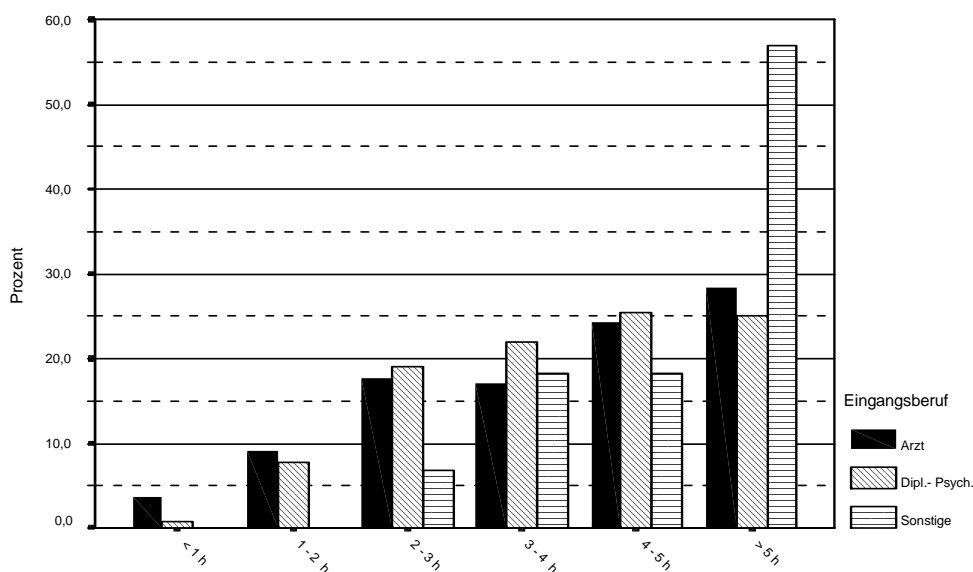
	Zeitaufwand für Erstantrag in Stunden						Gesamt
	< 1 h	1 - 2 h	2 - 3 h	3 - 4 h	4 - 5 h	> 5 h	
Arzt	10 3,5%	26 9,2%	51 18,0%	48 17,0%	68 24,0%	80 28,3%	283 100,0%
Dipl.- Psych.	2 ,7%	22 7,8%	54 19,1%	62 21,9%	72 25,4%	71 25,1%	283 100,0%
Sonstige			3 6,8%	8 18,2%	8 18,2%	25 56,8%	44 100,0%
Gesamt	12 2,0%	48 7,9%	108 17,7%	118 19,3%	148 24,3%	176 28,9%	610 100,0%

Tabelle 29 zeigt, daß sich der Antrags-Zeitaufwand von Ärzten und Psychologen kaum zu unterscheiden scheint.

Demgegenüber ist wohl die Gruppe "Sonstige", die die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten repräsentieren, mit einem besonders stark ausgeprägten Zeitaufwand belastet. Danach benötigen 56,8 % der analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten „mehr als 5 Stunden“ für den Erstantrag, demgegenüber benötigen 25,1% der Psychologen und 28,3% der Ärzte diese Maximalzeit.

Abbildung 18 veranschaulicht die Sonderstellung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch einmal deutlich.

Abbildung 18: Erstantrags-Zeitaufwand nach Grundberufen



➔ Die statistische Überprüfung ergab, daß analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten signifikant mehr Zeit für das Erstellen von LZT-Erstanträgen benötigen als Ärzte und Psychologen.

Es ist noch einmal festzuhalten: Ärzte und Psychologen unterscheiden sich hinsichtlich des Zeitaufwands für das Erstellen des Erstantragberichtes nicht.

Damit ist die o.a. Vermutung nicht bestätigt, daß die (stations-) ärztliche Sozialisation einen Übungsvorsprung beim Erstellen von Antragsberichten im Gutachterverfahren darstellt.

Vielmehr ist nun umgekehrt festzustellen, daß Ärzte trotz ihrer stationsärztlichen Sozialisation ("Schreiben von Berichten dieser Art bei all ihrer sonstigen Arbeit täglich", siehe Linden a.a.O.) genau so lange brauchen wie ihre psychologischen Psychotherapeutenkollegen.

Auf das Phänomen eines sich nicht einstellenden Übungsgewinns (Routine) beim Verfassen von Antragsberichten wird später noch einmal genauer einzugehen sein.

Warum demgegenüber die Berufsgruppe "Sonstige", also die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, mehr Zeit benötigt, ist unklar. Eventuell ist die Darstellung des systemischen Familienkontextes, in die eine kindliche Symptomatik regelmäßig verwoben ist, komplexer und schwieriger.

Zeitaufwand in Abhängigkeit vom Therapieansatz

Im folgenden soll überprüft werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich des Zeitaufwands für die Antragsberichtserstellung unterscheiden. Zumeist sind den Vertragspsychotherapeuten nur die Antragszusammenfassungen ihres eigenen Faches und nur die eigenen Berichtsanforderungen (etwa das "Informationsblatt für Verhaltenstherapie") geläufig. Es dürfte daher für sie interessant sein, zu erfahren, wieviel Aufwand etwa das Antragsverfahren in einem anderen Therapieverfahren macht.

Zeitaufwand für Erstanträge nach Therapierichtung

Die Tabelle 30 mit den Variablen "Zeitaufwand für den Erstantrag" und "primärer Therapieansatz" gibt einen differenzierten Überblick:

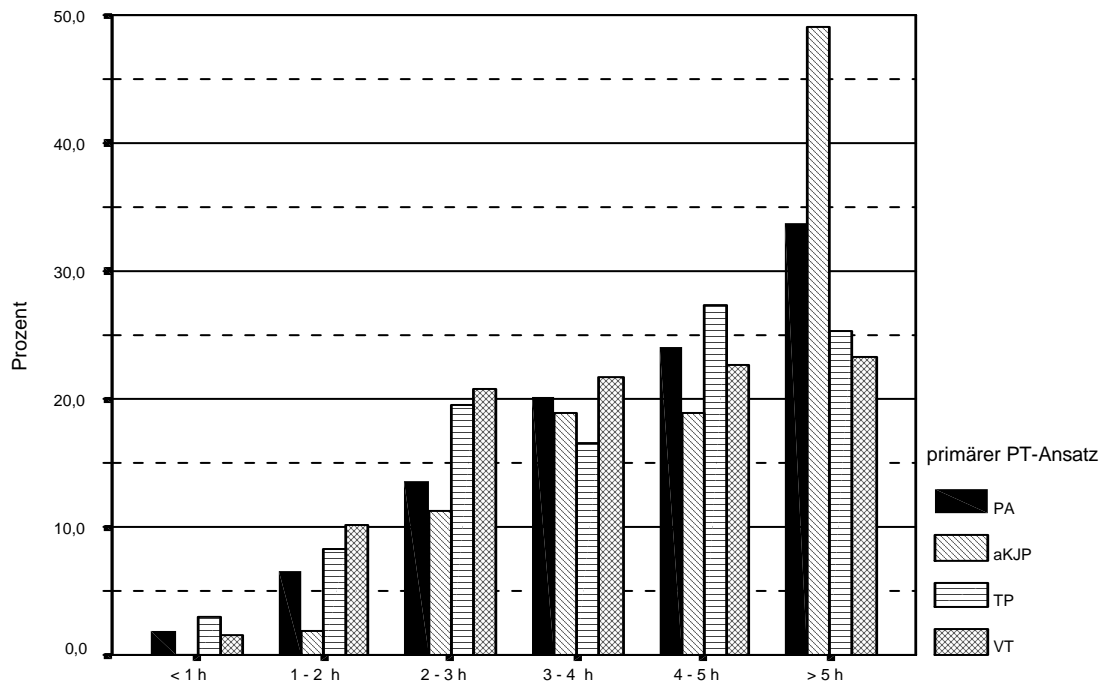
Tabelle 30: Zeitaufwand für Erstantrag nach "primärem Therapieansatz"

		Zeitaufwand für Erstantrag in Stunden						Gesamt
		< 1 h	1 - 2 h	2 - 3 h	3 - 4 h	4 - 5 h	> 5 h	
PA	Anzahl	3	10	21	31	37	52	154
		1,9%	6,5%	13,6%	20,1%	24,0%	33,8%	100,0%
aKJP	Anzahl		1	6	10	10	26	53
			1,9%	11,3%	18,9%	18,9%	49,1%	100,0%
TP	Anzahl	6	17	40	34	56	52	205
		2,9%	8,3%	19,5%	16,6%	27,3%	25,4%	100,0%
VT	Anzahl	3	20	41	43	45	46	198
		1,5%	10,1%	20,7%	21,7%	22,7%	23,2%	100,0%
	Anzahl	12	48	108	118	148	176	610
		2,0%	7,9%	17,7%	19,3%	24,3%	28,9%	100,0%

Bei allen vier Gruppen ist festzustellen, daß es einen Zeitaufwand unter 1 Stunde (< 1h) kaum oder gar nicht (aKJP) zu geben scheint. Desweiteren ist unmittelbar zu erkennen, daß die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besonders viel Zeit für die Erstellung von Erstanträgen benötigen: Fast die Hälfte (49,1 %) braucht "mehr als 5 Stunden".

Zum direkten Gruppenvergleich hinsichtlich des Erstantrags-Zeitaufwands ist auf Abbildung 19 zu verweisen.

Abbildung 19: Zeitbedarf für den Erstantrag nach Therapieansatz



➔ Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten benötigen signifikant mehr Zeit für die Erstellung von LZT-Erstanträgen als "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten.

Eine differentielle Analyse des Erstantrags-Zeitaufwands in Abhängigkeit der verschiedenen Therapierichtungen führt zu dem Ergebnis, daß kein Unterschied im Zeitaufwand zwischen Vertragspsychotherapeuten der psychoanalytischen, der tiefenpsychologisch fundierten und der verhaltenstherapeutischen Therapierichtung gegeben ist. Dieses Ergebnis, daß die großen drei therapeutischen Fachrichtungen die gleiche Zeit für das Erstellen von Erstanträgen benötigen, ist bemerkenswert, denn immerhin geht es ja jeweils um die Beantragung sehr unterschiedlicher Sitzungsbudgets (zum Vergleich die Eingangstufen: Psychoanalyse - 160 Sitzungen, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - 50 Sitzungen, Verhaltenstherapie - 45 Sitzungen, siehe oben Seite 14).

Dieses Ergebnis wird noch näher zu diskutieren sein, wenn es um die Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens geht.

Zeitaufwand für Fortführungsanträge nach Therapierichtung

Oben wurde festgestellt, daß mehr als die Hälfte der Vertragspsychotherapeuten für das Erstellen von Fortführungsanträgen 2-3 Stunden benötigt, über 20 % sogar 4-5 Stunden. Im folgenden soll nun dieser Zeitaufwand aus der Perspektive der einzelnen Therapierichtungen näher analysiert werden.

Die nachfolgende Tabelle 31 zeigt auf, wie sich der Zeitaufwand für Fortsetzungsanträge je nach "primärem Therapieansatz" verteilt.

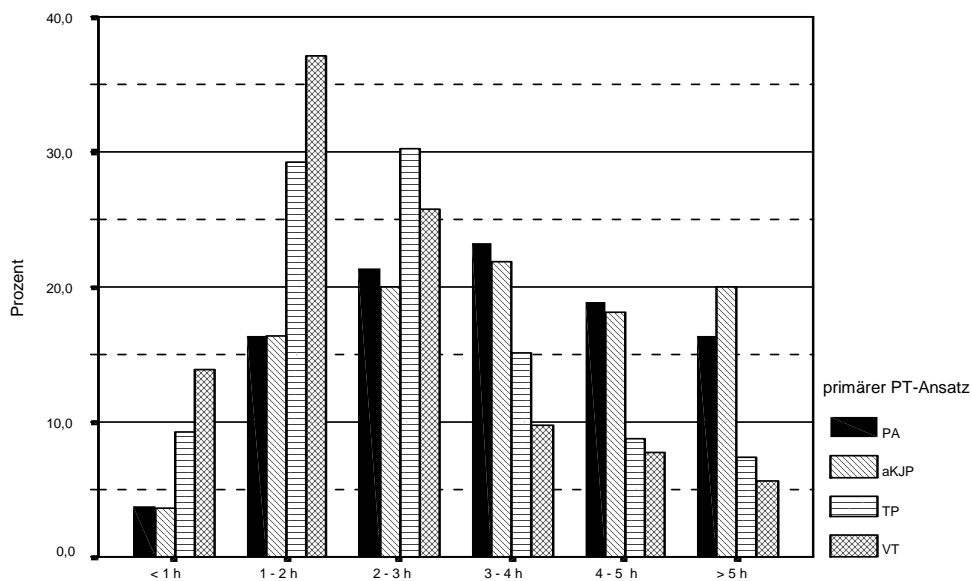
Tabelle 31: Zeitbedarf für den Fortführungsantrag je nach Therapieansatz

		Zeitaufwand für Fortführungsantrag in Stunden						Gesamt
		< 1 h	1 - 2 h	2 - 3 h	3 - 4 h	4 - 5 h	> 5 h	
PA	Anzahl	6	26	34	37	30	26	159
		3,8%	16,4%	21,4%	23,3%	18,9%	16,4%	100,0%
aKJP	Anzahl	2	9	11	12	10	11	55
		3,6%	16,4%	20,0%	21,8%	18,2%	20,0%	100,0%
TP	Anzahl	19	60	62	31	18	15	205
		9,3%	29,3%	30,2%	15,1%	8,8%	7,3%	100,0%
VT	Anzahl	27	72	50	19	15	11	194
		13,9%	37,1%	25,8%	9,8%	7,7%	5,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	54	167	157	99	73	63	613
		8,8%	27,2%	25,6%	16,2%	11,9%	10,3%	100,0%

Die Gegenüberstellung der spezifischen Fortführungs-Antragszeiten in den jeweiligen Therapierichtungen verdeutlicht, daß 50 % der Verhaltenstherapeuten weniger als 2 Stunden für die Erarbeitung eines Fortsetzungsantrages benötigen. Dies stellt sich als ein erheblicher Unterschied etwa zu den Psychoanalytikern und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dar, bei denen nur etwa 20 % mit dieser Zeit auskommen. Allerdings läßt sich auch umgekehrt argumentieren, daß immerhin ca. 50 % der Verhaltenstherapeuten und ca. 60 % der Tiefenpsychologen mehr als 2 Stunden für einen Fortführungsantrag benötigen. Und ca. 35 % der Psychoanalytiker und 40 % der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten benötigen dafür sogar mehr als 4 Stunden.

Um auch hier die verschiedenen Therapiegruppierungen hinsichtlich des von ihnen benötigten Zeitaufwands für das Erstellen von Fortsetzungsanträgen gegenüberzustellen, wird auf Abbildung 20 verwiesen.

Abbildung 20: Zeitbedarf für den Fortführungsantrag nach Therapieansatz



➔ Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten benötigen signifikant mehr Zeit für die Erstellung von Fortführungsanträgen als "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten.

Auch hier ist noch einmal zu gegenwärtigen, daß sehr unterschiedliche Sitzungskontingente je nach Therapieverfahren von dem Fortsetzungsantrag erfaßt werden (zum Vergleich die erste Verlängerungsstufe: Psychoanalyse - 80 Sitzungen, analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 50 Sitzungen, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - 30 Sitzungen, Verhaltenstherapie - 15 Sitzungen, siehe oben Seite 14).

Zeitaufwand in Abhängigkeit von Antragsroutine

Bereits beim Antrags-Zeitaufwand in Abhängigkeit vom Eingangsberuf (Arzt, Psychologe etc.) stand die Frage im Raum, ob Übung und Lerneffekt (dort vielfaches Berichtsverfassen im Rahmen der stationsärztlichen Berufssozialisation) einen Einfluß auf die Antragsdauer haben (was dort verneint wurde).

Jetzt geht es um die Frage, ob die Menge geschriebener Anträge (Antragserfahrung) die Antrags- und Berichtsarbeit eventuell routiniert, d.h. je mehr Antragsberichte ein Vertragspsychotherapeut geschrieben hat, desto weniger Zeit braucht er dafür.

Die Antragserfahrung ist im Fragebogen mit folgendem Item erfaßt: "Wieviele Langzeit-Erstanträge haben Sie insgesamt verfaßt" (v23). Die entsprechende Häufigkeitsverteilung wurde bereits oben (siehe Seite 38) ausgewiesen. Tabelle 32 zeigt die Kreuztabellierung der beiden Variablen "Anzahl v. Erstanträgen insgesamt" und "Erstantrag-Zeitaufwand".

Tabelle 32: Erstantrag-Zeitaufwand in Abhängigkeit zu Erstantrag-Anzahl insgesamt

			Erstantrags-Zeit			Gesamt
			< 2 h	2 - 4 h	> 4 h	
Anzahl v. Erstanträgen	< 10	Anzahl	2 5,0%	15 37,5%	23 57,5%	40 100,0%
	10 - 50	Anzahl	20 9,8%	63 30,9%	121 59,3%	204 100,0%
	50 - 100	Anzahl	10 6,4%	58 37,2%	88 56,4%	156 100,0%
	> 100	Anzahl	27 13,3%	88 43,3%	88 43,3%	203 100,0%
Gesamt		Anzahl	59 9,8%	224 37,1%	320 53,1%	603 100,0%

Nachfolgende Abbildung gibt einen prägnanten Überblick zur Frage eines Erfahrungsgewinns.

Abbildung 21: Erstantrags-Zeitaufwand in Abhängigkeit zu Erstantrags-Anzahl insgesamt

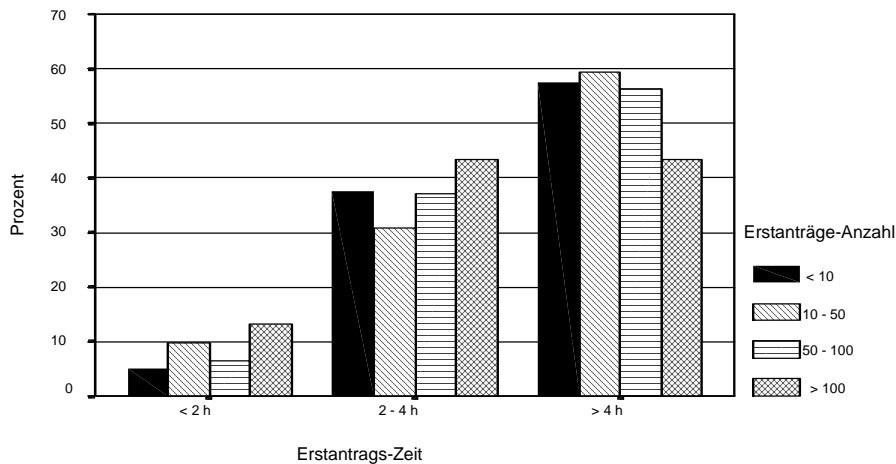


Abbildung 21 legt die Vermutung nahe, daß Übung und Erfahrung keinen Einfluß auf den Antrags-Zeitaufwand haben. Zu erwarten wäre, daß diejenigen Psychotherapeuten, die weniger Anträge (< 10 und 10-50) verfaßt haben, stärker in den Gruppen mit langer Antragszeit (> 4 h) vertreten wären. Das scheint aber nicht der Fall zu sein. Allenfalls diejenigen Vertragspsychotherapeuten, die mehr als 100 Anträge verfaßt haben, sind weniger in der "zeitintensiven" Gruppe „> 4 h“ und mehr in der "schnelleren" Gruppe „2 - 4 h“ vertreten.

- ➔ Die Gruppen "< 10 Anträge", "10-50 Anträge" und "50-100 Anträge" unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihres jeweiligen Zeitaufwands für den Erstantrag.
- ➔ Diejenigen Vertragspsychotherapeuten, die insgesamt mehr als 100 Erstanträge erstellt haben, sind diesbezüglich signifikant schneller als die Gruppe derjenigen Vertragspsychotherapeuten, die insgesamt 10-50 und 50-100 Anträge verfaßt haben.

Die Interpretation dieses Ergebnisses ist schwierig. Zunächst einmal ist festzustellen, daß systematische Übungseffekte, nämlich weniger Antragszeitaufwand mit zunehmender Antragsroutine, nicht bestehen. Egal ob ein Vertragspsychotherapeut einerseits weniger als 10 oder andererseits bis zu 100 Anträgen verfaßt hat, er benötigt den gleichen Antrags-Zeitaufwand.

Nur diejenigen Vertragspsychotherapeuten, die "mehr als 100 Anträge" verfaßt haben, unterscheiden sich hinsichtlich des Zeitaufwands signifikant von den anderen Gruppen, allerdings nicht von den Antragsanfängern mit weniger als 10 Anträgen.

Ob dieser "sprunghafte Zeitgewinn" bei der Gruppe mit über 100 Anträgen für die hier diskutierte Fragestellung "Zeitgewinn durch Antragsübung" bedeutsam ist, scheint zweifelhaft. Wenn ein echter Übungseffekt besteht, hätte er sich mindestens bei der Gruppe der "50-100" Anträge gegenüber den Vorgruppen, zumindest den Anfängern, schon abzeichnen müssen.

Vielleicht ist nicht die Menge der Antragsübung bedeutungsvoll, sondern die Grundeinstellung, die nach extrem vielen Anträgen (> 100) eine gewisse Nonchalance entwickeln läßt, so daß Anträge eher "abhakender Weise runtergespult" werden. Eventuell liegt hierin eine gewisse „berichtliche Unverbundenheit" mit "der Komplexität und den Tiefen des Falles", so daß sich hierin auch wieder eine Nähe zu den "naiven" Berufsanfängern ergibt.

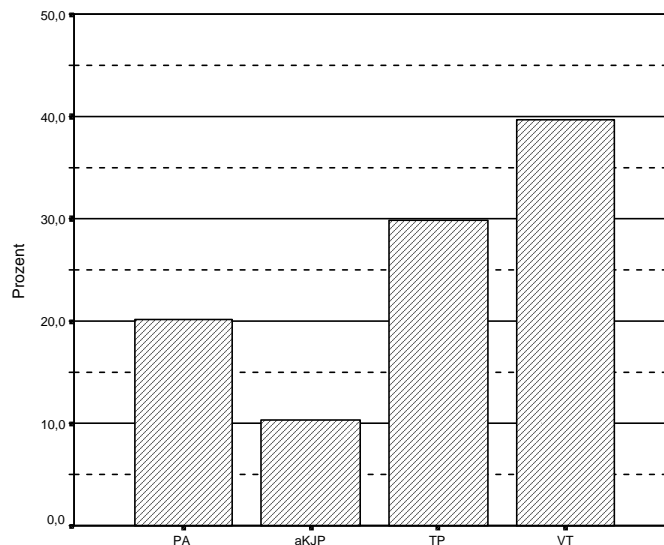
Analyse des Zeitvorteils der Gruppe mit "mehr als 100 Anträgen"

Um den Zeitvorteil der Gruppe mit "mehr als 100 Anträgen" noch etwas näher zu erklären, soll in Tabelle 33 ausgewiesen werden, wie sich diese Gruppe nach Therapierichtungen zusammensetzt. Abbildung 22 verdeutlicht die ansatzspezifische Verteilung der Vertragspsychotherapeuten mit "über 100 LZT-Antragserfahrung" grafisch.

Tabelle 33: "Mehr als 100 LZT-Erstanträge" je nach Therapiefachrichtung

	Häufigkeit	Prozent
PA	43	20,1
aKJP	22	10,3
TP	64	29,9
VT	85	39,7
Gesamt	214	100,0
Gesamt	214	100,0

Abbildung 22: "Mehr als 100 LZT-Erstanträge" (N=214) in Abhängigkeit von der Therapiefachrichtung



Es zeigt sich, daß die Gruppe mit einer Leistung von "über 100 LZT-Erstanträgen" zu 40 % von Verhaltenstherapeuten und zu 30 % von „Tiefenpsychologen“ gebildet wird. Das ist plausibel, denn einerseits sind diese Gruppen insgesamt auch zahlenmäßig stärker besetzt und andererseits haben die kurzen Therapieverfahren aufgrund des (etwa im Vergleich zur Psychoanalyse) kleinen Erstantragsbudgets sehr viel mehr Erstanträge zu schreiben.

Eventuell stellt sich gerade bei den Vertragspsychotherapeuten der kurzen Therapieverfahren durch die ständige Wiederholung und permanente Konfrontation (etwa bei jedem Patientenwechsel) mit dem Antragszwang eine gewisse "Antrags-Abhak-Mentalität" ein, mit der sie eher "mechanistisch" den Antrag abarbeiten und dadurch etwas schneller sind.

Es hat sich gezeigt, daß sich zwar ein beschleunigender "Sprung" bei den Vertragspsychotherapeuten mit "über 100 LZT-Erstanträgen" feststellen läßt, der hier auf eine Einstellungsänderung im Sinne einer "unverbundenen Nonchalance" zurückgeführt wird, daß sich aber eine sukzessive Antragsroutine mit zunehmender Erfahrung und Übung nicht einstellt. Würde tatsächlich ein Faktor "Übungsgewinn" existieren, wäre sein sukzessiv beschleunigender Einfluß in den Daten zu erwarten. Das ist nicht der Fall. Egal ob ein Vertragspsychotherapeut über äußerst wenig Antrags-Erfahrung (unter 10 Erstanträge) oder sehr viel -Erfahrung (bis 100 Anträge) verfügt, er benötigt den gleichen Zeitaufwand. Dies bestätigt die oben (siehe Seite 44) referierte Feststellung einer renommierten (psychologischen) Psychotherapeutin, die sowohl in einer Diskussion im Jahre 1992 "drei bis vier Stunden Arbeit" (Langlotz-Weis & Koppenhöfer-Lorenzen, 1992, S.73) als auch im Jahre 1998 für sich den exakt gleichen Antrags-Zeitaufwand angibt: *"Obwohl ich im Abfassen von Anträgen sehr routiniert bin, zudem als Lehrtherapeutin Ausbildungsteilnehmer anleite, Anträge zu erstellen, benötige ich selbst nach wie vor drei bis vier Stunden für eine Antragstellung"* (Koppenhöfer, 1998, S. 492).

Wenn sich also kein systematischer Routineerwerb durch mengenmäßige Übung einstellt, so muß dies etwas mit den Inhalten der angeforderten Leistung zu tun haben. Im folgenden Kapitel soll nun diese inhaltliche, qualitative Seite des Antragsaufwands untersucht und sich damit auseinandergesetzt werden, wie das Phänomen einer ausbleibenden Routine trotz erheblicher, anhaltender Übung erklärt werden könnte.

6.3 Zusammenfassung und Diskussion

Mit dieser Untersuchung liegen nun erstmalig repräsentative Zahlen zum Zeitaufwand der Vertragspsychotherapeuten für das Gutachterverfahren vor, an denen sich orientiert werden kann. Die vorgelegten Daten zum Zeitbedarf des Erstantrags bestätigen nicht nur die vereinzelt von Praktikerseite in die Diskussion eingebrachten Zeitangaben (vgl. Frey, 1992; Köhlke, 1992; Kommer ,1998; Koppenhöfer, 1998), sie gehen sogar darüber hinaus.

Demnach ist nun empirisch fundiert: Vertragspsychotherapeuten (mit langer PT-Kassenzulassung und großer LZT-Antragserfahrung) benötigen im Zusammenhang mit den obligaten Leistungen zur Durchführung des Gutachterverfahrens:

- ⇒ für den Erstantrag einen mittleren Zeitaufwand von 4-5 Stunden
- ⇒ für den Fortführungsantrag einen mittleren Zeitaufwand von 2-3 Stunden.

Dies ist die Regel, nicht die Ausnahme.

Im Zusammenhang mit Gutachterpostulaten von "maximal einer halben Stunde" (Linden, 1998, S. 495) ist darauf aufmerksam zu machen, daß mehr als 50 % der Vertragspsychotherapeuten "mehr als 4 Stunden" für den Erstantrag benötigen und demgegenüber nur 1,9 % "weniger als 1 Stunde".

Von diesem objektiven Zeitbedarf der Vertragspsychotherapeuten, den das Antrags- und Berichtsverfahren für eine gutachterliche Prüfung "nach Aktenlage" erfordert, ist bei zukünftigen gesundheitspolitischen Beratungen, EBM-Bewertungen und Kosten-Nutzen-Analysen auszugehen.

7 DER QUALITATIVE ANTRAGSAUFWAND (ANSTRENGUNG)

7.1 Erkenntnis- und Meinungsstand

Es konnte festgestellt werden, daß mit dem Gutachterverfahren ein erheblicher Zeitaufwand für die vertragspsychotherapeutische Praxis verbunden ist. Mit diesem quantitativen Zeitaufwand ist aber die Leistung der Vertragspsychotherapeuten zur Durchführung des Antrags- und Gutachterverfahrens noch nicht hinreichend erfaßt. Leistung definiert sich nicht nur durch die benötigte Zeit, sondern auch durch den mit einer Arbeit verbundenen Energieaufwand (Anstrengung). So macht es beispielsweise einen erheblichen Anstrengungsunterschied, ob etwa ein Bericht "nur" sorgfältig zu lesen oder selber zu entwerfen und zu formulieren ist.

Im folgenden soll sich mit dieser Anstrengung, also der mehr inhaltlichen, qualitativen Seite des Antragsaufwands auseinandergesetzt werden.

Die Bürde des Antrags- und Berichtswesens im Gutachterverfahren

Die Berichtserstellung im Gutachterverfahren erfordert einen sehr konzentrierten gedanklichen Prozeß. Ambulant niedergelassene Psychotherapeuten klagen z.T. nicht nur über den erheblichen Zeitbedarf, sondern auch über die qualitative Anstrengung ("Komplexität des Falles", Langlotz-Weis & Koppenhöfer-Lorenzen, 1992), die mit dem Erstellen von Erstantragsberichten verbunden ist.

Das im Gutachterverfahren erwartete Reflexions- und Begründungsniveau bedeutet in concreto für die meisten Praktiker eine geistig anspruchsvolle und anstrengende Leistung. Erwartet wird nämlich nicht nur die Aufbereitung und Darstellung relevanter Unterlagen und Daten, sondern darüberhinaus eine

abwägende, metaperspektivische Abstraktion und Integration:

„die verhaltensdiagnostischen Befunde auf einem der Komplexität der Störung angemessenem Abstraktionsniveau zu verdichten und zu einem Modell der Störung zusammenzufassen“
(Faber & Haarstrick, 1996, S. 76).

Diese Erwartung erfordert eine übergeordnete Fallbeurteilung und Würdigung, so daß zu fragen ist:

Ist der sog. Antragsbericht nicht eher ein "sachverständiges Gutachten"?

Es stellt sich hier die (honorarrechtlich relevante) Frage, ob die abverlangte Fallwürdigung des Praktikers im gutachterlichen Antragsverfahren tatsächlich noch als "Bericht" zu klassifizieren ist oder ob nicht der ausführliche Antrags-Bericht eigentlich ein „Gutachten“ und das zumeist 3-sätziges Ergebnis der Gutachter nicht eher ein „Prüf-Bericht“ ist und hier durch falsche Begrifflichkeit anspruchsvolle Leistungen der ambulanten Praxis herabgestuft und inadäquat bewertet werden (können). In dieselbe Richtung geht auch die gutachterlich vertretene Einstufung des Antragsberichts als "Kostenvoranschlag" und die Meinung, das Antragsverfahren mit Begutachtung würde „in ähnlicher Form beim Antrag auf Zahnersatz durchgeführt“ (Linden & Dankesreiter, 1996, S. 540).

Die im Gutachterverfahren vom Therapeuten geforderte übergeordnete Beurteilung funktionaler Zusammenhänge, die Ausarbeitung von Erklärungshypothesen aus „einer ätiologischen Betrachtungsweise mit Erläuterung der Gründe (causae) der Entstehung der neurotischen Erkrankung“ (Faber & Haarstrick, 1996, S. 63) und daraus entwickelter „übergeordneter Behandlungsstrategie“ stellt ein sachverständiges Begutachten, kein lineares Abfassen eines Berichts dar. Gerade in dem Gewichten und Würdigen der Einzelinformationen, Befunde und Sachverhalte sowie deren Abstrahierung in einem "übergeordneten" Zusammenhangs- und Störungsmodell sind Leistungsmerkmale abgefordert, die typischerweise das "eher beurteilende Gutachten" von dem "eher beschreibenden Bericht" unterscheiden, wobei hier semantische Überschneidungen selbstverständlich sind.

Die Forderung, Leistungsmerkmale adäquat zu erfassen und in Leistungsbegriffen richtig zu beschreiben, findet ihre unmittelbare Relevanz in honorarspezifischen Bewertungsmaßstäben (wie etwa dem EBM).

Schwieriger Transfer: Von komplexen Fallformationen zu prägnanter Schriftsprache

Es ließ sich empirisch begründen (siehe oben Seite 45), daß der Erstantrags-Zeitaufwand von "mehr als 4 Stunden" nicht etwa auf mangelnde Übung einzelner Praktiker zurückzuführen, sondern "die Norm" ist. Sogar die Mehrzahl sehr erfahrener Praktiker, mit 50-100 verfaßter Antragsberichte, benötigen "mehr als vier Stunden" - und damit interessanterweise genauso viel Zeit wie "Berichts-Anfänger", die bisher "weniger als 10 Antragsberichte" erstellt haben (siehe oben 51). Wie ist dieses Phänomen zu erklären?

Der Verfasser vermutet (vgl. Köhlke, 1998a), daß diese mangelnde Routinierung mit dem prozeßhaft dynamischen "Verstehen" im Psychotherapiebereich zusammenhängt:

Der therapeutische Erkenntnisgewinn vollzieht sich in einem sehr komplexen, rationalen und emotionalen Konzentrationsvorgang, der von intellektuell-subtilen und empathischen Fähigkeiten des Therapeuten bestimmt ist. Nur zu einem geringeren Teil bezieht er seine Erkenntnisse aus leicht wiedergebbaren, „harten“ Daten und Fakten. Vielmehr sind es die vielfältigen Eindrücke, „sensiblen Abtastvorgänge, heuristischen Verstehensprozesse“, die in der therapeutischen Beziehungsannäherung auf „Fühl-Nähe“ den Therapeuten schrittweise mosaikhaft zu einem ganzheitlichen Bild des Patienten und des Störungszusammenhanges kommen lassen. Dieses „ganzheitliche Bild“ ist mehrdimensional, vielfältig

und vielfarbig, mit Vorder- und Hintergründen, Kohärenzen und Ambivalenzen etc., so daß seine Komplexität nur in einem emotiv-kognitiven Verdichtungsprozeß erfaßt und „gespeichert“ werden kann (vgl. Köhlke, 1992b).

Dieses prozeßhaft entwickelte Fallverstehen an andere weiterzuvermitteln, fällt schon in „mündlicher“ Sprache äußerst schwer und setzt ein eloquentes Spielen auf der Klaviatur verbaler und nonverbaler Kommunikation voraus. Der noch weit schwierigere Transfer in die gutachterlich geforderte Schriftsprache bedeutet eine Decodierung „analoger“ Informationen in „digitale“ Übertragungseinheiten, was manchmal so schwierig sein kann, wie jemandem eine ihm unbekannte Melodie beschreiben zu wollen.

In der grundsätzlichen Codierungsschwierigkeit der „Bildübertragung“ („der Gutachter erwartet, sich ein Bild vom konkreten Fall machen zu können“) könnte denn auch eine der Hauptbelastungen des Antragsaufwands liegen.

Diese Bürde der Einzelfallvermittlung tritt mit jedem neuen Antrag neu auf, denn die der Störung unterlegte Komplexität von personalen, situationalen, sozialen etc. Kontextvariablen ist immer wieder grundsätzlich anders und erlaubt weder eine Antrags- noch eine Therapiestandardisierung (vgl. Köhlke, 1997; vgl. auch Zarbock, 1996).

Vermutlich sind es solche komplizierten Gründe, die einem „schlanken“, zügig abzuarbeitenden „Herunterformulieren“ entgegenstehen, so daß das Berichtswesen im Gutachterverfahren eine sowohl zeitlich aufwendige als auch konzentrativ sehr anstrengende Anforderung darstellt.

7.2 Empirischer Teil

Die empirische Untersuchung dieses Kapitels gliedert sich in

- Untersuchung zum qualitativen Antragsaufwand: Aussagen zur Anstrengung,
- Differentielle Analyse der Aussagen zur Anstrengung.

Untersuchung zur qualitativen Anstrengung

Der qualitative Antragsaufwand (Anstrengung) wurde im Fragebogen mit zwei Einschätzungsitems zu erfassen gesucht: Eine Aussage bezieht sich mehr allgemein auf die eingeschätzte Bürde des Antrageschreibens ("eher eine Qual"), die zweite Aussage ist spezifischer und prüft eine Hypothese, warum die Antragstellung so anstrengend sein könnte ("Problem der Verschriftsprachlichung komplexer Fallzusammenhänge").

Einschätzung der "Berichtsqual"

Im Rahmen der Entwicklung des Fragebogens erwies es sich als schwierig, Items zu finden, die den qualitativen Aufwand der Antragstellung beinhalten. Die aufgewendete Arbeitszeit ist relativ einfach zu erfassen, aber welchen Krafteinsatz erfordert sie? Ist es eine schwere Arbeit? Ist es eine schöne Arbeit? Macht man sie gerne? Macht sie zufrieden? Ist sie vielleicht anstrengend, aber dennoch motivierend? Oder wird diese spezifische Arbeit als Belastung empfunden? Als wiederkehrende Frustration? Als Joch, das man „ohnmächtig“ zu tragen hat?

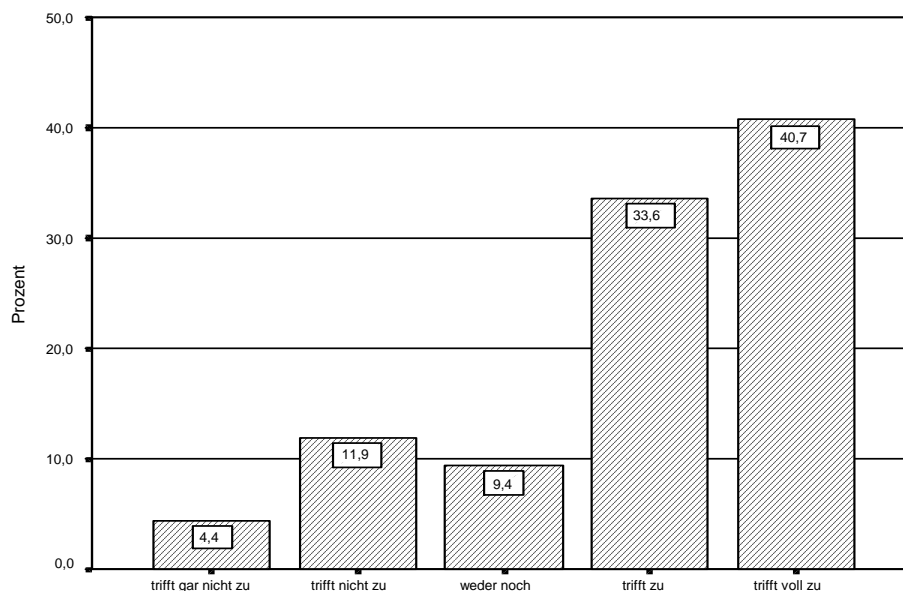
Da aus den verschiedenen Vorgesprächen mit Vertragspsychotherapeuten klar hervorging, daß das Erstellen von Antragsberichten überwiegend nicht nur nicht als positiv, sondern als wiederkehrender Verdruß erlebt wird, wurde das Item von vornherein mit dieser negativen Konnotation ausgestattet, so daß eindeutige Aussage-Zustimmungs- bzw. Ablehnungskonturen zu erwarten waren.

Die im Fragebogen verwendete Formulierung lautete:

*Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:*

"Antragsberichte zu erstellen, ist für mich eher 'eine Qual' "

Abbildung 23: "Antragsqual" (N=631)



Fast 75 % der Vertragspsychotherapeuten stimmen der Aussage zu, "Antragsberichte zu erstellen, ist für mich eher 'eine Qual' ". Demgegenüber stimmen dieser Aussage insgesamt nur ca. 15 % nicht zu. In der Abstufungsmöglichkeit der Zustimmung bzw. Ablehnung finden sich mit 40,7 % die meisten Voten bei der maximalen Zustimmung (++), während mit 4,4 % die wenigsten Voten bei der maximalen Ablehnung (--) dieser Aussage festzustellen sind.

Diese Negativbewertung des Erstellens von Antragsberichten für das Gutachterverfahren war in dieser Deutlichkeit nicht erwartet worden. Allenfalls "im eigenen Lager" war eine zumeist kritische, aber nicht klare, eindeutige Haltung zum Antragsverfahren auszumachen. Daß nun 75 % der Vertragspsychotherapeuten der Aussage zustimmen, dieses Verfahren eher als eine Qual zu empfinden, bringt sehr deutlich zum Ausdruck, welche Bürde das Gutachterverfahren für die ambulante Praxis bedeutet. In dieser negativen Einschätzung des qualitativen Berichtsaufwands ist ein Kern der anhaltenden Diskussion (vgl. Dahm, 1996) zu entdecken. Die starke Zustimmung einer Charakterisierung der Antragstellung im Gutachterverfahren als "Qual" weist diesbezüglich auf Mißmotivation, Widerstand und Ablehnung seitens der psychotherapeutischen Praxis hin.

Einschätzung der Schwierigkeit, komplexe Fallzusammenhänge zu verschriftsprachlichen

Der qualitative Aufwand der Antragstellung ist noch nicht hinreichend mit einer allgemeinen Zuschreibung als "Qual" erfaßt. Als Qual kann das Antragsverfahren aus verschiedensten Gründen empfunden werden. Mit der folgenden Aussage sollte nun differenzierter ein Aspekt der Berichts-Anstrengung überprüft werden: Die "Verschriftsprachlichung" des komplexen psychologischen Fallzusammenhangs.

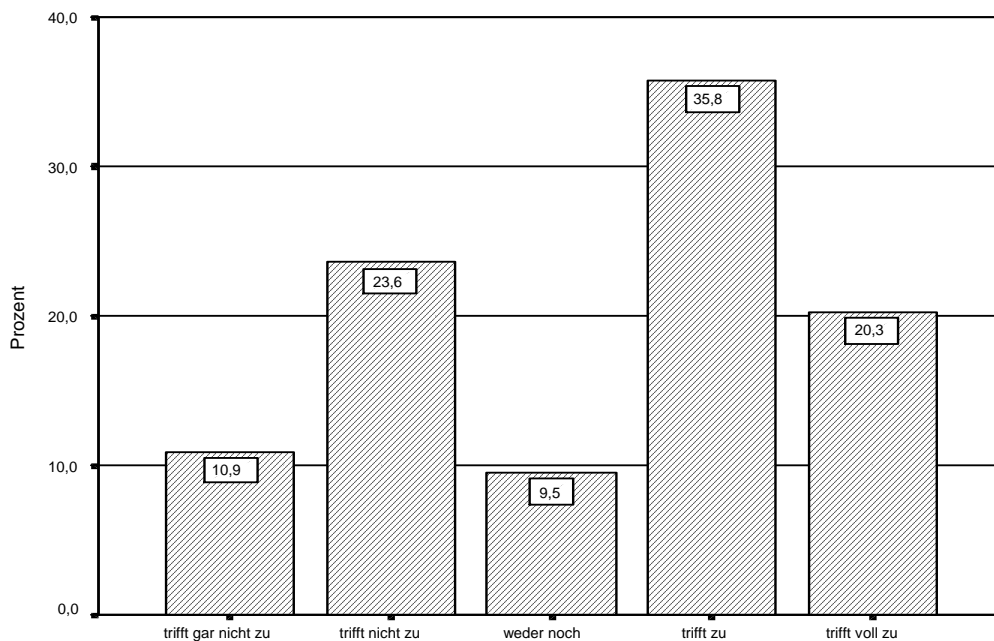
Die im Fragebogen verwendete Formulierung lautete:

Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.

Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:

" Die komplexen Zusammenhänge eines Falles sind schwer in begrenzter Schriftform auszudrücken "

Abbildung 24: Verschriftsprachlichung der Fallkomplexität (N=632)



Mehr als die Hälfte (56,1 %) der Vertragspsychotherapeuten stimmt der Aussage zu, daß die komplexen Fallzusammenhänge nur "schwer in begrenzter Schriftform auszudrücken" sind. Demgegenüber stimmt etwa ein Drittel (34,5 %) dieser Aussage nicht zu.

Anders als das zuvor erörterte Item "Antragsqual", das eher allgemein die "Frustration" des Berichtserstellens erfaßt hat, zielt dieses Item nun auf die Spezifizierung des inhaltlichen Berichtsaufwands ab. Dementspre-

chend soll diese Aussage eine Erklärungsmöglichkeit für das Schwertun bei der Berichtserstellung erfassen. Aufgrund dieser Spezifität des Items ist eine Zustimmung von über 50 % erheblich und drückt aus, daß die Mehrzahl der Vertragspsychotherapeuten die Verschriftsprachlichung der individuellen Einzelfallkomplexität schwierig und anstrengend empfindet. Immerhin sagt aber auch ein Drittel der Vertragspsychotherapeuten, daß es dieser Aussage nicht zustimmen kann. Insofern ist es nun interessant zu untersuchen, wer diesen Aussagen zur "Antragsqual" und "schwieriger Verschriftsprachlichung" zugestimmt beziehungsweise nicht zugestimmt hat.

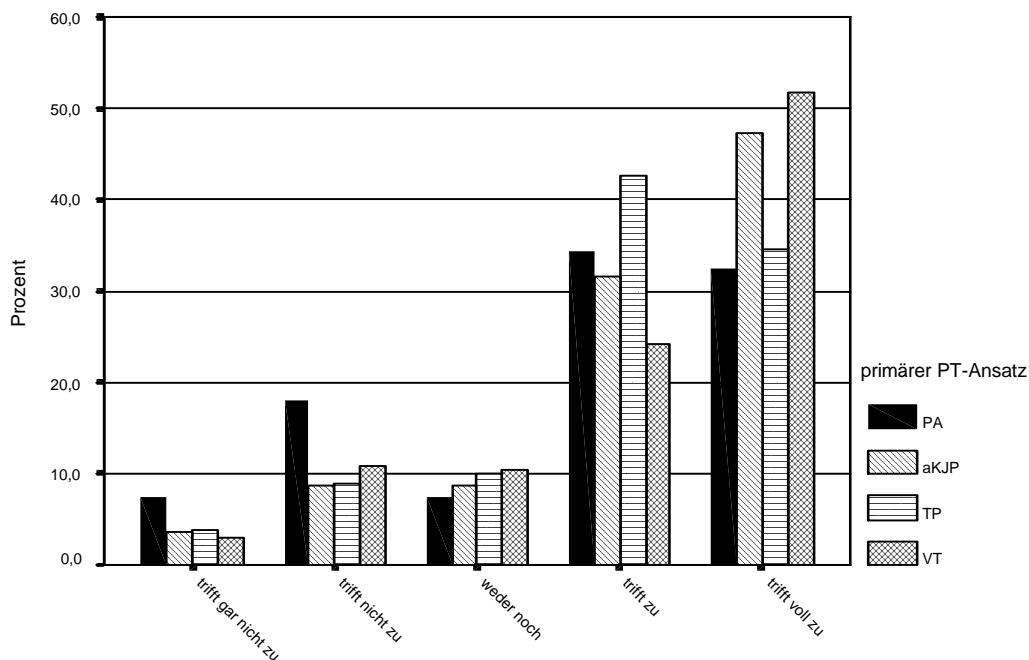
Differentielle Analyse der Aussagen zur Anstrengung

Im folgenden sollen die beiden Aussagen zur Anstrengung unter gruppenspezifischen Aspekten näher untersucht werden.

Einschätzung der "Berichtsqual" in Abhängigkeit von der Therapierichtung

Es ist zu untersuchen, ob die unterschiedlichen Psychotherapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) der Aussage, "Antragsberichte zu erstellen, ist für mich eher eine Qual", auch unterschiedlich zustimmen. Nachfolgende Abbildung 25 gibt diesbezüglich eine Übersicht.

Abbildung 25: "Antragsqual" in Abhängigkeit zum Therapieansatz (N=631)
"Antragsberichte zu erstellen, ist für mich eher 'eine Qual' "



Hier zeigt sich, daß alle Therapierichtungen die Berichterstellung eher als "qualvoll" erleben. Zustimmung findet die Aussage "Antragsqual" bei insgesamt ca. 75 % der Verhaltenstherapeuten, ca. 77 % der Tiefenpsychologen, 79 % der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und etwas weniger nämlich 67 % bei den Psychoanalytikern. Dazu passend erleben die Erstellung von Antragsberichten "nicht als Qual" immerhin 25 % der Psychoanalytiker im Gegensatz zu ca. 13 % der anderen Therapierichtungen.

- ➔ Verhaltenstherapeuten stimmen der Aussage, "Antragsberichte zu erstellen, ist für mich eher 'eine Qual' " signifikant häufiger zu als Psychoanalytiker.

Einschätzung der "Verschriftlichungsschwierigkeit" in Abhängigkeit von der Therapierichtung

Hier soll nun untersucht werden, ob die unterschiedlichen Psychotherapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) der Aussage, "Die komplexen Zusammenhänge eines Falles sind schwer in begrenzter Schriftform auszudrücken" unterschiedlich zustimmen. Nachfolgende Abbildung 26 gibt einen Überblick.

Abbildung 26: Verschriftlichung der Fallkomplexität (N=632)

"Die komplexen Zusammenhänge eines Falles sind schwer in begrenzter Schriftform auszudrücken"

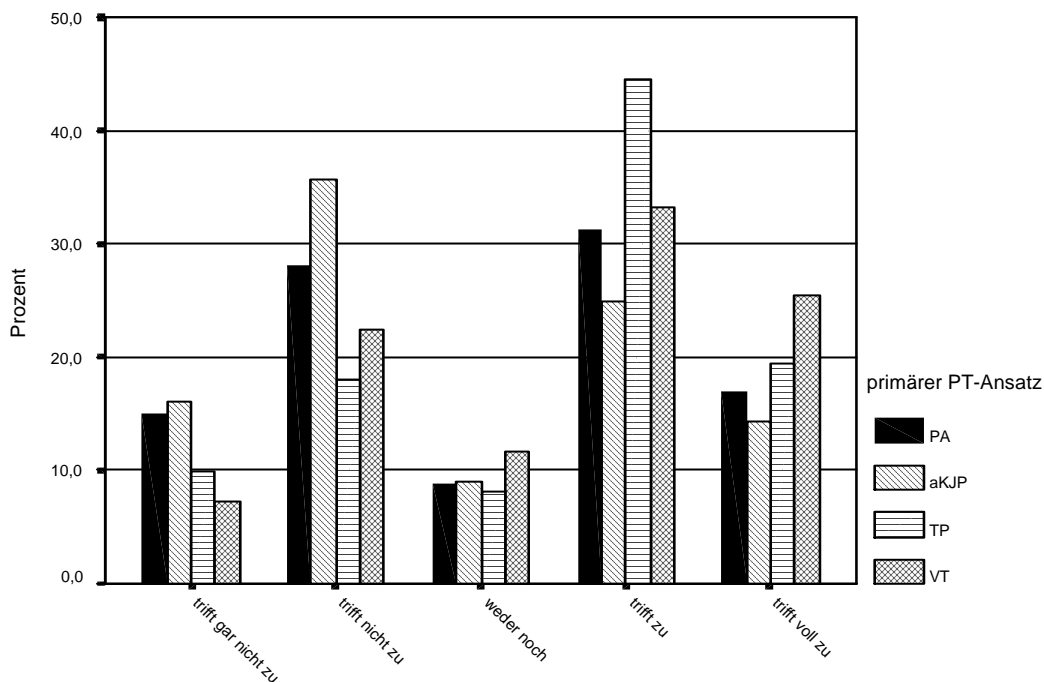


Abbildung 26 läßt erkennen, daß hier Unterschiede zwischen den Gruppen ausgeprägter hervortreten als bei der vorangegangenen Frage zur "Antragsqual". Verhaltenstherapeuten und "Tiefenpsychologen" stimmen der Aussage bezüglich Schwierigkeit der Verschriftlichung wegen Einzelfallkomplexität mehr zu als die beiden anderen Therapiegruppen (PA und aKJP). Ca. 60 % der Verhaltenstherapeuten und ca. 65 % der "Tiefenpsychologen" stimmen dieser Aussage zu, aber "nur" ca. 40 % der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 48 % der Psychoanalytiker. Besonders auffällig wird dieser Unterschied auch auf der Aussage-Ablehnungsseite. Während insgesamt mehr als die Hälfte (51,8 %) der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diese Aussage zur Verschriftlichungsschwierigkeit ablehnen (Psychoanalytiker ca. 44 %), lehnen demgegenüber nur ca. 30 % der "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten diese Aussage ab.

➔ "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten stimmen der Aussage:
"Die komplexen Zusammenhänge eines Falles sind schwer in begrenzter Schriftform auszudrücken"
 signifikant häufiger zu als Psychoanalytiker u. analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Dieses Ergebnis deutet daraufhin, daß die analytischen Psychotherapeuten ihre Antragsberichte anders erstellen als ihre tiefenpsychologisch fundierten und verhaltenstherapeutischen Kollegen. Besonders interessant ist, daß gerade die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die einerseits einen signifikant höheren quantitativen Antragsaufwand ausweisen als die anderen drei Gruppen (siehe oben Seite 48), also mehr Zeit für die Berichterstellung benötigen, hier nun andererseits weniger als "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten der angebotenen Erklärung zustimmen, die Fallkomplexität sei nur schwer zu verschriftlichen.

7.3 Zusammenfassung und Diskussion

Der festgestellte erhebliche Zeiteinsatz für das Erstellen von Antragsberichten im Gutachterverfahren charakterisiert noch nicht ausreichend den Aufwand, der für die Vertragspsychotherapie mit dem Berichtsverfassen verbunden ist. Auch die qualitative Seite (Anstrengung) dieser Antragsarbeiten im Gutachterverfahren wurde erfaßt.

So stimmten 75 % der Vertragspsychotherapeuten der Aussage zu, "Antragsberichte zu erstellen ist für mich eher eine 'Qual' ". Verhaltenstherapeuten bejahen diese Aussage signifikant häufiger als Psychoanalytiker .

Eine Erklärung dieser "Qual" wurde mit der Aussage gesucht: "Die komplexen Zusammenhänge eines Falles sind schwer in begrenzter Schriftform auszudrücken". Diese recht spezifische Aussage stimmten über 50 % der Vertragspsychotherapeuten zu, während ca. 35 % sie als nicht zutreffend beurteilten. Im Gruppenvergleich stimmen "Tiefenpsychologen" mit 65 % und Verhaltenstherapeuten mit 60 % dieser Aussage signifikant mehr zu als Psychoanalytiker (48 %) und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (40 %).

Damit hat auch die von Vertragspsychotherapeuten beklagte Anstrengung des Berichtsverfassens eine empirische Basis. Nicht nur die Zeit von 4-5 Stunden für Erstanträge ist erheblich, sie wird von der ganz überwiegenden Mehrheit der Vertragspsychotherapeuten auch noch als "qualvoll" empfunden. Die qualitative Anforderung, die mit dem Erstellen von Antragsberichten verbunden ist, lassen diese Leistung als Sachverständigentätigkeit bewerten.

Daß die Verhaltenstherapeuten unter der Antragsbürde mehr leiden und sich bei beiden Fragen signifikant von den Psychoanalytikern unterscheiden, hängt sicher zum einen damit zusammen, daß sie wegen der kurzen Sitzungsumfänge erheblich mehr "qualvolle" Anträge zu fertigen haben. Diesbezügliche Gespräche des Verfassers mit Psychoanalytikern deuten aber auch daraufhin, daß die Berichtserstellung bei Verhaltenstherapeuten deshalb anstrengender sein könnte, weil sie die Bedingungsanalyse und das Störungsmodell eher auf einem abstrakten Niveau zu komprimieren suchen, während Psychoanalytiker um "möglichst plastische Schilderung" bemüht sind, in der die unmittelbaren Wahrnehmungen und Empfindungen wiedergegeben werden. Diese Abstraktionsleistung der Verhaltenstherapeuten könnte noch anstrengender sein als die emotionale Ausdruckssuche bei den Analytikern.

8 ABLEHNUNGEN UND NACHBESSERUNGS AUFLAGEN

8.1 Erkenntnis- und Meinungsstand

Gelangt der Gutachter zu der Beurteilung, daß die eingereichten Antragsunterlagen nicht oder nicht ausreichend die Prüfkriterien der Psychotherapie-Richtlinien und -Vereinbarung erfüllen, gibt er eine nichtbefürwortende Stellungnahme zur beantragten Psychotherapie ab (sog. Ablehnung) oder ordnet Änderungen an bzw. fordert Ergänzungen und Nachbearbeitungen der eingereichten Antragsunterlagen (sog. Nachbesserung).

Im folgenden werden die Termini "gutachterliche Ablehnungen", "Gutachter-Ablehnungsstatistik", "Ablehnungsgründe" etc. verwendet, obwohl dies nicht ganz korrekt ist, denn Gutachter können Psychotherapie-Anträge weder bewilligen noch ablehnen. Dies ist lediglich den Kassen vorbehalten. Gutachter können einen Antrag nach Prüfung befürworten oder nicht befürworten. Den Kassen ist es dann überlassen, wie sie diese Stellungnahme verwerten. Aber da die Kassen ihre ablehnende oder bewilligende Entscheidung über einen Antrag auf Kostenübernahme einer Psychotherapie in der Regel von der gutachterlichen Stellungnahme abhängig machen, hat die Gutachterentscheidung letztendlich eine unmittelbare Wirkung. Wohl aus diesem Grund hat es sich eingebürgert (auch in der offiziellen Lesart etwa der KBV-Statistiken), eine nichtbefürwortende gutachterliche Stellungnahme als "Ablehnung" zu bezeichnen. Um hier keine Verkomplizierungen durch eine übertrieben exakte Begrifflichkeit zu bewirken, wurde dieser Sprachgebrauch übernommen.

Entscheidungsmacht der Gutachter und deren Kontrolle

Das PT-Gutachterverfahren als Instrument externer Qualitätskontrolle stellt für die vertragspsychotherapeutische Praxis, einerseits wegen des obligatorischen Zwangs zu einem erheblichen Antrags-Berichts-Aufwand, andererseits auch wegen seiner hierarchischen Machteinräumung für Gutachter, einschneidende Ablehnungs- und Nachbesserungsentscheidungen fällen zu können, einen deutlichen "Eingriff" in die freiberufliche Autonomie dar.

De facto bedeutet das Gutachterverfahren, daß sich die vertragsärztliche Psychotherapiepraxis vor Behandlungsantritt grundsätzlich einer externen Kontrolle zu unterziehen hat, die mit zensurierender Definitionsmacht und urteilender Sanktionsmacht ausgestattet ist.

Da einerseits das Ausmaß gutachterlicher Entscheidungen erheblich und andererseits deren Ermessens- und Beurteilungsspielraum gerade im komplexen Psychotherapiebereich äußerst schwer einzugrenzen sind, sind hohe Anforderungen zu stellen an:

- (a) Geeignetheit der Gutachter,
- (b) Transparenz und Überprüfbarkeit gutachterlicher Entscheidungen und
- (c) formal-juristische Anfechtbarkeit.

Berufung und Abberufung von Gutachtern

Fachliche Eignung

Nach § 12 (3) der Psychotherapie-Vereinbarung bestellt die KBV *"im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die in dem Verfahren tätigen Gutachter getrennt für die psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren und für die Verhaltenstherapie jeweils für die Dauer von fünf Jahren"*.

Die fachlichen Qualifikationsanforderungen an Gutachter ergeben sich aus FIII.3. der Psychotherapie-Richtlinien.

Grundsätzlich können Ärzte, jetzt auch approbierte Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Gutachter sein. Sie müssen über eine abgeschlossene Weiter- oder Ausbildung verfügen, danach mindestens fünf Jahre praktisch tätig gewesen sein, eine mindestens fünfjährige und noch gegenwärtige Tätigkeit als Supervisor und Dozent an einem anerkannten Institut nachweisen und eine mindestens dreijährige Teilnahme an der ambulanten Versorgung auf ihrem jeweiligen Fachgebiet vorweisen können und dürfen zu Beginn der Gutachter-tätigkeit nicht älter als 55 Jahre sein.

Es ist zu begrüßen, daß diese vormals informellen KBV-Auswahlkriterien nunmehr durch Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinien einen rechtsverbindlichen Charakter erhalten haben.

Nicht so erfreulich ist dagegen, daß nach wie vor nicht gewährleistet ist, daß die Gutachter in Verhaltenstherapie eine höhere oder zumindest gleichwertige Ausbildung haben wie die berichtsverfassenden Verhaltenstherapie-Praktiker.

Eine mögliche Qualifikationsschieflage zwischen "Gutachtern und Begutachteten" im Verhaltenstherapiebereich ergab sich schon aus den alten PT-Richtlinien und wird in den neuen Richtlinien fortgesetzt. Während bei ärztlichen VT-Gutachtern eine abgeschlossene "Weiterbildung" in Verhaltenstherapie (= Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen) als fachspezifische Qualifikation genügen soll, wurde und wird von psychologischen VT-Psychotherapeuten eine abgeschlossene "VT-Ausbildung" (= mindestens dreijährig, ganztägig, institutsgebunden) oder jetzt entsprechend der umfangreiche "Fachkundenachweis" gemäß § 95 c SGB V gefordert. Damit sind die Anforderungen für ärztliche VT-Gutachter und psychologische VT-Psychotherapeuten unterschiedlich hoch. Diese strukturqualitative Schwäche des Gutachterverfahrens im Bereich Verhaltenstherapie bleibt ohnehin bis auf weiteres erhalten, denn gemäß FIII.4. der Psychotherapie-Richtlinien können die bis dato tätigen Gutachter "unberührt" von den neuen Voraussetzungen weiterhin tätig bleiben.

Diese Regelung einer minderen Qualifikationsanforderung für ärztliche VT-Gutachter muß angesichts enormer Diversifizierung und wissenschaftlicher Fortschritte auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie (vgl. Fiedler, 1997) befremdlich erscheinen. Es ist nachzusehen, daß das VT-Gutachterverfahren erst mit Einführung der Verhaltenstherapie in die kasernenärztliche Versorgung 1980 und Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinien 1987 aus einer Übergangssituation entstanden war. Aus dieser Sicht hat es als Kompromißlösung fungiert. Aber mit der starken Zunahme klinisch-psychologischer Forschung im Verhaltenstherapiebereich und neuentwickelter ausbildbarer verhaltenstherapeutischer Spezialkenntnisse (Baumann, 1996; Comer, 1996; Hahlweg & Ehlers, 1996; Margraf, 1996; Reinecker, 1994; mit weiteren vielzähligen Nachweisen) könnte es bei einzelnen Gutachtern zu problematischen qualitativen Kompetenzkonflikten mit erfahrenen Praktikern und Supervisoren kommen, wenn die Qualifikationsvoraussetzungen und Eignungskriterien nicht zumindest gleichwertig oder gutachterlicherseits eher noch höherwertig angesetzt sind.

Persönliche Eignung

Über diese fachliche Qualifikation hinaus, ist aber auch eine persönliche Eignung zum Gutachter notwendig.

Es wurde aufgezeigt, daß der Gutachter über eine erhebliche Definitions- und Sanktionsmacht verfügt, mit der es fürsorglich umzugehen heißt. Betroffen von negativen gutachterlichen Entscheidungen ist nicht nur der Patient, der zumeist schon dringlich auf

den Beginn seiner beantragten psychotherapeutischen Behandlung wartet und diese ihm nun möglicherweise abgelehnt wird, sondern gerade auch der berichtstellende Psychotherapeut. Machtdemonstrierende oder unsensibel formulierte gutachterliche Ablehnungen können für ihn nicht nur Kränkungen bedeuten, sondern gerade wegen des massiven Antragsaufwands durchaus Motivationskrisen und dauerhafte Widerstände auslösen. Von daher ist jegliches gutachterliche Machtgebaren und eventuell anmaßende Bevormunden unbedingt zu vermeiden. Trotz des nun rechtsverbindlichen Maßstabes bei der Gutachterausswahl wird es dennoch vereinzelt Gutachter geben, die immer wieder in Konflikt und Streit mit den berichtsverfassenden Praktikern geraten.

Aber wo und wie findet hier Qualitätskontrolle hinsichtlich der persönlichen Eignung der Gutachter statt? Was passiert etwa, wenn sich ein Gutachter als tatsächlich ungeeignet für dieses Amt erweist? Wenn seine Entscheidungen immer wieder Anstoß erregen und eventuell als willkürlich und eitel empfunden werden?

Hier ist keinerlei Instanzenweg etwa im Sinne einer Dienstaufsichtsbeschwerde mit der Möglichkeit einer Abberufung oder ähnliches vorgesehen. Selbst wenn sich in einem umständlichen Obergutachterverfahren oder sogar durch sozialgerichtliches Urteil herausstellen sollte, daß die Einwände des Gutachters unkorrekt, fachlich falsch, überzogen oder sogar willkürlich waren und erheblichen unnötigen Zusatzaufwand gekostet haben, hat dies keine ersichtlichen Konsequenzen für den Gutachter. Die immense Unruhe, die problematische Wartezeit bzw. Therapieunterbrechung und der frustrane Arbeits-, Kosten und Zeiteinsatz, den der Gutachter in einem solchen Fall überflüssigerweise anderen zugemutet hat, bleibt unsanktioniert.

Allenfalls Obergutachter haben einen kleinen Überblick über häufigen Ärger bei speziellen Gutachtern, der aber (laut Auskunft der KBV) nicht weitergegeben wird. Für die Vertragspsychotherapeuten können hiermit wiederholte Erfahrungen von Ohnmacht und Hilflosigkeit verbunden sein, so daß deren eigene Psychohygiene durch chronisch ungeeignete Gutachter beschädigt werden kann. Dies gilt für die sehr viel häufigeren Antragstellungen bei den kurzen Therapieverfahren wie Verhaltenstherapie und deren jeweils äußerst kurze Bewilligungsabschnitte in besonderem Maße.

Transparenz und Überprüfbarkeit gutachterlicher Entscheidungen

Anders als ein positives Gutachtervotum entfalten negative gutachterliche Entscheidungen eine erhebliche Wirkung. Sie haben rechtsverbindliche und kommunikative Außenwirkung. Von daher sind sie sachlich ausgewogen, stichhaltig und ausreichend zu begründen, so daß sie aus einer objektiven Werte nachvollzogen und eventuell als hilfreiche Korrektur verstanden werden können. Zu wenig hergeleitete, zu knapp begründete und eventuell lakonisch abgesetzte Negativentscheidungen erfüllen weder das Kriterium der notwendigen Nachprüfbarkeit noch das einer hinreichenden Plausibilität. Solche "Gutachten" sollten ggf. direkt vom Psychotherapeuten "zur sachlichen Verdichtung" oder durch Anrufen eines Obergutachters zurückgewiesen werden.

Anfechtbarkeit gutachterlicher Entscheidungen

Gutachterliche Entscheidungen stehen nicht in einem rechtsfreien Raum. Sie sind primäre Grundlage der Krankenkasse zur Bewilligung oder Versagung eines Leistungsanspruches ihres Mitgliedes. Aus rechtsstaatlichen Gründen müssen solche Entscheidungen grundsätzlich anfechtbar, kontrollierbar und ggf. aufhebbar sein. Dementsprechend muß dem Patienten der Rechtsweg offenstehen. Gegen das Versagen eines Leistungsanspruches auf Psychotherapie durch die Krankenkasse aufgrund eines gutachterlichen Negativvotums hat der Patient abgestufte Anfechtungsmittel zur Verfügung:

- Einspruchsverfahren mit Beantragung eines Obergutachtens
- Widerspruchsverfahren mit Einlegung eines fristgerechten Widerspruchs und Widerspruchsbescheid
- Klage vor dem zuständigen Sozialgericht.

Obergutachterverfahren

Negative gutachterliche Entscheidungen, die zur Ablehnung eines Psychotherapieantrages führen, können vom Patienten mit Einspruch und Beantragung eines Obergutachterverfahrens angefochten werden. In § 12 und 13 der Psychotherapievereinbarungen ist das Obergutachterverfahren geregelt:

- § 12 (10): Die Kassenärztliche Bundesvereinigung benennt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen Obergutachter.
- § 12 (11): Dem Obergutachter sind alle bisherigen Unterlagen des Verfahrens zur Verfügung zu stellen.

- § 13 (3): Verneint die Krankenkasse ihre Leistungspflicht, teilt sie dies dem Versicherten mit.
- § 13 (4): Bei Einspruch (des Versicherten) gegen die Ablehnung einer Therapie im Gutachterverfahren kann die Vertragskasse ein Obergutachten einholen.

Nach Faber & Haarstrick (1996) stellt der Psychotherapeut "eine fachliche Begründung des Einspruchs zur Verfügung. Die im Gutachten enthaltenen Gründe für die Ablehnung einer Kostenübernahme sind in der Einspruchsbegründung besonders zu berücksichtigen" (S. 73).

Auch in der Ausgestaltung des Obergutachterverfahrens behält dieses Prüfverfahren seine grundsätzliche hierarchische Tendenz: So muß nicht etwa der Gutachter bei einem Einspruch (ausführlicher) legitimieren, warum er den Antrag abgelehnt hat. Die "Beweislast" liegt umgekehrt: Der Psychotherapeut muß den Einspruch (des Versicherten) begründen, indem er "besonders" ausführt, warum die Ablehnung nicht und die beantragte Psychotherapie doch gerechtfertigt ist. (De facto heißt dies bei der derzeitigen Einrichtung des Gutachterverfahrens als reines Schriftverfahren: Der Gutachter schreibt zwei ablehnende Sätze, der Psychotherapeut eine ausführliche Einspruchs-Stellungnahme.)

Der von der KBV bestellte und von der Kasse beauftragte Obergutachter sichtet und würdigt den bisherigen Begutachtungsvorgang, die ablehnende Stellungnahme des Gutachters und das spezifische "Einspruchsschreiben des Therapeuten, das sich mit den Bedenken des Gutachters substantiell auseinandersetzt" (S. 92).

Gutachten-, Ablehnungs- und Nachbesserungsstatistik der KBV

Eine Übersicht zum Entscheidungsverhalten der Gutachter und Obergutachter erlauben die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jährlich erhobenen "statistischen Daten". Die von der KBV dem Verfasser freundlicherweise¹ zur Verfügung gestellten Schreiben ("An alle Gutachter") für die Jahrgänge 1995, 1996 und 1997 wurden hier zur tabellarischen Übersicht in der Tabelle 34 zusammengestellt.

¹ Herrn Dr. Dahm, KBV, Dezernat 2: Versorgungsqualität und Sicherstellung, wird für seine Unterstützung durch Weitergabe der entsprechenden Zahlenangaben auch hier besonders gedankt.

Tabelle 34: Statistik zum Gutachterverfahren der Jahre 1995-1997 (nach Zahlenangaben der KBV)
Angaben zu Begutachtungen, Ablehnungs- und Nachbesserungsquoten sowie zum Obergutachterverfahren

	1995		1996		1997	
	PA/TP	VT	PA/TP	VT	PA/TP	VT
Anzahl der Gutachter	60	25	50	22	55	23
davon Rückmeldungen	44	18	48	15	44	21
davon						
Anzahl der Gutachten	46.829	19.118	57.673	16.673	51.874	27.946
Varianz der Anzahl von Gutachten pro Gutachter	138 - 3.023	205 - 1.811	129 - 3.366	206 - 1.882	156 - 3.442	107 - 2.248
mittl. Ablehnungsquote	3,15 %	4,48 %	2,8 %	4,3 %	2,0 %	4,0 %
Ablehnungsvarianz	0,5 - 10 %	0,8 - 12,3%	0 - 10,2 %	1,0 - 9,4 %	0 - 9,0 %	0 - 10,0 %
Änderungsquote	10,3 %	13,3 %	9 %	12 %	12 %	12 %
Änderungsvarianz	0 - 34,6 %	0 - 29,7 %	0,3 - 33,8%	0,7 - 25,4%	0 - 39,0 %	0 - 27,0 %
Anzahl v. Obergutachter	7	3	7	3	7	3
davon Rückmeldungen	4	2	5	nicht vorh.	6	3
davon						
Zahl der Obergutachten	558	71	374	"	390	247
mittl. Ablehnungsquote	37,5 %	55,5 %	37,0 %	"	39,0 %	39,0 %
Änderungsquote	7,93 %	3,2 %	14,0 %	"	25,0 %	4,0 %

Die in Tabelle 34 ausgewiesene Ablehnungsquote erscheint niedrig und bedeutet für 1997, daß von den insgesamt ca. 80.000 rückgemeldeten Gutachtenfällen gerade einmal ca. 1.037 Fälle im Bereich PA/TP und 1.118 Fälle im Bereich VT abgelehnt worden sind.

Interessant erscheint, daß bei diesen wenigen Ablehnungsfällen immerhin 390 Einsprüche mit Obergutachterverfahren im Bereich PA/TP und 247 Einsprüche im Bereich VT stattfanden. Dies entspräche einer "Einspruchsquote" von fast 40 % bei den Psychoanalytikern und "Tiefenpsychologen" und von ca. 22 % bei den Verhaltenstherapeuten, also mindestens jeder 3. Ablehnungsfall bei PA/TP und fast jeder 4. Ablehnungsfall bei VT kommt zum Obergutachter. Allerdings ist zu vermuten, daß auch gegenüber "Änderungen" der Gutachter, die immerhin zu 12 % in beiden Therapierubriken vorkommen, zum Teil Einspruch erhoben und ein Obergutachterverfahren angestrengt werden. Im Obergutachterverfahren werden dann nur 39 % der geprüften Ablehnungen bzw. Abänderungen bestätigt, während 61 % (ggf. mit Abänderung oder Nachbesserungsaufgabe versehen) aufgehoben werden.

Die Zahl der Ablehnungen fällt insgesamt so gering aus, daß Zweifel berechtigt erscheinen, ob die wenigen ausgefilterten Fälle den großen Aufwand dieses zigtausendfachen Prüfverfahrens lohnen.

Aber unabhängig von diesem Verhältnismäßigkeitsaspekt zeigen die Ablehnungsquoten, daß VT-Gutachter Anträge mindestens doppelt so häufig ablehnen wie PA/TP-Gutachter.

Wie unzuverlässig die sog. Qualitätssicherung des Gutachterverfahrens erfolgt, zeigt sich in Tabelle 34

aus der enormen Ablehnungsvarianz von 0 - 9 % bei PA/TP und 0 - 10 % bei VT. Hinter dieser Zahlen für 1997 steht die Aussage: Es gibt Gutachter, die überhaupt keinen Antrag ablehnen, was (bei durchschnittlich ca. 1.000 Gutachten pro Gutachter pro Jahr) heißt, keinen von 1.000 und andere, die jeden 10. oder 11. Fall ablehnen. Sicher, die jeweiligen Endpunkte markieren die statistischen „Ausreißer“. Aber daß solche Extreme überhaupt möglich sind, zeigt den Mangel objektiver Standards und läßt die z.T. heftigen Emotionen der Praxis verstehen.

Und vergegenwärtigt man sich den festgestellten erheblichen Aufwand des Antrageschreibens, dann stellen solche Aussagen von Gutachtern im Spiegel ihrer eigenen Unzuverlässigkeit und Unberechenbarkeit eine echte Provokation dar: „Und wenn es zu einer Ablehnung kommt, würde ich sagen: Das ist vielleicht eine Kränkung des Narzißmus, ... aber keine Katastrophe“ (Linden, 1992, S. 89).

Im Zusammenhang mit Arbeitsaufwand ist die in Tabelle 34 ausgewiesene Änderungsquote von 12 % nicht zu unterschätzen. Änderungen, die z.T. Nachbesserungsforderungen der Gutachter darstellen, bedeuten zumeist erheblichen weiteren Berichtsaufwand für den Psychotherapeuten oder Einschränkungen seines Behandlungsplanes. Hinter einer Änderungsquote von 12 % verbirgt sich erheblich Frustration und Ärger. Entsprechend stellt dann etwa die "Nachbesserungsvarianz" bei PA/TP von 0-39 % eine weitere Provokation dar: Es gibt Gutachter, die 1.000 Antragsfälle ohne jegliche Änderungen bzw. Nachbesserungsaufgaben begutachten und andere die fast jeden zweiten Gutachtenfall mit einer Änderung versehen oder vom Verfasser "nachbessern" lassen.

8.2 Empirischer Teil

Untersuchung zu gutachterlichen Ablehnungen

Im folgenden wird untersucht, wie stark die untersuchungsbeteiligten Vertragspsychotherapeuten überhaupt von gutachterlichen Ablehnungen und Nachbesserungsforderungen betroffen sind. Bei einer (von der KBV mitgeteilten) "offiziellen" Ablehnungsquote von nur ca. 2 - 4 % (s.o.) ist zu vermuten, daß die meisten Vertragspsychotherapeuten noch nie mit einer gutachterlichen Ablehnung konfrontiert waren. Auch könnte es sein, daß es "immer wieder dieselben trifft", so daß das Gutachterverfahren quasi die "schwarzen Schafe" selektiert.

Interessant ist auch, ob Ablehnungen über alle Therapiefachrichtungen hinweg gleichmäßig verteilt sind oder ob festgestellt werden kann, daß es mehr oder weniger ablehnungsbetroffene Gruppen gibt.

Um die "Ablehnungsbetroffenheit" der Vertragspsychotherapeuten zu erfassen, interessiert die Frage, wie oft ein Vertragspsychotherapeut gutachterliche Antragsablehnungen erhalten hat.

Dementsprechend lautet die Formulierung im Fragebogen:

"Wie oft etwa haben Sie insgesamt bis heute gutachterliche Ablehnungen bekommen ?

(Unabhängig von einem evtl. eingeleiteten Obergutachterverfahren)

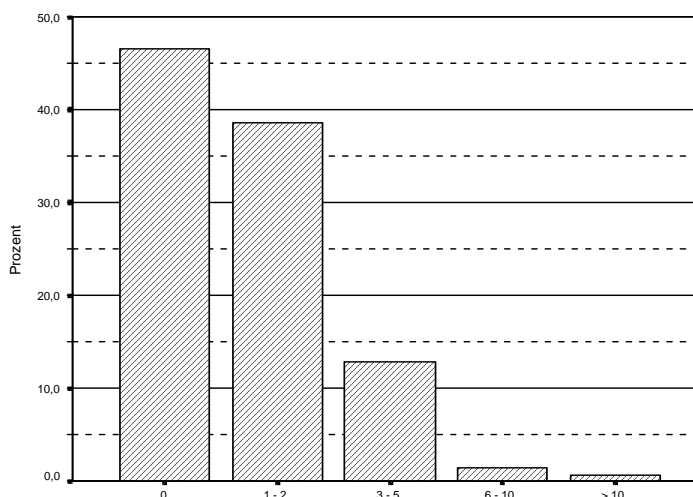
Ablehnung des Erstantrags

Die Antworten wurden getrennt für die GKV-Antragsschritte, also Erstantrag, 1. Fortführungsantrag, 2. Fortführungsantrag erhoben. Die Ablehnungshäufigkeit beim Erstantrag wird in Tabelle 35 und die prozentuale Verteilung wird grafisch in Abbildung 27 ausgewiesen.

Tabelle 35: Anzahl EA-Ablehnungen

	Häufigkeit	Prozent
0	298	46,6
1 - 2	247	38,6
3 - 5	82	12,8
6 - 10	9	1,4
> 10	4	,6
Gesamt	640	100,0

Abbildung 27: Anzahl der Erstantrags-Ablehnungen insgesamt



Das Ergebnis zeigt, daß mehr als die Hälfte der Vertragspsychotherapeuten im Laufe ihrer bisherigen GKV-Berufszeit von einer gutachterlichen Ablehnung ihres Erstantrages betroffen ist.

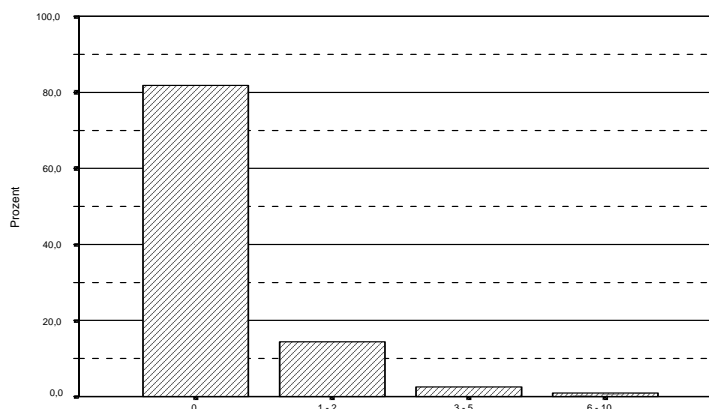
Unter Berücksichtigung der "offiziellen" Ablehnungsquote 1997 von nur ca. 2-4 % (siehe oben 65) heißt dies, daß sich Ablehnungen nicht auf "schwarze Schafe" konzentrieren, sondern über die gesamte Gruppe der Vertragspsychotherapeuten verstreut sind.

Ablehnung des 1. Fortführungsantrags

Tabelle 36: 1. FA-Ablehnungs-Anzahl

	Häufigkeit	Prozent
0	524	81,9
1 - 2	93	14,5
3 - 5	17	2,7
6 - 10	6	,9
Gesamt	640	100,0

Abbildung 28: Anzahl d. 1. Fortführungsantrags-Ablehnungen insgesamt



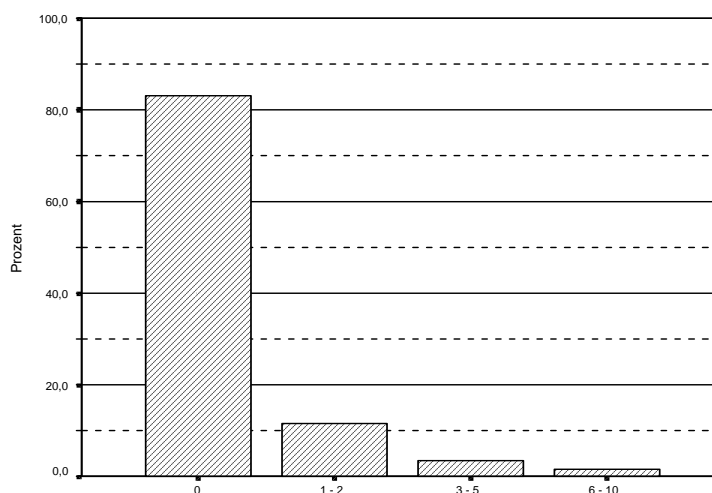
Eine Ablehnung des 1. Fortführungsantrags geben die Vertragspsychotherapeuten erheblich seltener an als die eines Erstantrags. Ob dies damit zusammenhängt, daß 1. Fortführungsanträge erheblich weniger gestellt werden oder ob sie tatsächlich gutachterlicherseits weniger abgelehnt werden, läßt sich nicht feststellen. Auch die offiziellen Statistiken der KBV geben hierüber keine Auskunft.

Ablehnung des 2. Fortführungsantrags

Tabelle 37: 2. FA-Ablehnungs-Anzahl

	Häufigkeit	Prozent
0	532	83,1
1 - 2	75	11,7
3 - 5	23	3,6
6 - 10	10	1,6
Gesamt	640	100,0

Abbildung 29: Anzahl d. 2. Fortführungsantrags-Ablehnungen insgesamt



Das Ergebnis ist ähnlich dem der Angaben zur Ablehnung des 1. Fortführungsantrages. Auch hier haben über 80 % der Vertragspsychotherapeuten noch keine Ablehnung eines 2. Fortführungsantrages in ihrer bisherigen Berufszeit erhalten.

Untersuchung zu gutachterlichen Nachbesserungsaufgaben

Reichen die eingereichten Antragsunterlagen und Fallinformationen nach Meinung des Gutachters nicht aus, um Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der beantragten Psychotherapiemaßnahme angemessen beurteilen zu können, kann es zu einer gutachterlichen Forderung einer „Nachbesserung“ kommen. In einer Art Auflage, von der letztendlich die Genehmigung abhängt, wird der Berichtsverfasser veranlaßt, zu spezifischen Fragen Stellung zu nehmen oder weitere Unterlagen einzureichen etc.

In der o.a. KBV-Gutachterstatistik wird eine jährliche Änderungsquote, die sich z. T. auch aus Nachbesserungsaufgaben rekurriert, von ca. 12 % ausgewiesen. Wenn wie gezeigt schon bei der Ablehnungsquote von ca. 2-4 % jeder zweite Vertragspsychotherapeut in seiner Berufszeit mit einer Ablehnung konfrontiert war, dann ist bei einer jährlichen Änderungsquote von ca. 12 % damit zu rechnen, daß viele Vertragspsychothera-

peuten schon einmal in ihrer Berufszeit mit einer solchen gutachterlichen Nachbesserungsforderung konfrontiert gewesen sind.

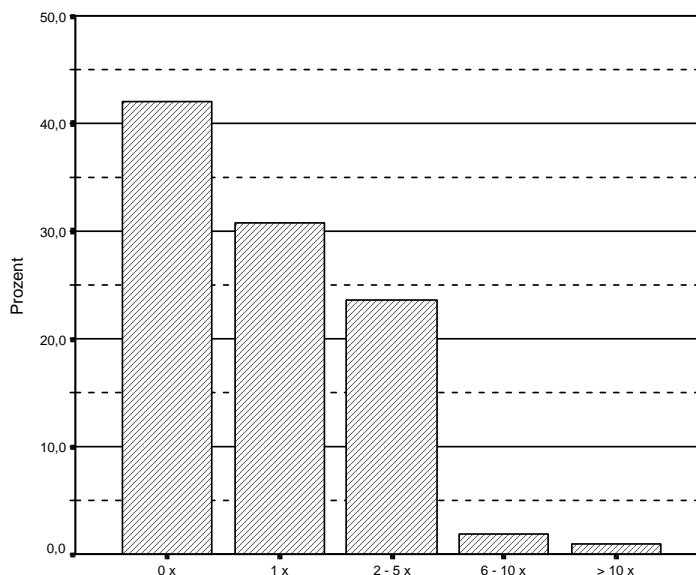
Die diesbezügliche Formulierung im Fragebogen lautet:

"Wie oft forderte der Gutachter Nachbesserungen ?"

Tabelle 38: Häufigkeit von Nachbesserungsforderungen

	Häufigkeit	Prozent
0	269	42,0
1 x	197	30,8
2 - 5	151	23,6
6 - 10	12	1,9
> 10	6	,9
Gesamt	635	99,2
Ungültig	5	,8
Gesamt	640	100,0

Abbildung 30: Häufigkeit von gutachterlichen Nachbesserungsforderungen



42 % der Vertragspsychotherapeuten waren noch nie ("0 x") mit einer gutachterlichen Nachbesserungsforderung befaßt. 30 % hatten "1 x" und etwa ein Viertel der Vertragspsychotherapeuten hatten in ihrer bisherigen Berufszeit "2 - 5 x" eine Nachbesserungsaufgabe erhalten.

Dieses Ergebnis ist überraschend, denn bei der von der KBV mitgeteilten Änderungsquote von 12 % war nicht zu erwarten gewesen, daß über 40 % der Vertragspsychotherapeuten noch nie eine Nachbesserungsaufgabe erhalten haben. Eventuell sind bei gutachterlichen Nachbesserungsforderungen öfter dieselben Vertragspsychotherapeuten betroffen. Dies drückt sich z.T. in dem Ergebnis aus, wonach 25 % der Vertragspsychotherapeuten schon "2-5 x" Nachbesserungsforderungen erhalten haben.

Es ist zu vermuten, daß Gutachter etwaige Einschränkungen des beantragten Umfangs, des geplanten Verfahrens etc. als "Änderungen" registrieren, ohne daß diese Abänderung mit einer "Nachbesserungsforderung" versehen ist. Und da derartige Einschränkungen für den Psychotherapeuten zwar eventuell ärgerlich, aber nicht mit neuer Arbeit verbunden ist, werden diese vermutlich eher widerspruchslos hingenommen.

Eine Tendenz der Gutachter, Änderungen als solche anzubringen und in ihrer (nunmehr nach § 12, Absatz 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen) obligaten offiziellen Statistik als solche auszuweisen, ist nicht auszuschließen. Schließlich stellt sowohl die Ablehnungsquote, vielleicht sogar mehr noch die Änderungsquote ein Teil ihrer Legitimation dar und daß Gutachter ein genuines Interesse haben, ihre Tätigkeit zu legitimieren und beizubehalten, ist schon aus pekuniären Gründen äußerst wahrscheinlich.

Differentielle Analyse der Ablehnungs- und Nachbesserungsangaben

Die KBV-Gutachterstatistik (siehe oben Tabelle 34) weist aus, daß sich die Ablehnungs-, Änderungs- und Varianzangaben je nach Therapieansatz z.T. erheblich unterscheiden. Hinsichtlich der Ablehnungen scheinen Verhaltenstherapeuten einem strengeren gutachterlichen Maßstab ausgesetzt zu sein. Im Rahmen dieser Untersuchung ist es deshalb von Interesse, ob sich gruppenspezifische Unterschiede bezüglich Ablehnungen und Nachbesserungen feststellen lassen.

Ablehnung in Abhängigkeit vom Therapieansatz

Im folgenden soll geprüft werden, wie sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) in bezug auf Ablehnungshäufigkeiten verteilen.

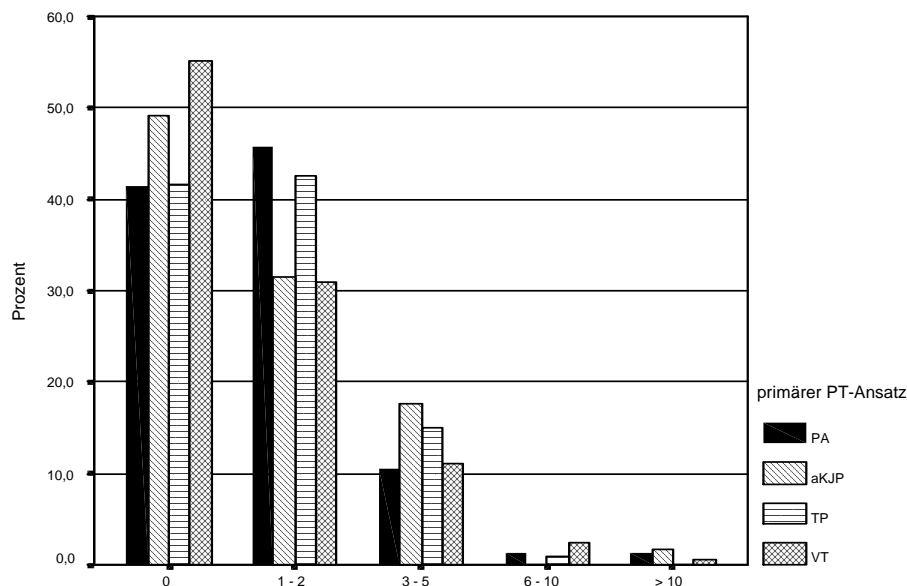
Ablehnungshäufigkeit des Erstantrages nach Therapierichtung

Tabelle 39: Erstantrags-Ablehnung in Abhängigkeit vom "primären Therapieansatz"

		Ablehnungshäufigkeit zum Erstantrag insgesamt					Gesamt
		0	1 - 2	3 - 5	6 - 10	> 10	
PA	Anzahl	67	74	17	2	2	162
		41,4%	45,7%	10,5%	1,2%	1,2%	100,0%
aKJP	Anzahl	28	18	10		1	57
		49,1%	31,6%	17,5%		1,8%	100,0%
TP	Anzahl	89	91	32	2		214
		41,6%	42,5%	15,0%	,9%		100,0%
VT	Anzahl	114	64	23	5	1	207
		55,1%	30,9%	11,1%	2,4%	,5%	100,0%
	Anzahl	298	247	82	9	4	640
		46,6%	38,6%	12,8%	1,4%	,6%	100,0%

Einen grafischen Vergleich der Ablehnungshäufigkeiten je nach Therapieansatz verschafft Abbildung 31.

Abbildung 31: Ablehnungshäufigkeit von Erstanträgen nach Therapierichtung



Ca. 55 % der Verhaltenstherapeuten und ca. 50 % der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geben an, bisher überhaupt noch keine Ablehnung erhalten zu haben. Im Vergleich dazu geben dies Psychoanalytiker und "Tiefenpsychologen" zu ca. 41 % an. Auf Seiten der häufigeren Ablehnungen ("3-5 x") fallen die Angaben der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit 17,5 % und Tiefenpsychologen mit 15 % höher aus als die der Verhaltenstherapeuten mit 11,1 % und Psychoanalytiker mit 10,5 %.

➔ Prüfstatistisch sind die Gruppenunterschiede der Erstantrags-Ablehnungsrate nicht signifikant.

Ablehnungshäufigkeit des 1. Fortführungsantrages nach Therapierichtung

Da es für die Verhaltenstherapie beim 1. Fortführungsantrag nur um 15 Sitzungen geht und damit um einen erheblich kleineren Sitzungsumfang als bei allen anderen Therapieverfahren, wäre zu vermuten, daß es bei der Verhaltenstherapie auf dieser Antragsstufe zu weniger Ablehnungen kommt. Andererseits muß sich aber

die höhere Ablehnungsquote im Verhaltenstherapiebereich (siehe oben: KBV-Gutachterstatistik), wenn schon nicht (wie festgestellt) beim Erstantrag, dann doch bei den Fortführungsanträgen auswirken. Tabelle 40 zeigt die Verteilung der Ablehnungen des 1. Fortführungsantrages differenziert nach Therapieverfahren.

Tabelle 40: Ablehnung des 1. Fortführungsantrages in Abhängigkeit vom "primären Therapieansatz

		Ablehnungshäufigkeit zum 1. Fortführungsantrag insgesamt				Gesamt
		0	1 - 2	3 - 5	6 - 10	
PA	Anzahl	140	20	2		162
		86,4%	12,3%	1,2%		100,0%
aKJP	Anzahl	48	6	2	1	57
		84,2%	10,5%	3,5%	1,8%	100,0%
TP	Anzahl	186	25	3		214
		86,9%	11,7%	1,4%		100,0%
VT	Anzahl	150	42	10	5	207
		72,5%	20,3%	4,8%	2,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	524	93	17	6	640
		81,9%	14,5%	2,7%	,9%	100,0%

➔ Verhaltenstherapeuten haben eine signifikant höhere Ablehnungsrate des 1. Fortführungsantrages als Psychoanalytiker und "Tiefenpsychologen".

Ablehnungshäufigkeit des 2. Fortführungsantrages nach Therapierichtung

Im folgenden soll überprüft werden, wie sich die Ablehnungshäufigkeit des 2. Fortführungsantrages in Abhängigkeit zu den Therapiefachrichtungen verteilt. Tabelle 41 gibt einen Überblick:

Tabelle 41: Ablehnung des 2. Fortführungsantrages in Abhängigkeit vom "primären Therapieansatz

		Ablehnungshäufigkeit zum 2. Fortführungsantrag insgesamt				Gesamt
		0	1 - 2	3 - 5	6 - 10	
PA	Anzahl	135	24	2	1	162
		83,3%	14,8%	1,2%	,6%	100,0%
aKJP	Anzahl	51	3	3		57
		89,5%	5,3%	5,3%		100,0%
TP	Anzahl	190	18	5	1	214
		88,8%	8,4%	2,3%	,5%	100,0%
VT	Anzahl	156	30	13	8	207
		75,4%	14,5%	6,3%	3,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	532	75	23	10	640
		83,1%	11,7%	3,6%	1,6%	100,0%

➔ Auch hier ergibt die prüfstatistische Untersuchung, daß die Gruppe VT eine signifikant höhere Ablehnungsrate beim 2. Fortführungsantrag hat als die Gruppe PA und TP.

Der Vergleich der Ablehnungshäufigkeiten zwischen den verschiedenen Therapiefachrichtungen fällt für die Verhaltenstherapie negativ aus. Vergegenwärtigt man sich, daß es bei der Verhaltenstherapie im 1. Fortführungsantrag nur um weitere 15 Sitzungen und im 2. Fortführungsantrag nur um 20 Sitzungen geht im Vergleich etwa zur Psychoanalyse mit 80 und 60 Sitzungen, daß aber die Verhaltenstherapie-Fortführungsanträge signifikant häufiger abgelehnt werden, so liegt in dieser Tatsache sicherlich einiger Zündstoff.

Gutachterliche Nachbesserungsforderungen in Abhängigkeit vom Therapieansatz

Es konnte festgestellt werden, daß Verhaltenstherapeuten signifikant mehr Ablehnungen sowohl des 1. Als auch des 2. Fortführungsantrages erhalten. Es ist daher interessant, ob sich dieser Nachteil im Vergleich der zugelassenen Therapiefachrichtungen auch bei gutachterlichen Nachbesserungsforderungen feststellen läßt.

Tabelle 42: Angeforderte Nachbesserungen in Abhängigkeit vom Therapieansatz

		Häufigkeit von Nachbesserung-Forderung					Gesamt
		0	1 x	2 - 5	6 - 10	> 10	
PA	Anzahl	76	56	27	1		160
		47,5%	35,0%	16,9%	,6%		100,0%
aKJP	Anzahl	28	18	11			57
		49,1%	31,6%	19,3%			100,0%
TP	Anzahl	106	69	36	2		213
		49,8%	32,4%	16,9%	,9%		100,0%
VT	Anzahl	59	54	77	9	6	205
		28,8%	26,3%	37,6%	4,4%	2,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	269	197	151	12	6	635
		42,4%	31,0%	23,8%	1,9%	,9%	100,0%

Einen schnellen grafischen Überblick verschafft folgende Abbildung:

Abbildung 32: Häufigkeit von Nachbesserungen in Abhängigkeit vom Therapieansatz

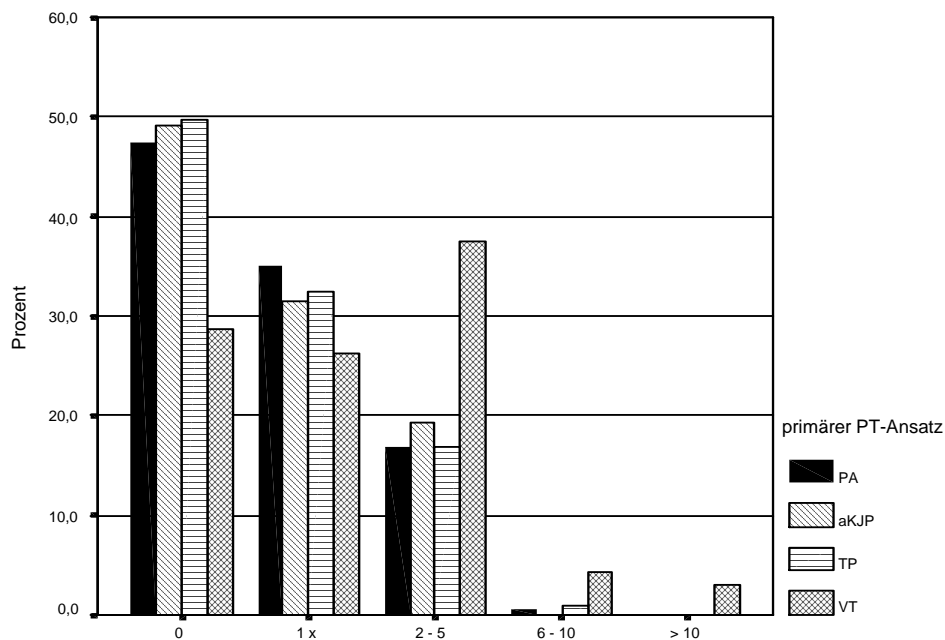


Abbildung 32 zeigt, daß Verhaltenstherapeuten mehr mit Nachbesserungs-Anforderungen konfrontiert sind als die anderen Therapieverfahren.

➔ Im Vergleich der Therapiefachrichtungen ergibt die statistische Analyse, daß die Gruppe VT signifikant häufiger als alle anderen Therapiefachrichtungen (PA, aKJP, TP) Nachbesserungsforderungen erhält.

8.3 Zusammenfassung und Diskussion

Etwas mehr als die Hälfte der Vertragspsychotherapeuten war schon mindestens 1-2 mal von einer gutachterlichen Ablehnung des Erstantrages betroffen. Bei einer "offiziellen" Ablehnungsquote von 2-4 % (vgl. oben Tabelle 34, Seite 65) läßt dieses Untersuchungsergebnis darauf schließen, daß Ablehnungen quasi über alle Vertragspsychotherapeuten verstreut sind. Allerdings gibt es auch fast 15 % die "3-5 mal" und häufiger Ablehnungen erhalten haben.

Ablehnungserfahrungen im Rahmen des ersten und zweiten Fortführungsantrages werden erheblich seltener angegeben. Hier sagen mehr als 80 % der Vertragspsychotherapeuten, daß sie noch nie eine solche Fortführungsablehnung bekommen haben.

Demgegenüber finden gutachterliche Nachbesserungsaufgaben erhebliche häufiger statt.

Von den etwa 60 % mit einer solchen (zumeist arbeitsaufwendigen) Forderung Konfrontierten haben dies ca. 30 % „1-mal“ erlebt, etwas mehr als 25 % aber „2-5mal und öfter“.

Im prüfstatistischen Vergleich der Therapiefachrichtungen scheinen Verhaltenstherapeuten die "Stiefkinder" des Gutachterverfahrens zu sein.

Nicht nur, daß sie aufgrund ihrer jeweils äußerst kurzen Antrags- und Bewilligungsetappen ohnehin sehr viel häufiger gutachterpflichtige Anträge zu leisten haben. Sie sind außerdem mit einer doppelt so hohen offiziellen Ablehnungsquote gestraft (siehe oben Tabelle 34, Seite 65), mit signifikant mehr Ablehnungen sowohl des 1. als auch 2. Fortführungsantrages und werden schließlich auch noch signifikant mehr mit Nachbesserungsaufgaben konfrontiert als alle anderen Therapieverfahren.

Diese Feststellungen sind in der Alltagspraxis zumeist mit zusätzlichem Zeitaufwand (= Einkommensverlust), ohnmächtigem Ärger und erheblichen Frustrationen verbunden.

Zu diskutieren wäre auch die Frage, warum ist die offizielle Ablehnungsquote mit 2 % bei PA/TP und 4 % bei VT so relativ niedrig und die Änderungsquote mit 12 % so relativ hoch?

Feststellen läßt sich (vgl. oben Tabelle 34), daß von der "Einspruchsmöglichkeit" durch Obergutachterverfahren recht häufig Gebrauch gemacht wird. Vertragspsychotherapeuten nehmen also negative gutachterliche Entscheidungen nicht ohne weiteres widerspruchslos hin. Demgegenüber ist zu vermuten, daß kleinere gutachterliche "Änderungen" eher akzeptiert werden als eine Ablehnung des gesamten Antrags. Insofern sind die "Änderungen" aus gutachterlicher Sicht die unkompliziertere Form der Selbstlegitimation. Sie weisen nach, daß gutachterliche Prüfung unbedingt nötig ist, denn immerhin entsprechen 12 % der beantragten Therapie ohne Änderung nicht dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot (bei einigen Gutachtern sogar bis zu 39 %, siehe oben Tabelle 34). Demgegenüber sind mit echten Ablehnungen aus gutachterlicher Sicht erheblich mehr "Unbequemlichkeiten" verbunden. So drückt Linden (1992) etwa den gutachterlichen Mehraufwand bei Ablehnungen denn auch am direktesten aus: "Ich habe vorhin schon gesagt, ich kenne eigentlich niemanden, der sich als Gutachter gerne Arbeit macht mit einer Ablehnung und eine solche ist immer mehr Arbeit als eine Genehmigung" (Linden, 1992, S. 89). Solch eine klare Aussage lädt dann förmlich zu der Frage ein, ob denn die von der KBV mitgeteilte niedrige Ablehnungsquote von ca. 2 - 4 % und demgegenüber hohe Änderungsquote von 12 % eventuell deshalb zustande kommen, weil Ablehnungen erheblich besser begründet werden müssen, da sie eventuell nicht nur durch Obergutachterverfahren, sondern auch in einem von dem Patienten anstrengbaren Sozialgerichtsprozeß überprüfbar sind. Demgegenüber entfaltet die zumeist mit nur einem Satz eingeforderte Änderungsaufgabe nicht eine solche justiziable Wirkung und kostet den Gutachter kaum (den berichtsverfassenden Vertragspsychotherapeuten aber z.T. ganz erheblichen) Aufwand.

9 DIE GUTACHTERLICHEN STELLUNGNAHMEN, INSBESONDERE DIE ABLEHNUNGSGRÜNDE

9.1 Erkenntnis- und Meinungsstand

Es wurde aufgezeigt (siehe oben S. 74), daß die gutachterlichen Entscheidungen erhebliche Außenwirkung entfalten und grundsätzlich (rechtlich) nachprüfbar und entsprechend sorgfältig begründet sein müssen.

Einfache Begründungen bei befürwortenden Stellungnahmen

Gelangen Gutachter zu einer positiven Antragsbeurteilung, so scheint die Begründung leicht zu fallen. Wie sich etwa bei Anträgen für Verhaltenstherapie zeigt, sind die befürwortenden Stellungnahmen über die verschiedenen Gutachter hinweg zumeist ähnlich oder gleich formuliert. Hier besteht das Gutachten typischerweise aus zwei bis drei Satzschablonen, die zuweilen ganz mit Hilfe eines kleinen Textbausteins in das Formular-Gutachtenkästchen eingedruckt werden. Von Ausnahmen abgesehen stellen sich solche befürwortenden Gutachten etwa in folgender Formulierung dar.

Erst-Antrag	<i>"Der Patient/die Patientin leidet unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit im Sinne des Indikationskatalogs der Psychotherapie-Vereinbarungen. Das vorgelegte Behandlungskonzept ist zweckmäßig und im befürworteten Zeitrahmen erfolgsversprechend."</i>
Fortführungs-Antrag	<i>"Nach wie vor liegt eine psychische Erkrankung im Sinne des Indikationskatalogs der Psychotherapie-Vereinbarungen vor. Der Bericht zum Fortführungsantrag hat mich davon überzeugt, daß die geplanten Sitzungen zur Sicherung des Behandlungserfolges zweckmäßig und wirtschaftlich sind."</i>

Demgegenüber sind nichtbefürwortende Stellungnahmen für den Gutachter grundsätzlich arbeitsaufwendiger, da sie sorgfältiger begründet werden müssen, kritische Folgen auslösen und aufwendigen Kontrollmöglichkeiten ausgesetzt sind.

Pflicht zur angemessenen Begründung gutachterlicher Ablehnungen

Ablehnende Antragsentscheidungen stellen einen Eingriff, eventuell sogar Einschnitt dar. Dem Patienten wird durch die Ablehnung eine beanspruchte Behandlung vorenthalten. Psychotherapie gehört zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, auf die der Versicherte bei Vorliegen einer entsprechenden Krankheit einen grundsätzlichen Anspruch hat, der sich aus seiner Krankenversicherungspflicht und Beitragszahlung herleitet. Also müssen es schon gute Gründe sein, dem Versicherten eine von ihm ausdrücklich beantragte Behandlung zu versagen.

Es müssen sachliche, objektive oder zumindest objektivierbare Ablehnungsgründe sein, die eine Negativentscheidung ausreichend legitimieren. Gründe, die sich letztendlich nicht auf Indikations- und Behandlungskriterien, sondern eher auf Qualität und Form des Antrages beziehen, sind problematisch. Im Gegensatz zu Kompetenzprüfungen (Meisterprüfung etc.), bei der Rechtsbeziehungen zwischen Prüfinstitution und "Prüfling" gegeben sind, geht es beim Gutachterverfahren im Psychotherapiebereich um Rechte einer nicht unmittelbar beteiligten dritten Person, des Patienten. Der Beurteilungsspielraum verengt sich auf versorgungsrelevante Bedingungen (Behandlungsnotwendigkeit, -Zweckmäßigkeit und -Angemessenheit). Wird das Vorliegen dieser Voraussetzungen aus dem Antrag wie auch immer ersichtlich, sind weitere Prüfungen und Maßgaben, die etwa Form und Kompetenz des Antrages betreffen, rechtlich zweifelhaft, insbesondere wenn sie den Anspruch des Patienten auf Behandlung verzögern oder sogar vereiteln. Aus dieser Perspektive scheint es fragwürdig, ob zum Beispiel die "Hinweise zum Erstellen des Berichtes" auf Formblatt 3a/b/c ("Bericht an den Gutachter") nicht gegen höherwertige Patientenrechte verstoßen: "Der Gutachter ist gehalten, bei wesentlicher Überschreitung dieses Umfangs (3 DIN A 4-Seiten) den Bericht zur sachlichen Verdichtung an den Verfasser zurückzugeben".

Die gutachterlichen Ablehnungsgründe

Der Gutachter hat gemäß § 12 Abs. 1 der Psychotherapie-Vereinbarungen, „zu prüfen, ob das beantragte Psychotherapie-Verfahren nach den Richtlinien anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten läßt“.

Diese Aufgabe bestimmt die gutachterliche Fragestellung, daran orientieren sich Prüfung und Ablehnungsgründe. Entsprechend dieser Maßgabe und ihrer Kommentierung in Faber & Haarstrick (1996) sowie Einbeziehung der Ablehnungsgründe, die als Ankreuzalternativen ("Kurzbeurteilung") auf dem Formular PTV 5 "Stellungnahme des Gutachters zur beantragten Psychotherapie" vorgegeben sind, haben sich folgende Ablehnungsbereiche herauskristallisiert:

- Psychotherapie nicht indiziert (stattdessen etwa Somatotherapie)
- "Krankheit" iSd SGB V nicht gegeben (sondern z.B. allgemeine Lebensprobleme)
- Therapieverfahren wie beantragt nicht indiziert
- Störungszusammenhang nicht angemessen ausgearbeitet
- Behandlungsplan nicht stringent
- Prognose ungünstig
- Sonstige Gründe

Keine (PT-relevante) "Krankheit"

Nach den Psychotherapie-Richtlinien ist die Voraussetzung für die Bewilligung einer beantragten Psychotherapie, daß sie der Heilung oder Besserung von „Krankheit“ dient. Die Gutachter haben demnach zu überprüfen, ob „Krankheit“ im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien (Abschnitt D) vorliegt.

Die Feststellung von psychotherapeutisch relevanter Krankheit erfordert eine zweiseitige Prüfung: 1. die Abklärung, ob nicht ein organischer Befund bzw. die Indikation für eine medizinische Behandlung vorliegt und 2. ob nicht reine soziale Anpassungs-, Berufs- oder Eheprobleme etc. vorliegen, die zwar einen erheblichen Leidensdruck verursachen können, aber eben nicht „Krankheit“ im Sinne des SGB V sind.

Ausschluß somatischer Erkrankungen

Um Fehlindikationen zu vermeiden, insbesondere auch zum Schutz der Patienten vor einer psychotherapeutischen Fehlbehandlung beim Vorliegen einer körperlichen Erkrankung, bei der eine Psychotherapie nicht oder als alleinige Behandlung nicht indiziert ist, setzt § 28 Abs. 3 SGB V das Erfordernis einer somatischen Abklärung vor Psychotherapiebeginn voraus. Dieser Ausschluß bzw. diese Berück-

sichtigung organischer Befunde und ggf. Einleitung einer notwendigen, eventuell begleitenden Somatotherapie etc. erfordern eine medizinische Untersuchung, die selbstverständlich nicht von Psychologen durchgeführt werden kann. Dementsprechend sahen auch schon alle politischen Entwürfe eines Psychotherapeutengesetzes einen „Arztvorbehalt“ vor (Köhlke, 1996). Die Notwendigkeit einer Abklärung somatischer und ggf. psychiatrischer Krankheitsursachen vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung wurde und wird nicht angezweifelt. Aber zu fragen bleibt, ob diese somatische Beurteilung tatsächlich durch das „theoretische“ Gutachterverfahren nachvollzogen werden muß bzw. kann oder ob diese nicht durch die kassenärztliche Versorgungsstruktur abgedeckt ist.

Linden & Dankesreiter (1996) sind der Auffassung, daß Richtlinienpsychotherapie als „Therapie der dritten Versorgungslinie“ anzusehen ist. Zunächst sind primär- und/oder fachärztliche Behandlungsversuche zu machen. Hierzu gehört dann „in aller Regel auch nochmalige spezifische differentialdiagnostische Abklärung“ (a.a.O., S. 539)¹. Diese organ-ärztliche Kontrolle, die schon erhebliche Kosten verursacht, muß als hinreichend abgesichert gelten. Nicht nur die primär- und fachärztlichen Vorbehandlungen sorgen für einen somato-medizinischen Filter bevor eine Weiterverweisung geschieht, hinzu kommt, daß im Rahmen des früheren Delegationsverfahrens (das zum Zeitpunkt dieser Untersuchung noch galt): „die Verantwortung für die Indikationsstellung zur Psychotherapie“ der die Therapie selbst durchführende oder delegierende Arzt trägt (H 2. der damaligen Psychotherapie-Richtlinien) und ab Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetz (1.1.1999) die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verpflichtet sind, vor Behandlungsbeginn eine konsiliarische ärztliche Untersuchung zu veranlassen:

Das neue Konsiliarverfahren

In Ausführung des Psychotherapeutengesetzes sehen die Psychotherapie-Richtlinien folgendes Konsiliarverfahren vor:

¹ Hinter solchen hierarchischen Ordnungsvorstellungen oder fragwürdigen „4-Filter-Modellen“ zur kassenärztlichen Versorgung verbergen sich zuweilen erhebliche berufspolitische Interessen, so daß solche Strukturvorschläge, die der (ebenfalls fachärztlichen) Psychotherapie eine Nachrangigkeit und speziellen Arztgruppen eine fachliche (und pekuniäre) Definitionsmacht zuordnen, mit grundsätzlicher Skepsis zu betrachten sind.

Konsiliaruntersuchung durch Vertragsärzte zur Abklärung somatischer Erkrankungen	Spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen (Vorgespräche) und vor Beginn der Psychotherapie überweist der Psychotherapeut den Patienten an einen Vertragsarzt (Konsiliararzt) zur Abklärung somatischer Erkrankungen und Einholung eines Konsiliarberichts.
Konsiliarbericht	Der Konsiliarbericht wird vom Konsiliararzt nach persönlicher Untersuchung des Patienten auf einem entsprechenden Formular erstellt. Dieses Formular erhält er vom überweisenden Psychotherapeuten, der seinerseits eine kurze Information über die von ihm erhobenen Befunde und Indikation mitteilt. Der Konsiliarbericht ist dem anfordernden Psychotherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zurück zu übermitteln.

Insofern war und ist die Verantwortung für die Abklärung somatischer Erkrankungen vormals (zum Zeitpunkt dieser Untersuchung) dem Delegationsarzt und heute dem Konsiliararzt zugewiesen und kann auch gutachterlich nicht abgenommen werden. Aufgrund dieses somato-medizinischen Filters vor Behandlungsbeginn scheint eine nochmalige gutachterliche Prüfung nicht zweckmäßig. Ein Gutachtersystem, das die grundsätzliche Medizinkompetenz und „Untersuchungsmaxime“ des Konsiliararztes vor Ort durch ein rein theoretisches Prüfverfahren kontrollieren und ggf. aus diesem Grund Psychotherapieanträge ablehnen will, muß fragwürdig erscheinen.

Die empirische Untersuchung wird hier einen Aufschluß darüber geben, ob und wie häufig ein solcher Ablehnungsgrund überhaupt gutachterlicherseits vertreten wird.

Kein allgemeines Anpassungs- oder Lebensproblem

Die Prüfung zur anderen Seite soll sicherstellen, daß nicht eine Indikationsausweitung stattfindet und umfassende psychosoziale Versorgung, Lebensberatung oder sonstige allgemeine Fördermaßnahmen von der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten finanziert werden. Derartige soziale Beratungs- und Unterstützungsangebote, so notwendig und prophylaktisch sinnvoll sie auch sein mögen, sind nicht Psychotherapie im Sinne der Richtlinien.

Linden & Dankesreiter(1996) vermuten, die Indikationsfrage sei deshalb so bedeutungsvoll, weil Psychotherapie „traditionellerweise im Verdacht steht, weniger der Krankenbehandlung als der allgemeinen Lebensentwicklung zu dienen“ (S. 537). In ähnliche Richtung gehen auch andere Spekulationen über das

konkrete Praxisgeschehen (vgl. Fiedler, 1997; Schulte, 1995; Wittchen, 1996). Diesen Mutmaßungen ist an anderer Stelle ausführlich widersprochen worden (Köhle, 1997).

Auch in den Psychotherapie-Richtlinien spiegelt sich die Sorge um eine Indikationsausweitung wider, indem ein Katalog (siehe Tabelle 43) von Psychotherapie-Ausschlußtatbeständen aufgenommen wurde.

Tabelle 43: Psychotherapie-Ausschlußkriterien gemäß Psychotherapie-Richtlinien

- *"Psychotherapie ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, wenn sie nicht der Heilung oder Besserung einer Krankheit bzw. der medizinischen Rehabilitation dient. Dies gilt ebenso für Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, für Erziehungsberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen"* (Abschnitt A 1).
- *"Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein; sie sind für sich allein nicht schon Krankheit im Sinne dieser Richtlinien, sondern können nur dann als seelische Krankheiten gelten, wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes eines Menschen nachgewiesen wurde"* (Abschnitt A 2).
- *"Psychotherapie ist als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn sie nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit ..., sondern allein der beruflichen oder sozialen Anpassung oder der beruflichen oder schulischen Förderung dient"* (Abschnitt D 2.2).
- *"Psychotherapie ist als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn sie allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung dient"* (Abschnitt D 2.3).
- *"Soll Psychotherapie im Rahmen einer die gesamten Lebensverhältnisse umfassenden psychosozialen Versorgung erbracht werden, so ist diese nur dann und soweit eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, als sie der Behandlung von Krankheit dient"* (Abschnitt D 3).
- *"Verhaltensweisen, die als psychosoziale Störung in Erscheinung treten, sind nur dann Gegenstand von Psychotherapie ..., wenn sie Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind"* (Abschnitt D 4.).

Eventuell erweist es sich als reine Illusion, zu erhoffen, daß das Gutachterverfahren Fälle von mißbräuchlicher Indikationsausweitung tatsächlich verhindern kann. Da die Gutachter von den schriftlichen Berichts Darstellungen abhängig sind, haben sie keinen Einblick in das tatsächliche Therapiegesehen. Und daß ein Therapeut etwa so naiv sein sollte, bereits im Antrag auszuführen, er wolle „Lebenshilfe“ ohne aktuelle Krankheitssituation durchführen, ist wohl kaum zu erwarten. Es ist daher interessant, ob und in welcher Häufigkeit dieser Ablehnungsgrund in der Praxis tatsächlich Bedeutung hat.

Unzweckmäßige Wahl des Therapieverfahrens (Differentialindikation)

Eigentlich dürften Ablehnungen mit der Begründung, im vorgelegten Fall sei ein anderes als das beantragte Therapieverfahren indiziert, kaum zu erwarten sein. Prüfungen und Entscheidungen zur differentiellen Methodenindikation sind gutachterlich "riskant", weil damit sowohl wissenschaftlich, berufspolitisch und kostenspezifisch brisante Fragen berührt werden, in die sich Gutachter sicher nicht gerne verstricken lassen. So führen denn auch Faber und Haarstrick (1996) aus: *"In den Richtlinien wurde eine Spezifizierung des Indikationskatalogs nach den verschiedenen Therapieverfahren nicht durchgeführt; vielmehr wurden die Anwendungsbereiche und auch die Kontraindikationen generell für alle zugelassenen Behandlungsformen formuliert. Daraus ergibt sich für den Gutachter die Notwendigkeit, die spezifische Indikationsstellung des Therapeuten für ein bestimmtes Verfahren in der Regel zu respektieren, auch wenn er selbst einer anderen Indikationsstellung zuneigen würde"* (S. 89).

Damit scheint sich das Gutachterverfahren aus der Prüfung der Differentialindikation weitestgehend herauszuhalten. Insbesondere ist wegen der "fachpolitischen" Brisanz eine gutachterliche Zurückhaltung gerade hinsichtlich der Kernfrage anzunehmen, ob denn nun im konkreten Antragsfall eher ein psychoanalytisches oder ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsverfahren angezeigt ist.

Eine gutachterliche a-priori-Ausklammerung der Prüfung der Differentialindikation ist als fragwürdig zu beurteilen.

Bekanntermaßen verläuft der Zugang des Patienten in eines der drei zugelassenen Therapieverfahren (PA, TP, VT) zumeist alles andere als rational und sachlich begründet.

Die Entscheidung für oder gegen eines der Psychotherapieverfahren findet primär nicht nach fachlichen oder sachlichen Indikationskriterien statt, sondern nach „spontanistischen“ Zufälligkeiten:

- Etwa bei welchem Therapeuten zufällig der erste Kontakt stattfindet, weil derjenige gerade keine Wartezeit hat, im Branchenbuch gefunden wurde, fahrtechnisch schnell erreichbar ist etc.
- Oder ob der überweisende Arzt mehr von Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie „hält“ oder mit dem Therapeuten in Beziehung steht.
- Oder - noch zweifelhafter - welche Therapie der Patient selbst für sich bevorzugt etc.

Die "Psychotherapie-Differentialindikation" geschieht zumeist de facto aufgrund von absurden Zufalls-, Beliebigeits- und Beliebtheitskriterien, ohne daß hier das Gutachterverfahren eine korrigierende, qualitätssichernde Funktion einzunehmen imstande wäre. Diese irrationale Therapieweichenstellung wird gutachterseits übersehen, weil jedes Therapieverfahren „die uneingeschränkte Kompetenz für alle Indikationsbereiche“ beansprucht (Faber & Haarstrick, 1996, S. 37). Und da die Psychotherapie-Richtlinien keine Spezifizierung des Indikationskatalogs nach den verschiedenen Therapieverfahren vorsehen, sind eben per definitionem alle zugelassenen Verfahren für die enumerativ aufgeführten Anwendungsbereiche (Psychotherapie-Richtlinien, Abschnitt D) gleichermaßen indiziert.

Mit der einfachen Feststellung, daß eine psychische Erkrankung im Sinne des Indikationskatalogs vorliegt und die beantragte Therapie nach den Psychotherapie-Richtlinien anerkannt und indiziert ist, begnügen sich denn auch die Gutachter (vgl. oben S. 74) und vermeiden so einen äußerst unbequemen Konfliktstoff.

Diese gutachterliche Selbstbeschränkung ist verständlich, aber kaum mit dem Auftrag des Gutachterverfahrens vereinbar. Eine Entscheidung zur Differentialindikation ist nicht in den Psychotherapie-Richtlinien zu erwarten. Diese müssen als Rahmenbedingung generalklauselartig offen formuliert sein, um einerseits den jeweiligen Forschungsfortschritten und andererseits den Besonderheiten des Einzelfalls zu genügen. Die Differenzierung danach, welches der grundsätzlich angezeigten (weil zugelassenen) Verfahren nun aber im vorliegenden Einzelfall hinsichtlich der Prüfkriterien „notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich“ am geeignetesten ist, ist auf konkreter Fallebene festzustellen und dementsprechend auch gutachterlich zu überprüfen. Es ist hier daran zu erinnern: Das Gutachterverfahren wird als Instrument der Qualitätssicherung legitimiert. Bei der Qualitätssicherung geht es aber gerade um *Optimierung* des Mitteleinsatzes hinsichtlich Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, so insbesondere um Beachtung des öffentlich-rechtlichen Sparsamkeitsgrundsatzes des SGB V (s.o. S. 13): Im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung muß und darf *nur das*

getan werden, was nötig ist, um einen bestehenden Krankheitszustand zu bessern (Sponer, 1987).

Primär wird hier das Streitthema berührt, welches Psychotherapieverfahren erweist sich aus der Perspektive von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit für welche Störungen als indizierter (vgl. Grawe, Caspar & Ambühl, 1990). Dies soll hier nicht vertieft werden. Auch ist der Verfasser gerade nicht der Auffassung, daß eine „Allgemeine Psychotherapie“ (Grawe, Donati & Bernauer, 1994), die schulübergreifend die jeweiligen ansatzbezogenen Wirkprinzipien integriert, tatsächlich eine Lösung darstellt. Psychoanalyse und Verhaltenstherapie unterscheiden sich so wesentlich, daß sie wegen ihrer methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit nicht seriös zu kombinieren sind. Vielmehr verbürgt gerade ihre Verschiedenartigkeit jene wechselseitigen Innovationen und Erkenntnisfortschritte, die immer wieder eine Balance zwischen psychischer Krankheitskomplexität einerseits und ressourcenbedingter Pragmatik andererseits finden läßt.

Aber angesichts der zunehmend drängenderen Forderungen sowohl von wissenschaftlicher (vgl. Grawe et al., a.a.O.) als auch von Seiten der Gesundheitspolitik scheint es - in konzertierter Aktion der Fachvertreter - dringend geboten, Konzepte und Entscheidungsraaster zu einer der psychotherapeutisch versorgungsrelevanten Kernfragen zu entwickeln:

- Für welche "seelische Krankheiten" (zur Definition siehe A.2. der Psychotherapie-Richtlinien) sind welche Psychotherapieverfahren die Methode der (ggf. ersten) Wahl ?

Es scheint nicht richtig, noch länger einfach nur abzuwarten und es mehr oder weniger Schicksal, Glück und Zufall entscheiden zu lassen, ob etwa eine Angst-, Zwangs- oder Persönlichkeitsstörung mit Verhaltenstherapie oder Psychoanalyse behandelt wird.

Die hier von Faber und Haarstrick (1996) gutgemeinten Differenzierungsvorschläge vermögen nicht zu überzeugen: „Eine monosymptomatische Phobie z.B. sollte in der Regel durch eine Verhaltenstherapie behandelt und nicht einer analytischen Psychotherapie zugeführt werden. Eine Angstneurose bei einem schweren Beziehungskonflikt sollte dagegen in der Regel eher einer konfliktzentrierten oder auch analytischen Behandlung vorbehalten bleiben, statt der Anwendung einer verhaltenstherapeutischen Anwendungsform den Vorzug zu geben“ (S. 89). Zum einen ist es nur eine Frage des Begründungsaufwands, eine Phobie mit oder ohne komplexen Hintergrund darzustellen, zum anderen hat sich die Verhaltenstherapie-Praxis erheblich weiterentwickelt als ihr durch diesen „monosymptomatischen“

Zuschnitt gerecht würde (vgl. Fiedler, 1997; Hand, 1993; Schulte, 1996a).

Entsprechend der Vermutung, daß die Differentialindikation und damit die Frage des optimalen Therapieansatzes von den Gutachtern wohl eher ausgeklammert werden, ist zu erwarten, daß Ablehnungen und gutachterliche Verweisungen etwa von Psychoanalyse auf Verhaltenstherapie oder umgekehrt von Verhaltenstherapie auf Psychoanalyse nicht stattfinden werden.

Es scheint interessant, in welchem Umfang und von welcher Therapiefachgruppe Ablehnungen aus Gründen der Differentialindikation angegeben werden.

Dargestellter Störungszusammenhang und/oder Behandlungsplan inakzeptabel

Der Antragsbericht erfordert eine übergeordnete Beurteilung funktionaler Zusammenhänge, die Ausarbeitung von Erklärungshypothesen aus „einer ätiologischen Betrachtungsweise mit Erläuterung der Gründe (causae) der Entstehung der neurotischen Erkrankung“ und daraus entwickelter „übergeordneter Behandlungsstrategie“ (Faber & Haarstrick, 1996, S. 63). So wird gutachterlicherseits von Verhaltenstherapieanträgen erwartet, „die verhaltensdiagnostischen Befunde auf einem der Komplexität der Störung angemessenem Abstraktionsniveau zu verdichten und zu einem Modell der Störung zusammenzufassen“ (Faber & Haarstrick, 1996, S. 76).

Bereits oben (siehe S. 54) wurde ausgeführt, daß diese Berichtserwartung eher einer sachverständigen Würdigung gleichkommt und eine anstrengende und schwierige Leistung des Psychotherapeuten darstellt. Es ist daher zu vermuten, daß dieses hohe Erwartungsniveau nicht immer erreicht wird, so daß hiermit Ablehnungen begründet werden.

Nach Meinung von Faber und Haarstrick (1996) sind es denn auch wohl in erster Linie Schwächen der ätiologischen Begründung eines angemessenen Störungsmodells und Defizite in der Begründung der Auswahl von Behandlungstechniken, die gutachterlich moniert werden. „Die häufigsten Beanstandungen im Gutachterverfahren beziehen sich dagegen darauf, daß die funktionale Verhaltensanalyse oder die übergeordnete Behandlungsstrategie oder beide nicht überzeugen“ (Faber & Haarstrick, 1996, S. 75). Die empirische Untersuchung wird zeigen, ob sich diese Einschätzung in den diesbezüglichen Angaben der Vertragspsychotherapeuten wiederfindet.

Keine ausreichend günstige Prognose

Grundsätzlicher Auftrag des Gutachterverfahrens ist es, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der beantragten Psychotherapie zu überprüfen. Ob zu erwarten ist, daß die geplanten psychotherapeutischen Leistungen die Voraussetzungen des § 12 SGB V erfüllen ("*ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten*"), bedarf einer gutachterlich prognostischen Einschätzung des wahrscheinlichen Krankheits- und Therapieverlaufs.

Nach Faber und Haarstrick (1996) ist Inhalt der gutachterlichen Stellungnahme u.a. die Erörterung "*der Prognose hinsichtlich der Art der seelischen Erkrankung, der Persönlichkeitsstruktur des Patienten, wie auch des gewählten Therapieverfahrens*" (S. 88).

In den Psychotherapie-Richtlinien findet sich diesbezüglich folgende Aussage:

"Psychotherapie ist als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn zwar seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür beim Patienten die Voraussetzung hinsichtlich seiner Motivationslage, seiner Motivierbarkeit oder seiner Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind, oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur des Patienten (gegebenenfalls seine Lebensumstände) dem Behandlungserfolg entgegensteht"
(Abschnitt D 2.1.).

Insbesondere § 12 der Psychotherapievereinbarungen erwähnt die gutachterliche prognostische Aufgabe noch einmal ausdrücklich:

"Dabei ist insbesondere zu prüfen, ... ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten läßt".

Mit dieser Aufgabenzuweisung bekommt der Gutachter eine weitgehende originäre Zuständigkeit, indem er nicht etwa nur zu prüfen und nachzuvollziehen hat, ob die vom Psychotherapeuten in dessen Bericht notwendigerweise angestellten Erörterungen und Aussagen zur Prognose sachlich begründet und plausibel dargelegt sind. Vielmehr hat der Gutachter eine eigene prognostische Einschätzung anzustellen.

Diese Befugnis des Gutachters zur eigenen Prognose beinhaltet einen Kern der andauernden Auseinandersetzungen zum Gutachterverfahren: Einerseits stehen ihm nur die schriftlichen Unterlagen zur Verfügung, so daß er nur "nach Aktenlage", also gewissermaßen "indirekt" den Antragsfall beurteilen kann, andererseits hat der Gutachter "direkt" eine eigene persönliche Beurteilung der Therapieprognose abzugeben.

Da die Einschätzung einer Prognose nur eine recht unbestimmte Wahrscheinlichkeitsaussage ist, liegen in ihr erhebliche Unwägbarkeiten und Unsicherheiten, die um so größer sein könnten, je mehr eine Beurteilung nur "aus theoretischer Ferne" erfolgt. Dieses Problem berührt die gesamte Diskussion zur grundsätzlichen Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens, die an anderer Stelle ausgeführt wird.

Eine gutachterliche Ablehnung des Therapieantrages aus Gründen einer zu schlechten Prognose dürfte eine (aus fallferner Gutachterperspektive) unsichere Basis haben.

Die empirische Untersuchung wird zeigen, wie häufig dieser Grund gutachterliche Ablehnungen legitimieren soll.

9.2 Empirischer Teil

Untersuchung zu Ablehnungsgründen

Um zu erfassen, wie häufig welche gutachterlichen Ablehnungsgründe verwandt werden, wurde zu jedem der o.a. Prüfkriterien ein jeweiliges Ablehnungsitem ("Ablehnungsgründe") vorgegeben. Da freie Fragen im gesamten Fragebogen nicht vorgesehen wurden, sollten mit dem Item "sonstige Gründe" weitere Ablehnungsgründe erfaßt werden, die nicht durch die Vorgaben abgedeckt waren. Insgesamt wurden 7 Ablehnungsitems vorgegeben.

Die allgemeine Frageformulierung lautete:

"Welche Ablehnungsgründe wurden Ihnen wie häufig zum Erstantrag mitgeteilt?"
(Mehrfach-Wahl möglich)"

Da sich diese Frage a) nur auf Ablehnungen und b) nur auf Erstanträge bezieht, wurden nur die Antworten derjenigen Vertragspsychotherapeuten ausgewertet, die auch in der vorhergehenden Frage angegeben hatten, überhaupt schon mindestens einmal von einer (a) Ablehnung eines (b) Erstantrages betroffen gewesen zu sein. Nach dementsprechender Selektion wurde die Gruppe der "Erstantrags-Ablehnungskonfrontierten" ausgefiltert, wie in Tabelle 44 ersichtlich.

Nur die Antworten dieser Gruppe (N=342) wurden bei den Angaben zu den spezifischen Ablehnungsgründen ausgewertet und analysiert.

Tabelle 44: Jemals mit einer Erstantrags-Ablehnung-Konfrontierte

	N	%
Nein	298	46,6
Ja	342	53,4
Gesamt	640	100

Häufigkeit der Ablehnungsgründe

Eine Übersicht zur Frage, welche Ablehnungsgründe zum Erstantrag wie häufig erhalten wurden, gibt Tabelle 45.

Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Ablehnungsgründe (N = 342)

Ablehnungsgründe	1 x	2 x	öfter	Summe	%
Prognose zu schlecht	96	29	9	134	39
Störungszusammenhang nicht angemessen erklärt	86	31	13	130	38
Ein anderes Therapieverfahren indiziert	84	21	7	112	33
Es liegt keine "Krankheit" vor, sondern allgemeines Lebensproblem etc.	70	21	6	97	28
Sonstige Gründe	65	16	7	88	26
Behandlungsplan wird nicht akzeptiert	43	27	8	78	23
Keine psychotherapeutische, sondern organmedizinische Indikation	38	1	4	43	13

39 % der Vertragspsychotherapeuten haben wegen zu "schlechter Prognose" und 38 % wegen einer inadäquaten Erklärung des Störungszusammenhang mindestens schon einmal eine Ablehnung des Erstantrages erhalten. Hingegen geben nur 13 % an, der Antrag sei abgelehnt worden, weil nach dem Urteil des Gutachters keine psychotherapeutische, sondern eine organ-medizinische Indikation vorgelegen habe.

Häufigkeit der Ablehnungsgründe in Abhängigkeit vom Therapieverfahren

Aus Tabelle 46 ergibt sich, wie die Angaben zu den Ablehnungsgründen je nach Therapieansatz verteilt sind:

Tabelle 46: Rangliste der Ablehnungsgründe in Abhängigkeit vom Therapieansatz

Rangliste der Ablehnungsgründe nach Therapieansatz	Häufigkeit der Nennungen*	
	Anzahl	%
PA (N = 95)		
1. Störungszusammenhg. inadäquat erklärt	46	19,5
2. Prognose zu schlecht	43	18,2
3. Keine "Krankheit", sondern allg. Problem	40	16,9
4. Anderes Therapieverfahren indiziert	34	14,4
5. Behandlungsplan wird nicht akzeptiert	34	14,4
6. Sonstige Gründe	27	11,4
7. Keine PT, sondern organmed. Indikation	12	5,1
aKJP (N = 29)		
1. Keine "Krankheit", sondern allg. Problem	21	27,3
2. Prognose zu schlecht	16	20,8
3. Störungszusammenhg. inadäquat erklärt	13	16,9
4. Sonstige Gründe	9	11,7
5. Behandlungsplan wird nicht akzeptiert	9	11,7
6. Keine PT, sondern organmed. Indikation	5	6,5
7. Anderes Therapieverfahren indiziert	4	5,2
TP (N = 125)		
1. Anderes Therapieverfahren indiziert	85	26,2
2. Störungszusammenhg. inadäquat erklärt	63	19,4
3. Prognose zu schlecht	54	16,6
4. Sonstige Gründe	40	12,3
5. Keine "Krankheit", sondern allg. Problem	36	11,1
6. Behandlungsplan wird nicht akzeptiert	30	9,2
7. Keine PT, sondern organmed. Indikation	17	5,2
VT (N = 93)		
1. Prognose zu schlecht	68	22,8
2. Störungszusammenhg. inadäquat erklärt	65	21,8
3. Behandlungsplan wird nicht akzeptiert	53	17,8
4. Sonstige Gründe	42	14,1
5. Keine "Krankheit", sondern allg. Problem	33	11,1
6. Anderes Therapieverfahren indiziert	19	6,4
7. Keine PT, sondern organmed. Indikation	18	6,0

* Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich,
Angaben zur Häufigkeit wurden als Nennungen wie folgt verbucht:

1x = 1
2x = 2
„öfter“ = 3

Statistische Gruppenvergleiche

Tabelle 46 zeigt auf, daß je nach Therapieansatz die Häufigkeit spezifischer Ablehnungsgründe unterschiedlich vorzukommen scheint. Um diese Gruppenunterschiede prüfstatisch zu untersuchen, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse berechnet.

Tabelle 47: Varianzanalyse der Ablehnungsgründe über die vier Berufsgruppen

Welche Ablehnungsgründe wurden Ihnen wie häufig mitgeteilt ? Codierung: 0-keinmal 1-einmal oder öfter	Mittelwert Fachrichtung					Anova	
	PA N=95	aKJP N=29	TP N=125	VT N=93	alle N=342	F (3/338)	p
Prognose zu schlecht	0,39	0,41	0,34	0,45	0,39	0,88	.451
Störungszusammenhg. inadäquat erklärt	0,31	0,21	0,42	0,45	0,38	3,04	.029
Ein anderes Therapieverfahren indiziert	0,31	0,28	0,46	0,18	0,33	6,99	.000
Keine "Krankheit" vor, sondern allg. Problem etc.	0,33	0,52	0,22	0,25	0,28	3,90	.009
Sonstige Gründe	0,23	0,28	0,26	0,28	0,26	0,21	.892
Behandlungsplan wird nicht akzeptiert	0,23	0,07	0,19	0,32	0,23	3,33	.020
Keine PT, sondern organmedizinische Indikation	0,12	0,17	0,10	0,15	0,13	0,57	.636

Anmerkungen. N = 342 Therapeuten, die mindestens einmal einen Erstantrag abgelehnt bekommen haben.

Tabelle 47 zeigt die Verteilung über die verschiedenen Fachrichtungen.

- ➔ Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unterscheiden sich signifikant von den übrigen drei Fachrichtungen in bezug auf eine größere Häufigkeit des Ablehnungsgrundes "es liegt keine Krankheit vor" (M = 0,52, F = 3,90, p = .009).
- ➔ Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten erhielten signifikant häufiger als die übrigen Gruppen (M = 0,46, F = 6,99, p < .001) den Ablehnungsgrund, daß "ein anderes Therapieverfahren indiziert" sei.
- ➔ Tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten (M = 0,42) und Verhaltenstherapeuten (M = 0,45) wurde signifikant häufiger ein Erstantrag abgelehnt, weil der "Störungszusammenhang nicht angemessen erklärt" gewesen sei (F = 3,04, p = .029).
- ➔ Verhaltenstherapeuten geben in 32% der Fälle an und damit signifikant häufiger als die übrigen drei Fachrichtungen, daß sie den Ablehnungsgrund „Behandlungsplan wird nicht akzeptiert“ erhalten hatten (M = 0,32, F = 3,33, p = .020).

9.3 Zusammenfassung und Diskussion

Bisher gibt es keine Überprüfung des gutachterlichen Entscheidungsverhaltens, insbesondere keinen Überblick über Begründung und Inhalte von Ablehnungen im Gutachterverfahren. Während die Antragsberichte der Psychotherapeuten im Gutachterverfahren ausführlich inhaltsanalytisch untersucht wurden (Linden, Förster, Oel & Schlötelborg, 1993), ist die konkrete Entscheidungspraxis der Gutachter ungeprüft. Insofern vermitteln die hier vorgelegten empirischen Daten eine erste Transparenz über Entscheidungsmuster, die ohne eine empirische Fragestellung nicht aufzeigt werden könnten.

Die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhalten signifikant häufiger und am meisten den Ablehnungsgrund "keine Krankheit". Eine solche Ablehnungsbegründung ist äußerst kritisch zu beurteilen, denn gerade die Abgrenzung zwischen einerseits psychotherapie-relevanter Krankheit und andererseits Befindlichkeitsstörungen, Krisen, Problemen etc. ist aus gutachterlicher Fallferne sehr zweifelhaft. Es ist nicht auszuschließen, daß gerade den analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit ihren Grundberufen als Pädagogen und Sozialpädagogen (vgl. oben Seite 24) das "medizinische Sprachmuster" nicht im gutachterlich erwünschten Maß zur Verfügung steht und eine zu sehr pädagogische Sprache zu wenig medizinische Krankheits-Konnotationen auslöst, insbesondere wenn, wie zu Zeiten des Delegationsverfahrens (also dieser Untersuchung) ausschließlich Ärzte zur Antragsbegutachtung bestellt waren. Leider gibt es keine Untersuchung, ob die abgelehnten Fälle tatsächlich keine Krankheitsrelevanz hatten, und es ist nur zu hoffen, daß nicht wegen mangelhafter Erfüllung eines medizinischen Sprachjargons negative Kinder- und Jugendlingschicksale entschieden wurden.

Eventuell kommt hier auch eine von Gutachtern vielleicht als geringer eingeschätzte "Beschwerdemacht" der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum Tragen, so daß dieser fragwürdige Ablehnungsgrund gerade bei ihnen besonders einzusetzen gewagt wird.

Bei den tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten ist deren signifikant häufigster Ablehnungsgrund "ein anderes Therapieverfahren indiziert" auch nicht ohne problematischen Hintergrund. Bei den tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten handelt es sich zum Teil um Vertragspsychotherapeuten ("Zusatztitler"), die über eine (gegenüber ihren psychoanalytisch ausgebildeten Kollegen) erheblich eingeschränkte Ausbildung bzw. "nur nominell über eine psychotherapeutische Schulung" (vgl. Enke, 1998, S. 487) verfügen. So sind in der Vergangenheit von den Kassenärztlichen Vereinigungen in extensiver Weise Kassenzulassungen vergeben worden, um einerseits psychiatrische Besitzstände zu wahren (vgl. Enke, a.a.O.) oder andererseits dem seitens der Krankenkassen angemahnten Sicherstellungsauftrag in der Psychotherapieversorgung zu genügen und der "bedrohlichen" Erstattungspraxis (psychologische Psychotherapie im Erstattungsverfahren) entgegenzuwirken (für die Verhaltenstherapie vgl. Köhlke, 1997). Da die Gutachter im PA/TP-Bereich "gestandene" Psychoanalytiker sind, mit umfänglicher Investition in eine jahrelange psychoanalytische Institutsausbildung, strahlen diese unterschiedlichen Erfahrungs- und Qualifikationshintergründe in die Antragsbegutachtung hinein. Insofern kann in dem, von Psychoanalytikern entschiedenen, häufigsten Ablehnungsgrund bei tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten, "anderes Therapieverfahren indiziert", einerseits eine gewisse Kontrolle (so etwa bei tiefenpsychologischem Behandlungsantrag schwerer Persönlichkeitsstörungen, Borderline etc.) liegen, andererseits auch eine gewisse fachliche Arroganz verborgen sein, die mit hierarchischer Entscheidungsmacht ausgestattet ist. Dieser bisher wohl nur unterschwellige Konfliktstoff könnte sich erheblich verschärfen, wenn die nach dem PTG jetzt zahlreich hinzukommenden Psychologen (überwiegend für "tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie" zugelassen) sich mit Psychoanalytikern als ablehnende Gutachter konfrontiert sehen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß der Ablehnungsgrund "anderes Therapieverfahren indiziert", der bei den "Tiefenpsychologen" immerhin mit 26 % als häufigster Grund angegeben wird, bei den Verhaltenstherapeuten nur mit 6,4 % eine völlig untergeordnete Bedeutung hat. Dies deutet auf die im "theoretischen Teil" (siehe oben Seite 77) ausgeführte Vermutung hin, daß eine Differentialindikation de facto nicht stattfindet. Ist zum Beispiel ein Patient, durch welche unspezifischen Zugangswege auch immer, erst in einer verhaltenstherapeutischen Praxis angekommen, ist es äußerst unwahrscheinlich, daß er im Wege des Gutachterverfahrens in ein anderes, indizierteres Therapieverfahren verwiesen wird.

10 DER SOG. PÄDAGOGISCHE EFFEKT DES GUTACHTERVERFAHRENS

Von verschiedener Seite wird dem Gutachterverfahren ein positiver pädagogischer Effekt zugeschrieben. Aufgrund des auferlegten Antrags-Berichts-Verfahrens und der spezifischen gutachterlichen Rückmeldungen (Stellungnahmen) besonders bei Ablehnungen und Nachbesserungsaufgaben ist der Psychotherapeut gezwungen, sich intensiv mit dem jeweiligen Fall auseinanderzusetzen. Dieser sich wiederholende Lernprozeß führe zu einer sukzessiven Zunahme von therapeutischer Qualifikation und damit zu steigender Therapiequalität. Insofern würde das Gutachterverfahren nicht nur eine Maßnahme der Qualitätskontrolle sein, sondern auch der Qualitätsförderung dienen.

Mit dieser Grundannahme eines therapeutischen Lerneffekts durch die pädagogischen Wirkungen eines PT-Gutachterverfahrens sind erhebliche "legislatorische" und alltagspraktische Folgen verbunden: So ist zum einen nun auch die (bisher gutachterfreie) Kurzzeittherapie ab 1.1.2000 als gutachterpflichtig normiert worden (F II. der Psychotherapie-Richtlinien).

Zum anderen sind ab einer bestimmten Menge von Antrags-Berichts-Erfahrung Befreiungsmöglichkeiten bereits geschaffen und weitere unmittelbar in Diskussion. So können sich Vertragspsychotherapeuten von der Begründungspflicht ("Bericht an den Gutachter") befreien lassen, wenn sie eine bestimmte Menge von Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren vorlegen können. Für die Kurzzeittherapie gilt diese Befreiungsmöglichkeit ab 1.1.2000 durch 35 nachgewiesene gutachterpflichtige Antragsgenehmigungen (F III.2. Psychotherapie-Richtlinien) und für die Langzeittherapie wird eine entsprechende Befreiung von der Gutachterpflichtigkeit des Erstantrages (nicht der Fortführungsanträge) ab 50 Therapiegenehmigungen mit Gutachterverfahren bereits seit längerem (vgl. Dahm, 1996) diskutiert.

Die Logik dieser erweiterten Gutachterpflichtigkeit und Befreiungsmöglichkeit nach einer nachgewiese-

nen Teilnahmedauer liegt darin, daß dem Gutachterverfahren neben der Qualitätskontrolle auch ein Lerneffekt zugeschrieben wird, der dann mit einer bestimmten erreichten Menge wohl ausreichend sein soll. Deshalb sei die Verpflichtung zur Teilnahme am Gutachterverfahren vor allem auch für "Berufsanfänger" (vgl. Dahm, 1996, S. 497) notwendig.

Mit dieser bedeutsamen und folgenreichen Zuschreibung eines "pädagogischen Effekts" durch Gutachterverfahren soll sich im folgenden sowohl theoretisch als auch empirisch auseinandergesetzt werden.

10.1 Erkenntnis- und Meinungsstand

Von verschiedener Seite wird dem Gutachterverfahren ein positiver Effekt insofern unterstellt, als es den Therapeuten durch den Antrags-Berichts-Zwang zur ausführlichen Reflexion über die therapeutische Situation, über sein hypothetisches Störungsmodell und die geeigneten Behandlungsmaßnahmen veranlasse und ihn nötige, seine diagnostische und konzeptionelle Sicht zu begründen und in verdichteter Abstraktion überzeugend zu formulieren.

"Chance" und "Gewinn" durch Teilnahme am Gutachterverfahren

Die Autoren des Forschungsgutachtens zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes (Meyer et al., 1991) widmen der lernspezifischen Wirkung des Gutachterverfahrens einen eigenen Abschnitt: „Das Gutachterverfahren hat einen starken pädagogischen Effekt. Es zwingt den Behandler, die gewonnenen Informationen noch einmal zu sichten, zu gewichten und zu integrieren (notfalls zu ergänzen) und einen Behandlungsplan zu konzipieren“ (S. 152). Andere Autoren sprechen von „bedeutsamem Gewinn“ (Faber & Haarstrick, 1996, S. 61) oder von „erwiesener Chance“ (Weigeldt 1996, S. 508), die in der Fallreflexion und in der schlüssig formulierten Darlegung der Antragsbegründung läge. In einem Tagungsbericht zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie berichtet Vogel (1993) über eine kontroverse Diskussion zum Gutachterverfahren und zitiert A.-E. Meyer, der zwar eine Qualitätsprüfung im Rahmen des derzeitigen Gutachterverfahrens bezweifle, aber „die Hauptfunktion der Psychotherapieanträge darin (siehe), daß der Antragsteller veranlaßt werde, sich vor Beginn der Therapie über die Zielsetzung und Behandlungsplanung differenzierte Gedanken zu machen“ (S. 98).

Dahm (1996) faßt die diesbezüglichen Meinungsäußerungen der Gutachter zusammen: „Das Gutachterverfahren erfüllt durchaus einen Qualitätssicherungsaspekt in der Psychotherapie. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die Begründung von Berufsanfängern. Weiterhin sorgt das Gutachterverfahren für einen Zwang zum fortgesetzten Selbstkontrollieren des Therapeuten. Zudem wird der Arzt bzw. Therapeut durch die Begründung der Antragstellung zur Präzisierung der Diagnostik, Indikationsstellung und Prognose gezwungen, was wiederum dem Patienten selbst bzw. dessen qualifizierter Behandlung zugute kommt“ (Dahm, 1996, S. 497).

Auch in Praktikerkreisen ist diese Meinung anzutreffen. Wenn überhaupt Pro-Argumente zum Gutachterverfahren von Praktikern zu hören sind, dann zumeist mit der Begründung eines für sie positiven pädagogischen Begleitpekts.

Kritische Auseinandersetzung mit der obligatorischen Verordnung eines "pädagogischen Effekts"

Zunächst einmal ist darauf hinzuweisen, daß auch diese sekundäre Gutachtenlegitimation (neben der primären als Wirtschaftlichkeitsprüfungs- und Qualitätssicherungsmaßnahme) ebenfalls auf rein subjektiven Aussagen basiert.

Insbesondere ältere, erfahrene Praktiker können die Legitimation des Gutachterverfahrens mit dessen Zuschreibung eines „starken pädagogischen Effekts“ auch als Zumutung empfinden. Ob diese aufwendige Unterziehung eines Antrags- und Beurteilungsverfahrens tatsächlich einen „bedeutsamen Gewinn“ für sie hat, möchten und können nur sie selbst entscheiden und brauchen hier keine suggestive Bevormundung (siehe auch Nedelmann, 1990). Sie ärgern sich über eine fürsorgende Argumentation von „erwiesener Chance“. Sie wehren sich gegen die Verschreibung eines „pädagogischen Effekts“, so als wären sie Schüler, die immer wieder zu korrekter Arbeit ermahnt und angehalten werden müßten. So als hätten sie nicht durch Studium, aufwendige Fachausbildung und eventuell noch jahrelange Praxis ein gereiftes, beruflich seriöses Selbstverständnis erreicht, das solche Applizierung von pädagogischen Maßnahmen nicht nur nicht nötig hat, sondern als herabwürdigend und anmaßend beurteilen läßt.

Auch anderen Berufsgruppen wie zum Beispiel Chirurgen, Steuerberatern oder Handwerksmeistern wird nicht zugemutet, vor deren eigentlicher Arbeit zunächst eine schriftliche Abhandlung abzufassen

über das, was sie machen wollen, weil dies eine pädagogische Wirkung habe.

Es geht nicht darum, sich nicht immer wieder reflektorisch selbstkritisch in Frage zu stellen und selbst zu kontrollieren.

Die sensible Selbstreflexion gehört zu den therapeutischen Grundvoraussetzungen. Es kann ja durchaus auch sein, daß manche Therapeuten diesen Berichtsanlaß brauchen, um sich einen Überblick zu verschaffen. Vielleicht gilt dies verstärkt für sehr lange Therapien. Aber die psychotherapeutische Praxis von Amts wegen mit einem derartigen Aufwand allgemein zu überziehen und ihr dann (beinahe väterlich) zu erklären, dies habe für sie einen „pädagogischen Effekt“ und dies dann auch noch als „Hauptfunktion“ des äußerst zeitaufwendigen Gutachterverfahrens gutzuheißen, trägt lehrmeisternde, moralisierende, autoritative Züge.

"Pädagogischer Effekt" und therapeutisches Verantwortungsbewußtsein

Mehrfach findet sich in den Aussagen, daß das Gutachterverfahren den Praktiker quasi zur Reflexion „zwingt“. Ohne einen solchen „Zwang“ steht demnach wohl zu befürchten, daß er sich zu wenig „differenzierte Gedanken über die Zielsetzung und Behandlungsplanung vor Beginn einer Therapie“ (s.o.) macht. Daß er sich ohne solchen Zwang nicht ausreichend selbst kontrolliert, Informationen nicht genügend sichtet und gewichtet und seine Arbeit nicht präzise genug verrichtet.

Die Befürworter des Gutachterverfahrens gehen anscheinend davon aus, daß der Therapeut erst durch die Berichterstellung veranlaßt wird, sich „über die Zielsetzung und Behandlungsplanung differenzierte, präzisierende Gedanken zu machen“. Scheinbar soll ihn der Bericht zu etwas anregen, was er sonst zu wenig täte?

Aber ist die differenzierte Fallreflexion nicht eine grundsätzliche Anforderung an den seriösen Therapeuten, die für den gesamten Therapieprozeß und nicht nur für die Beginn- oder Fortsetzungsplanung gilt? Wen soll dieser gutachterlich veranlaßte Reflexionszwang eigentlich erreichen?

„Verantwortungsbewußte“ Therapeuten zeichnen sich dadurch aus, daß ihre berufliche Grundeinstellung an der Effektivität ihrer Arbeit zum Nutzen der jeweiligen Patienten orientiert ist. Sie brauchen keinen äußeren Zwang, sie reflektieren nicht nur im therapeutischen Beginnstadium, um einen plausiblen Bericht erstellen zu können, sondern während der gesamten Therapiedauer. Sie wissen, daß sie sich

keinesfalls auf den Erkenntnissen des Beginnprozesses „ausruhen“ können, sondern müssen andauernd neue Informationen sichten und gewichten und fortlaufend Anpassungen an den (wenig vorhersagbaren) Therapieverlauf leisten. Für sie bedeutet psychotherapeutische Arbeit eine permanente sensible und sensitive Konzentration und einen andauernden Differenzierungsvorgang, der sowohl analysierende, diagnostizierende, planerische Metaprozesse als auch persönlich involvierte, aktive und reaktive Interventionsprozesse umfaßt. Grundsätzlich benötigen sie keinen pädagogischen Zeigefinger, um ihre Arbeit ordentlich zu tun, dies ist ihre berufsethische Grundeinstellung. Die ihnen mit dem Antragsbericht abverlangte „Fallreflexion“ ist eine Leistung, die sie ohnehin (permanent) vornehmen, so daß der „pädagogische (Nachhilfe-)Effekt“ bei ihnen prinzipiell unnötig ist.

Dagegen könnten die eventuell "weniger verantwortungsbewußten" Therapeuten einen Zwang zur Reflexion und Differenzierung grundsätzlich gebrauchen. Aber diese bräuchten ihn dauerhaft und nicht nur in einer ("abhakbaren") Antragsphase. Und da sie sich eben ihre Arbeit möglichst leicht und be-

quem machen wollen, werden sie optimale Strategien entwickeln, mit einem Minimum an Aufwand „durch das gutachterliche Prüfverfahren zu kommen“. Ihre Berichtsstrategien orientieren sich an gutachterlicher Erwünschtheit, lassen eher austauschbare Fallschablonen und standardisierte Behandlungspläne entwickeln und clevere Erleichterungstatbestände erfüllen. Für diesen Personenkreis ist das Schreiben der Berichte vielleicht noch nicht einmal so schlimm ("eine Qual" - s.o. S. 56), gerade weil sie nicht reflektorisch „am Fall kleben“, sondern sehr pragmatisch dieses ganze Antragsprozedere als notwendiges Übel „abhaken“ wollen, um dann ihr ineffektives Therapieren offiziell legitimiert zu haben.

Also könnte dieser nachgesagte pädagogische Effekt durch Teilnahme am Gutachterverfahren gerade nicht diejenigen treffen, die ihn grundsätzlich bräuchten und stattdessen diejenigen, die ihre Arbeit ohnehin verantwortungsbewußt und seriös machen, mit einem erheblichen quantitativen und qualitativen Aufwand (überflüssigerweise) überziehen.

10.2 Empirischer Teil

Die Zuschreibung eines pädagogischen Effekts durch das Gutachterverfahren im allgemeinen und durch gutachtliche Rückmeldungen (Stellungnahmen) im besonderen ist in drei Variablen zu erfassen gesucht worden. Eine Variable („Selbstkontrolle durch Begründungszwang“) ist unmittelbar an der diskutierten Thematik des pädagogischen Effektes orientiert, eine andere befaßt sich mit dem Lerneffekt ("hilfreich") durch gutachterliche Kommentare und die dritte Variable fragt, ob die jeweiligen Ablehnungsgründe vom "betroffenen" Vertragspsychotherapeuten als berechtigt beurteilt wurden, denn hierin spiegeln sich eventuelle Lernprozesse durch eine Art von fallspezifischer gutachterlicher "Supervision" (Bender, 1998) wider.

Antrags-Begründungszwang zur Selbstkontrolle und differenzierten Fallreflexion

In dem o.a. (s. S. 84) kleinen Literaturüberblick zum pädagogischen Effekt des Gutachterverfahrens wird eine Aussage aus dem Kreis der KBV zitiert, die hier als Formulierungsvorlage diente: "Weiterhin sorgt das Gutachterverfahren für einen Zwang zum fortgesetzten Selbstkontrollieren des Therapeuten" (Dahm, 1996, S. 497).

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

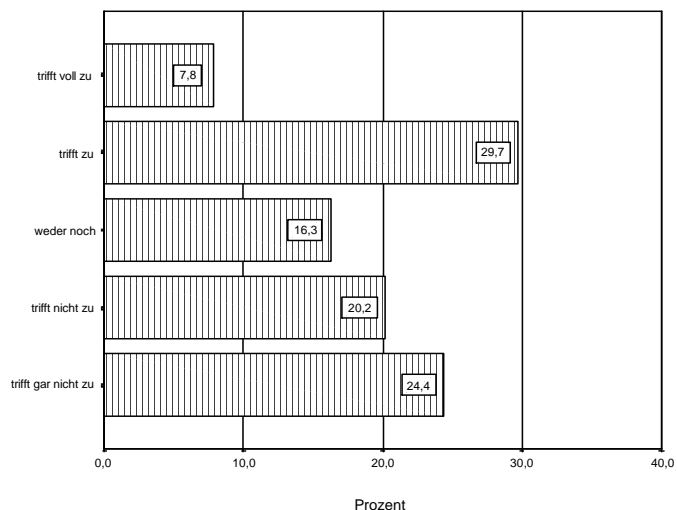
*Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:*

„Den Antrags-Begründungszwang brauche ich zur Selbstkontrolle,
um den Fall und Behandlungsplan differenziert zu reflektieren“

Tabelle 48: Häufigkeitstabelle zur Aussage:
Selbstkontrolle durch Begründungszwang

	Häufigkeit	Prozent
trifft voll zu	50	7,8
trifft zu	190	29,7
weder noch	104	16,3
trifft nicht zu	129	20,2
trifft gar nicht zu	156	24,4
Gesamt	629	98,3
Ungültig	11	1,7
Gesamt	640	100,0

Abbildung 33: Antrags-Begründungszwang brauche ich zur
Selbstkontrolle und differenzierter Fallreflexion



37,5 % der Vertragspsychotherapeuten stimmen der Aussage zu, den Begründungszwang zur Selbstkontrolle zu brauchen, während diese Aussage von ca. 45 % abgelehnt wird. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich in der jeweiligen Maximalbewertung, wonach ca. 8 % der Aussage "voll" zustimmen gegenüber ca. 25 %, die diese Aussage "voll" ablehnen.

Die relativ hohe Zustimmung (37,5 %) zu einem Selbstkontrolleffekt durch die auferlegte Antrags-Begründungspflicht spiegelt die z.T. angetroffene (S. 84) Praktikermeinung wider.

Von einer differentiellen Analyse dieser Angaben ist weiterer Aufschluß zu erwarten.

Reflexions- und Selbstkontrolleffekt in Abhängigkeit vom Therapieansatz

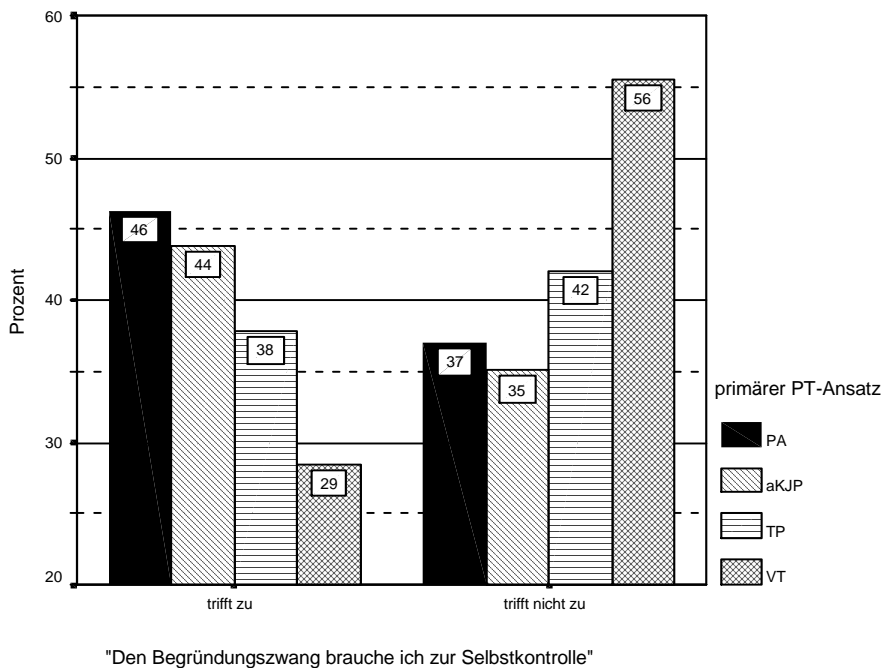
Im folgenden wird überprüft, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich der Zustimmung zur Aussage unterscheiden, den Begründungszwang zur Selbstkontrolle zu brauchen. Die folgende Tabelle mit den Variablen "Selbstkontrolle durch Gutachterverfahren" und "primärer Therapieansatz" gibt einen differenzierten Überblick:

Tabelle 49: Aussage zum Selbstkontrolleffekt durch Gutachterverfahren in Abhängigkeit vom Therapieansatz

		"Den Antrags-Begründungszwang brauche ich zur Selbstkontrolle, um den Fall und Behandlungsplan differenziert zu reflektieren"					Gesamt
		trifft voll zu	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu	
PA	Anzahl	14	61	22	30	30	157
		8,9%	38,9%	14,0%	19,1%	19,1%	100,0%
aKJP	Anzahl	7	18	11	8	12	56
		12,5%	32,1%	19,6%	14,3%	21,4%	100,0%
TP	Anzahl	20	61	42	46	44	213
		9,4%	28,6%	19,7%	21,6%	20,7%	100,0%
VT	Anzahl	9	50	29	45	70	203
		4,4%	24,6%	14,3%	22,2%	34,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	50	190	104	129	156	629
		7,9%	30,2%	16,5%	20,5%	24,8%	100,0%

Es zeigt sich, daß Psychoanalytiker gegenüber Verhaltenstherapeuten zu einer stark unterschiedlichen Einschätzung dieser Aussage gelangen, was in der nachfolgenden Fokus-Abbildung gut zum Ausdruck kommt.

Abbildung 34: Einschätzung des pädagogischen Effekts nach Therapierichtung



➔ Im Vergleich der Gruppenunterschiede wird die Aussage: „den Antrags-Begründungszwang brauche ich zur Selbstkontrolle, um den Fall und Behandlungsplan differenziert zu reflektieren“ von den Verhaltenstherapeuten signifikant häufiger abgelehnt als von allen anderen Therapierichtungen.

Sind die Kommentare der Gutachter hilfreich?

Das Ideal eines qualitätsfördernden Gutachterverfahrens könnte einen fachlichen Austausch zwischen Vertragspsychotherapeuten und Gutachter vorsehen, bei dem nicht so sehr eine Kontrolle als eher eine Art fallbezogene Kommunikation im Vordergrund stünde. Die Stellungnahmen der Gutachter hätten dann einen interessiert fragenden, anregenden und z.T. quasi supervisorischen Charakter. Wie weit das Gutachterverfahren tatsächlich diesem Ideal mit pädagogischem Effekt nahekommt, sollte in der Befragung der Vertragspsychotherapeuten nachgeprüft werden.

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

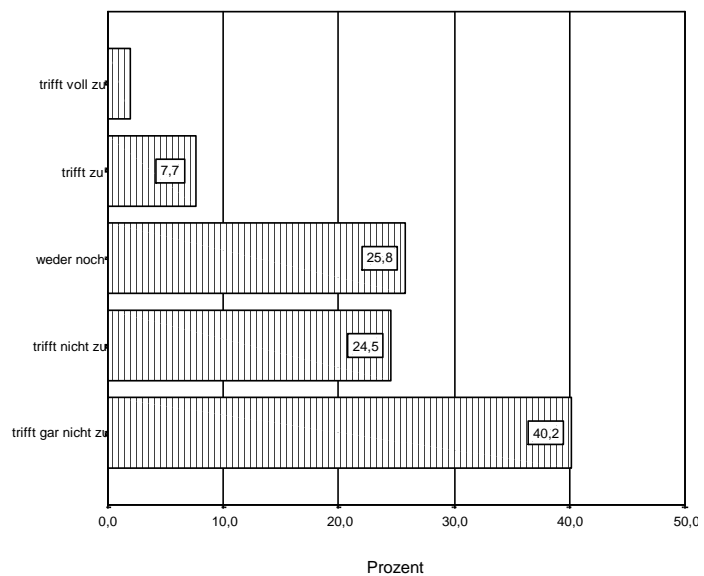
*Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:
„Die Kommentare der Gutachter sind überwiegend hilfreich“*

Tabelle 50: Häufigkeitstabelle zur Aussage:
Gutachterkommentare sind hilfreich

	Häufigkeit	Prozent
trifft voll zu	12	1,9
trifft zu	49	7,7
weder noch	165	25,8
trifft nicht zu	157	24,5
trifft gar nicht zu	257	40,2
Gesamt	640	100,0

Abbildung 35: Einschätzung der Aussage:

"Die Kommentare der Gutachter sind überwiegend hilfreich"



Etwa 65 % der Vertragspsychotherapeuten lehnen die Aussage ab, "die Kommentare der Gutachter sind überwiegend hilfreich" und nicht einmal 10 % stimmen dieser Aussage zu.

Noch krasser zeigt sich die Ablehnung in der jeweiligen Maximalbewertung, wonach nur ca. 1,9 % der Aussage "voll" zustimmen gegenüber ca. 40,2 %, die diese Aussage "voll" ablehnen.

Ein solch starkes Negativurteil gibt zu denken. Eventuell lassen sich aus der Differenzierung der Angaben nach Therapierichtungen Erklärungen finden.

Einschätzung der Gutachterkommentare als "hilfreich" in Abhängigkeit zur Therapierichtung

Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich Zustimmung oder Ablehnung zu der Aussage unterscheiden, die "Gutachterkommentare sind hilfreich".

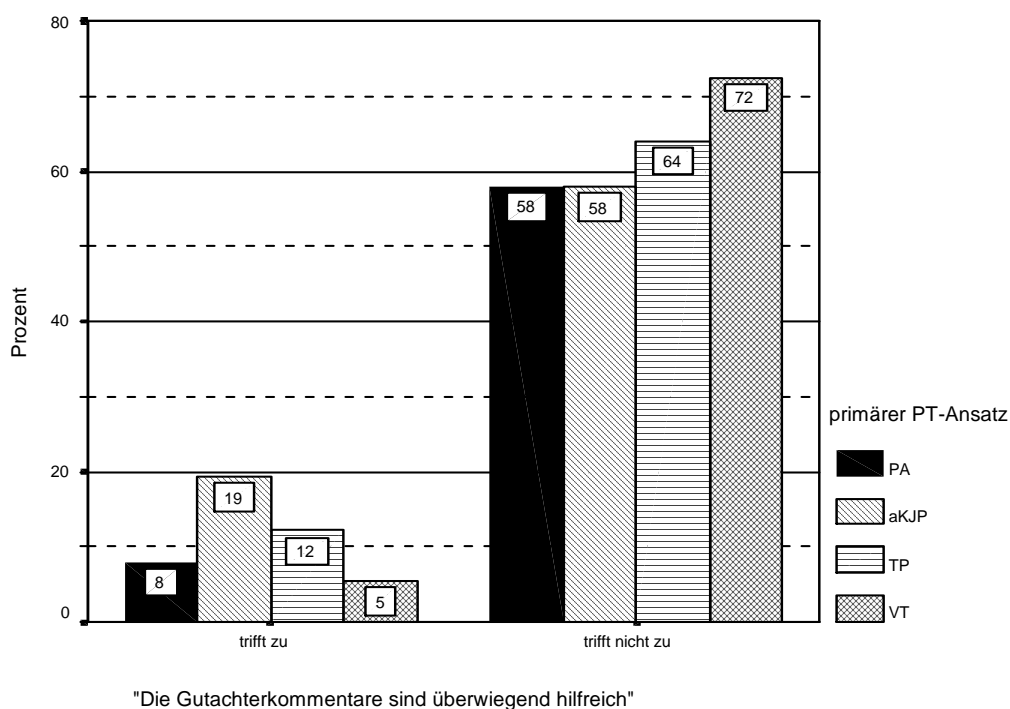
Die (Kreuz-)Tabelle 51 mit den Variablen "Gutachterkommentare sind hilfreich" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung zur Aussage "Gutachterkommentare sind hilfreich" in Abhängigkeit zum Therapieansatz

	"Die Kommentare der Gutachter sind überwiegend hilfreich"					Gesamt
	trifft voll zu	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu	
PA	2 1,2%	11 6,8%	55 34,0%	46 28,4%	48 29,6%	162 100,0%
aKJP	3 5,3%	8 14,0%	13 22,8%	15 26,3%	18 31,6%	57 100,0%
TP	3 1,4%	23 10,7%	51 23,8%	58 27,1%	79 36,9%	214 100,0%
VT	4 1,9%	7 3,4%	46 22,2%	38 18,4%	112 54,1%	207 100,0%
Gesamt	12 1,9%	49 7,7%	165 25,8%	157 24,5%	257 40,2%	640 100,0%

Zunächst einmal läßt sich feststellen, daß alle Vertragspsychotherapeuten gleich welcher Fachrichtung zur ganz starken Ablehnung der Aussage kommen, "die Gutachterkommentare sind überwiegend hilfreich". Auffällig ist die Extrembewertung der Verhaltenstherapeuten, die mit 54,1 % die Aussage völlig ablehnen und mit nur 1,9 % völlig zustimmen. Einen solch ausgeprägten Unterschied von über 50 Prozentpunkten zwischen stärkster Zustimmung und stärkster Ablehnung gibt es bei keiner anderen Fachrichtung. Die Fokus-Abbildung 36 bringt die Unterschiede prägnant zum Ausdruck.

Abbildung 36: Einschätzung der Gutachterkommentare als hilfreich je nach Therapierichtung



➔ Die statistische Überprüfung im Vergleich der Therapiefachrichtungen erbrachte folgendes Ergebnis: die Aussage, "die Kommentare der Gutachter sind hilfreich", wird von Verhaltenstherapeuten hochsignifikant häufiger als "nicht zutreffend" beurteilt als von den anderen drei Therapiefachrichtungen.

Lerneffekt durch gutachterliche Stellungnahmen bei Ablehnungen?

Das vorherige Item thematisierte die eher globale Frage, ob die gutachterlichen Kommentare ("Stellungnahmen") im allgemeinen hilfreich sind (diese wurde mit fast 65 % verneint).

Im folgenden geht es nun um die Bewertung der Gutachterkommentare im speziellen Ablehnungsfall: Werden die vom Gutachter ausführlicher zu begründenden Ablehnungen als "berechtigt" empfunden, so daß dadurch eine gewisser Supervisionswirkung im Sinne eines pädagogischen Effekts möglich wird.

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

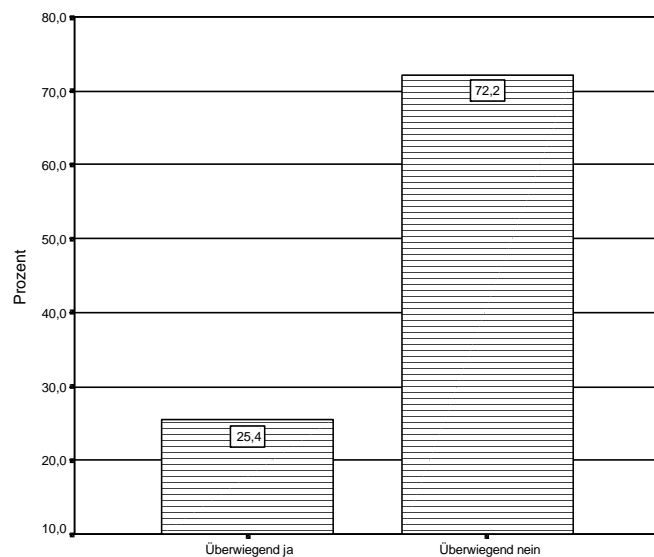
„Fanden Sie die jeweiligen Ablehnungsgründe berechtigt?“

Da sich diese Frage auf die Vorfrage ("Wie häufig welche Ablehnungsgründe?" bezieht und in dieser nur Ablehnungen von Erstanträgen berücksichtigt werden, wurden die Antworten nur derjenigen Vertragspsychotherapeuten ausgewertet, die schon mindestens einmal eine Erstantragsablehnung erhalten haben (N=342) (nähere Einzelheiten siehe oben Seite 80).

Tabelle 52: Häufigkeitstabelle zu Ablehnungsgründe berechtigt

	Häufigkeit	Prozent
Überwiegend ja	87	25,4
Überwiegend nein	247	72,2
Ungültig	8	2,3
Gesamt	342	100,0

Abbildung 37: "Fanden Sie die jeweiligen Ablehnungsgründe berechtigt?" (N=342)



Mehr als 70 % der Vertragspsychotherapeuten mit mindestens einer Erstantragsablehnung beantworteten die Frage, ob sie die jeweiligen Ablehnungsgründe für berechtigt halten, mit "überwiegend nein". Ca. 25 % bejahten diese Frage.

Auch dieses Negativurteil fällt äußerst krass zu Ungunsten des Gutachterverfahrens aus. Eventuell lassen sich aus der Differenzierung der Angaben nach Therapierichtungen weitere Aussagen und Erklärungen finden.

Beurteilung der Ablehnungsgründe als "berechtigt" in Abhängigkeit zur Therapierichtung

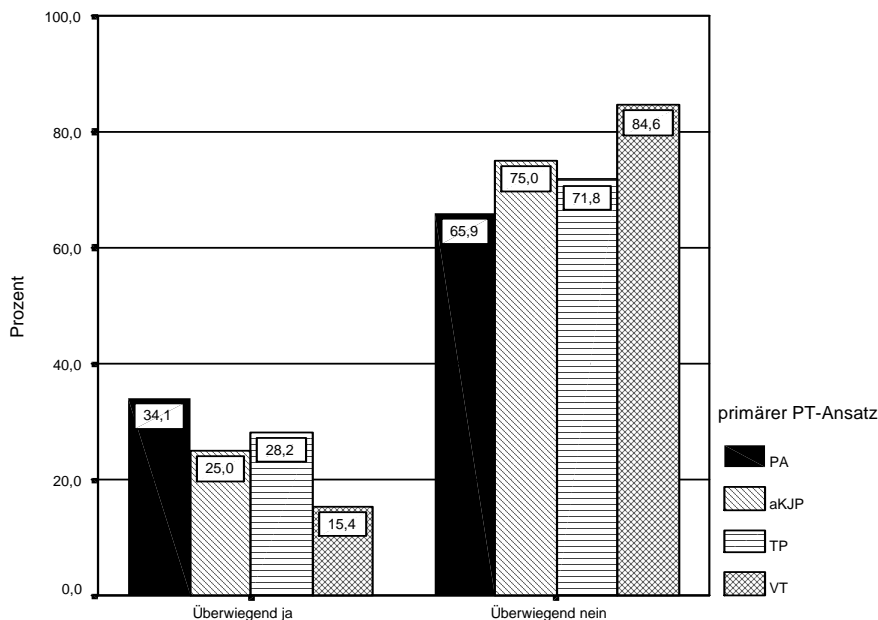
Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) in ihrem Urteil unterscheiden, ob sie die jeweiligen Ablehnungsgründe berechtigt fanden. Tabelle 53 mit den Variablen "Ablehnungsgründe berechtigt" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 53: Häufigkeit zur Aussage "jeweilige Ablehnungsgründe berechtigt" in Abhängigkeit vom Therapieansatz

	Fanden Sie die jeweiligen Ablehnungsgründe berechtigt?		Gesamt
	Überwiegend ja	Überwiegend nein	
PA	31 34,1%	60 65,9%	91 100,0%
aKJP	7 25,0%	21 75,0%	28 100,0%
TP	35 28,2%	89 71,8%	124 100,0%
VT	14 15,4%	77 84,6%	91 100,0%
Gesamt	87 26,0%	247 74,0%	334 100,0%

Zunächst einmal läßt sich feststellen, daß alle Vertragspsychotherapeuten gleich welcher Fachrichtung die Frage: "Fanden Sie die jeweiligen Ablehnungsgründe berechtigt" deutlich verneinen. Besonders auffällig ist die extreme Negativbewertung der Verhaltenstherapeuten, die mit fast 85 % diese Frage verneinen, was in der Fokus- Abbildung 38 prägnant zum Ausdruck kommt.

Abbildung 38: „Fanden Sie die jeweiligen gutachterlichen Ablehnungsgründe berechtigt“ nach Therapierichtung



➔ Die inferenzstatistische Prüfung zeigt, die Frage: „Fanden Sie die jeweiligen Ablehnungsgründe berechtigt“ wird von Verhaltenstherapeuten signifikant häufiger verneint als von Psychoanalytikern.

Grundsätzlich beurteilen die untersuchten Vertragspsychotherapeuten gleich welcher Fachrichtung die von Gutachtern mitgeteilten Ablehnungsgründe ganz überwiegend als „nicht berechtigt“ mit Quoten von 66 % bei den Psychoanalytikern und 85 % bei den Verhaltenstherapeuten. Und zur Erinnerung, auf was sich die "Unberechtigt-Einschätzung" der Vertragspsychotherapeuten vor allem bezieht, seien hier noch einmal die signifikant häufigsten Ablehnungsgründe der jeweiligen Fachrichtung aufgelistet (siehe oben Seite 82):

- ◆ Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: "Keine Krankheit"
- ◆ "Tiefenpsychologen": "Anderes Therapieverfahren indiziert"
- ◆ "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten: "Störungszusammenhang inadäquat ausgeführt"
- ◆ Verhaltenstherapeuten: "Behandlungsplan wird nicht akzeptiert".

10.3 Zusammenfassung und Diskussion

Die empirische Überprüfung der Annahme, das Gutachterverfahren habe einen "starken pädagogischen Effekt" (Meyer et al., 1991, S. 152), führte zu unterschiedlichen Ergebnissen zwischen den Therapiefachrichtungen. Die Aussage, den Antrags-Begründungszwang zur Selbstkontrolle sowie zu differenzierter Fall- und Therapiereflexion zu brauchen, findet bei den analytisch oder tiefenpsychologisch orientierten Fachgruppen (PA, aKJP, TP) in etwa gleiche Zustimmung (38-46 %) wie Ablehnung (37-42 %) während die Verhaltenstherapeuten im Vergleich zu den anderen Fachrichtungen diese Aussage signifikant häufiger ablehnen (56 %) bzw. ihr zustimmen (29 %).

Inwieweit die "*im Gutachterverfahren angestrebte und teilweise auch realisierte Idee der interkollegialen, kommunikativen Kontrolle*" (Enke, 1998, S. 486) tatsächlich einen qualitätsfördernden Lernprozess darstellt, wurde anhand von Items überprüft, die gerade die kommunikative Seite der Gutachterkommentare zu erfassen suchen. So meinen Gutachter selber, "*gutachterliche Hinweise und Empfehlungen können auch als eine Art Supervision angesehen werden*" (Bender, 1998, S. 485).

Vielleicht wären sie das ja, wenn Gutachter sich mehr Arbeit machten und nicht zumeist in bloßen Satzschablonen ihren Stellungnahmen Ausdruck verleihen.

Die diesbezüglichen Fragen stellen den Gutachtern ein äußerst negatives Urteil aus: Etwa 65 % der Vertragspsychotherapeuten lehnen die Aussage ab, "die Kommentare der Gutachter sind überwiegend hilfreich" und nicht einmal 10 % stimmen ihr zu. Bei den Verhaltenstherapeuten sind es sogar 72 %, die diese Aussage ablehnen und gerade 5 % stimmen ihr noch zu.

Nun könnte man annehmen, daß gutachterliche "Supervision" sich ja erst dann entfaltet, wenn es etwas zu bemängeln und anzumerken gibt, so daß ein Lerneffekt besonders durch das gutachterliche Feedback in den mitgeteilten Ablehnungsgründen stattfindet. Aber hier ist die Meinung der Vertragspsychotherapeuten noch einhelliger: Von denjenigen Vertragspsychotherapeuten dieser Untersuchung, die überhaupt schon einmal mit Ablehnungen im Gutachterverfahren zu tun gehabt haben (N = 342), beantworten die Frage, "fanden Sie die jeweiligen Ablehnungsgründe berechtigt", über 70 % mit "überwiegend nein" und ca. 25 % mit "überwiegend ja". Signifikant unterscheiden sich hier noch einmal die Verhaltenstherapeuten mit ca. 85 % Nein-Antworten von den Psychoanalytikern, die allerdings immerhin auch noch zu 66 % "Nein"-Antworten geben.

11 ZUR ZWECKMÄßIGKEIT DES GUTACHTERVERFAHRENS

Das Gutachterverfahren ist eingerichtet, um die im SGB V vorgeschriebene Sicherung und Kontrolle von Qualität und Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Kassenleistungen zu gewährleisten. Demnach soll das Gutachterverfahren möglichst wirksam sicherstellen, daß die jeweiligen psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen notwendig und geeignet sind und die Grundsätze eines hohen qualitativen Standards bei optimalem wirtschaftlichen Mitteleinsatz beachtet sind (vgl. oben S. 13).

Die immer wieder aufbrechenden Diskussionen über das Gutachterverfahren betreffen die Zweifel, ob das Gutachterverfahren diese Aufgaben tatsächlich erfüllt und überhaupt erfüllen kann. Damit ist die Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens selbst in Frage gestellt. Ist es wirklich geeignet, eine effektive Kontrolle und Schutz darzustellen gegenüber unwirksamen, unnötigen, nicht ausreichenden oder übertriebenen Psychotherapiemaßnahmen, die nach SGB V nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sein dürfen?

Insbesondere aus dem Kreis der Praktiker werden hierzu immer wieder kritische Einwände verlautbart. Diese wiederholten, aber letztlich ekletisch vorfindlichen Zweifel waren Anlaß und Ausgangspunkt der vorliegenden empirischen Untersuchung und finden sich in spezifischen Fragestellungen wieder. Um entsprechend den Hintergrund dieser Frageformulierungen nachvollziehbar zu machen, sollen zunächst im folgenden "theoretischen Teil" grundlegende Kritikpunkte an der Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens vorgestellt werden.

11.1 Erkenntnis- und Meinungsstand

Das Gutachterverfahren im Psychotherapiebereich sieht keinen direkten Kontakt des jeweils befaßten Gutachters mit dem Patienten vor, sondern eine Prüfung der eingereichten Unterlagen, wobei hier Kernstück der vom Psychotherapeuten verfaßte schriftliche Antragsbericht ist (siehe oben S. 16).

Diese Art von abstrakter Antizipation und theoretischer Beurteilung ist grundsätzlich schwierig und zweifelbehaftet, wenn es um konkrete Praxis geht. Insbesondere dies kommt in der Kritik auch zum Ausdruck.

Problem einer gutachterlichen "Prüfung nach Aktenlage"

Während sonstige Gutachterverfahren in Wirtschaft, Handwerk und überwiegend auch im juristischen Bereich grundsätzlich die Unmittelbarkeit der Augenscheinsnahme und direkte Untersuchung voraussetzen, findet hier eine Beurteilung „rein theoretisch nach Aktenlage“ statt. Dabei kann sich der Gutachter kaum auf gesichertes Datenmaterial und eine objektive Tatsachenebene beziehen, sondern ist auf die Darstellung des behandelnden Therapeuten angewiesen, so wie sie in dem Antragsbericht zum Ausdruck kommt. Da der Gutachter in der derzeitigen Anlage des Gutachterverfahrens keinerlei Kontakt mit dem Patienten hat, sich also unmittelbar keinen eigenen Eindruck und kein eigenes Urteil verschaffen kann, reduziert sich letztendlich seine Beurteilung auf eine überwiegende Plausibilitäts- und Schlüssigkeitsprüfung der Antragsformulierung.

Damit könnte das Hauptkriterium zur Kontrolle und Sicherung von Qualität auf Anscheins-Eindrücken basieren. Dies wird auch gutachterlicherseits von Linden (1992) auf den Punkt gebracht: „*Und wenn jemand in einem Bericht den Eindruck vermittelt, daß er weiß, was Sache ist und plausibel machen kann, warum er denkt, daß das, was er tut, etwas bringen wird, dann möchte ich den Antrag sehen, der dann abgelehnt würde*“ (S. 89). Anscheinend geht es also um die Vermittlung eines kompetenten Eindrucks und Plausibilität (lat. *plausibilis*: Beifall verdienend; verwandt mit *applaudieren*) und damit zumindest auch um äußere Formulierungs- und Darstellungsfertigkeiten. Dementsprechend ist zu erwarten, daß sich der berichterstattende Therapeut den gutachterlichen Spracherwartungen anpaßt, seine Anträge nach Anwendungsbeispielen (vgl. Keil-Kuri & Görlitz, 1995) standardisiert, das Antrageschreiben im Rahmen seiner Psychotherapieausbildung musterhaft trainiert oder sich eine computergestützte Antragssoftware zulegt, die eventuell sogar noch von Gutachtern selbst entwickelt und vertrieben wird (vgl. Sulz, 1992). Ein solch zentraler schriftlicher Bericht vermittelt dann eine formale Formulierungsgeschicklichkeit, die im Endeffekt zu einer Diskrimination nur noch derjenigen Praktiker führen könnte, die diese formalen Spiel- und Sprachregeln (noch) nicht kennen.

Grundannahme: Rückschluß von "schlechtem" Antrag auf fragwürdige Therapie

Das Gutachterverfahren als vermeintliches Instrument der Qualitätssicherung basiert primär auf der Annahme, daß von einem guten Antrag auch auf eine gute Therapie und von einem schlechten Antrag auch auf eine schlechte Therapie zu schließen ist.

Auch dies wird von Linden (1992) am deutlichsten ausgedrückt: *"Ein schlechter Antrag, eine schlechte Falldarstellung, aus der erkennbar ist, daß z.B. ein Fall nicht überblickt wird - und das sind die Ablehnungsfälle - garantiert schon mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine fragwürdige Therapie"* (S. 80f.).

Zunächst einmal ist auf die grundsätzliche Problematik aufmerksam zu machen, die darin liegt, auf der Basis schlechter schriftlicher Angaben eines vermeintlich "den Fall nicht überblickenden" Therapeuten dann aus gutachterlicher Ferne einen besseren Überblick meinetwegen bekommen zu können. Es geht hier schließlich nicht um die Erfassung relativ gut nachvollziehbarer technischer Sachverhalte, sondern um zumeist komplexe, lebensbiographisch und lebenswirklich verwobene Störungskontexte. Da der Gutachter weder Therapeut noch Patient kennt und deshalb Erklärungslücken von sich aus auch nicht nachbessern kann, bleibt ihm nur der schmale Grat von vermittelter "Einsicht", die ihm der antragstellende Therapeut verschafft oder nicht verschafft. Da er durch die Realitätsferne gerade nicht einen Soll-Ist-Vergleich anstellen kann, kann er im Prinzip auch nicht wissen, "was Sache ist", um es mit den eigenen Worten von Linden (s.o.) auszudrücken. Diese gutachterliche "Ferndiagnostik" unterscheidet dieses Verfahren ganz wesentlich von sonstigen Prüfungsvorgängen und dies - wie schon gesagt - bei der ohnehin viel weniger klar beschreib- und vermittelbaren Komplexität menschlicher "Beschaffenheiten".

Die qualitätssichernde Wirkung des Gutachterverfahrens und damit seine eigentliche Legitimation wird ganz erheblich auf der folgenden, von Linden (1992) pointierten Annahme gestützt: *"Ein schlechter Antrag garantiert mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine fragwürdige Therapie"* (S. 81). Bei näherem Bedenken dieser Kernaussage zeigt sich allerdings, auf welchem unsicherem Terrain sich diese Behauptung gründet.

Ohne geringstes empirisches Fundament wird ein korrelativer positiver Zusammenhang zwischen Antragsqualität und Therapiequalität unterstellt. Dabei wird nicht in Ansatz gebracht, daß eventuell die Fertigkeit zum Formulieren guter Anträge eine qualitativ andere Kompetenz ist als die Fähigkeit, effektive Therapien zu gestalten. Schließlich steht der Annahme, "ein guter Antrag bedeutet eine gute Therapie" bei mangelnder empirischer Datenlage mit genau so großer Wahrscheinlichkeit die Alternativannahme gegenüber, daß "jemand durchaus gute theoretische Anträge schreiben, aber keine effektiven Therapien gestalten kann".

Gutachterliche Prüfbarkeit therapeutischer Effizienz

Zuweilen wird der Antragsbericht und das vorherige Prüfverfahren mit einem "Kostenvoranschlag" verglichen, den es in ähnlicher Form auch beim Zahnersatz gäbe (Linden, 1998). Dem liegt die Vorstellung zugrunde, daß nach einer Aufnahme-, Erhebungs- und Diagnosephase (probatorische Sitzungen) ein verlässlicher Plan erstellt wird, der die wesentlichen Arbeiten aufführt und begründet und eine plausible (Zeit-)Kosten-Kalkulation nachweist. Dieser Voranschlag ("Angebot") wird dann geprüft, wobei eine wesentliche Grundlage gerade darin besteht, daß der Plan verbindlich ist, d.h. die aufgeführten Arbeiten auch entsprechend ausgeführt werden, wobei eine gewisse Abweichungstoleranz in Kauf zu nehmen ist.

Dieses Kalkulations- und Prüfmodell scheint in etwa auch den Kassenvertretern vorgeschwebt zu haben, als sie die Übernahme von Psychotherapie als Kassenleistung mit dem Junktim eines vorgeschalteten Gutachterverfahrens verknüpft haben (vgl. Bender, 1998; Faber & Haarstrick, 1996).

Bei allen verständlichen Wünschen nach Kostenübersicht und Transparenz der auszuführenden Maßnahmen bleibt dennoch zu fragen: Paßt diese Kostenvoranschlags-Prüferwartung für den Psychotherapiebereich?

- ? Sind die Feststellungen in der probatorischen Phase umfassend und verlässlich genug, darauf verbindliche Pläne über auszuführende Maßnahmen und zu erwartende (Zeit-)Kosten zu gründen?
- ? Sind die zu erwartenden konkreten Therapie-Verlaufsbedingungen stabil genug, um eine "Durchführung nach Plan" zu gewährleisten?

Dies sind wesentliche Grundannahmen des Gutachterverfahrens, denn wenn der eingereichte, zu beurteilende Therapieplan keine adäquate Repräsentation der späteren konkreten Therapie darstellt, wird jeder vorherige Prüfungsvorgang zu einer rein theoretischen Illusion.

Diese Erwartung einer Verbindlichkeit von Problem diagnose und auszuführender Therapie wird besonders von der verhaltenstherapeutischen Wissenschaft gefördert. Während die analytischen Therapieverfahren in ihrer Betonung des "Dynamischen" von vorneherein das Prozeßhafte, die Unbestimmtheit und Veränderbarkeit reklamieren, haftet dem wissenschaftlich veröffentlichten Bild von Verhaltenstherapie etwas Statisches an. Insbesondere die verhaltenswissenschaftlichen lege-artis-Forderungen, bei Vorliegen spezifischer Störungen spezifische Verfahren (Standardverfahren) anzuwenden, bedient die verständlichen Leistungserwartungen wie sie für Ärzte anderer Fachgruppen typisch sind. Aber im Unterschied zu den meisten sonstigen ärztlichen Kassenleistungen bestimmen im Psychotherapiebereich nicht nur funktionale, sondern primär gerade auch extrafunktionale Leistungsdimensionen das therapeutische Geschehen. So werden empathische und beziehungsgestaltende therapeutische Kompetenzen als wesentliche Therapiewirkvariablen (vgl. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) heute von allen Therapiefachrichtungen, auch von der verhaltenstherapeutischen, unstrittig anerkannt.

Die "tragfähige" therapeutische Beziehung stellt die eigentliche Brücke zwischen Patient und Therapeut dar und ist "conditio sine qua non" eines wirksamen Therapieprozesses. Selbstverständlich ist sie alleine noch nicht die Therapie. Aber nur über die therapeutische Beziehung entsteht der sensible Zugang zum Patienten, der es ermöglicht, den tieferliegenden Kontext der jeweiligen psychischen Krankheit zu verstehen (therapeutische Empathie) und therapeutische Veränderungsprozesse zu innervieren (therapeutische Wirksamkeit). Aber gerade in diesem hauptsächlichlichen Wirkungsfeld scheint die gutachtliche Prüfbarkeit besonders eingeschränkt.

Gutachter wenden hier ein, die Wichtigkeit von Empathie- und Beziehungsvariablen sei ja selbstverständlich und werde auch nicht bestritten. Daß ein Psychotherapeut die Beziehungsseite handhaben kann, werde als Basisqualifikation quasi vorausgesetzt. Aber die Krankenversicherungen würden nicht damit zu überzeugen sein, eine "Beziehungstherapie" finanzieren zu sollen. Vielmehr sollten die verschiedenen Therapierichtungen zeigen, daß sie etwas

sehr Fachspezifisches tun und sich hierin auch unterscheiden und dies sollte auch Gegenstand der gutachtlichen Überprüfung sein (vgl. Hand, 1992).

Diese Argumentation erscheint zunächst plausibel. Sie besagt, nicht die eigentlichen Hauptwirkfaktoren wie therapeutische Empathie und Beziehungskompetenz werden geprüft, denn diese werden unterstellt, sondern geprüft wird der Plan einer Anwendung ansatzspezifischer Therapieinhalte. Bei näherer Auseinandersetzung ist diese Sichtweise dann doch nicht unproblematisch.

Es ist darauf aufmerksam zu machen, daß diese entscheidend wichtigen psychologischen Basiskompetenzen des Therapeuten besonders schwer auszubilden und gerade nicht als Selbstverständlichkeit jedem Therapeuten verfügbar sind - trotz aller seiner Qualitäten beim Antragschreiben.

Wenn also einerseits die Wichtigkeit zentraler therapeutischer Qualifikationen (z.B. Empathie- und Beziehungskompetenz) für die Therapieeffizienz unbestritten ist, diese nun aber andererseits gerade nicht gutachterlich geprüft werden (können):

Verlagert sich dann nicht der Gegenstand des gutachterlichen Prüfverfahrens weg von der prognostischen Wirksamkeit beantragter Leistungen und hin zu einem (versteckten) Fachkunde-Nachweis?

Und kommt es damit nicht letztendlich zu einer rein theoretischen Kontrolle eines geschickten Umgangs mit fachspezifischer Sprache und schülerhaftem Kenntnisnachweis ansatzspezifischer Methoden und Therapietechniken?

Muß eine diesbezügliche fachliche Qualitätskontrolle nicht vielmehr als Abschlußprüfung der therapie-spezifischen Ausbildung und im Fachkunde-Nachweis des KV-Zulassungsverfahrens erfolgen statt diese im einzelfallorientierten Gutachterverfahren quasi immer wieder nachzuholen?

Gerade weil diese immens wichtigen psychologischen Basiskriterien effizienter Psychotherapie eventuell kaum von einem vorhergehenden Gutachterverfahren erfaßt und geprüft werden können, besteht eben die Gefahr, daß der Berichts- und Prüfungsfokus sich auf Therapietechniken und technizistische Definitionen konzentriert.

Und so geht es bei dieser Diskussion schließlich auch um die Gefahr einer „Medikalisierung von Psychotherapie“ und eines medizinischen Rezeptologie-Denkens durch das Gutachterverfahren: Bei einer spezifischen Symptomatik ist ein spezifisches Therapieprogramm angezeigt und dementsprechend auch zu beantragen.

Dieses Problem zeigt sich besonders in der Verhaltenstherapie, die fest umrissene, zunehmend spezifizierte Störungs- und Behandlungsmodelle (symptomorientierte Standardverfahren) ausweist, deren Kenntnis und lege-artis-Anwendung in der Praxis von verhaltenstherapeutischen Wissenschaftlern immer deutlicher eingefordert wird. Dies hat in der Verhaltenstherapie zu einer anhaltenden Theorie-Forschung-Praxis-Diskussion geführt, die hier nicht ausgeführt, sondern diesbezüglich auf die umfangreiche Literatur verwiesen werden soll: Caspar, 1996, 1997; Caspar & Grawe, 1996; Fiedler, 1996, 1997a, 1997b, 1998; Fiegenbaum, Freitag & Frank, 1992; Grawe, 1988; 1997; Jaeggi, 1991; Kleiber, 1989; Köhlke, 1992, 1993, 1997, 1998; Margraf, 1992; Schmelzer, 1997; Schulte, 1992, 1995, 1997; Wagner, 1997; Wittchen, 1996, 1997.

Verhaltenstherapeuten könnten sich durch das Gutachterverfahren in einem fortgesetzten Widerspruch befinden:

Einerseits die wissenschaftliche Forderung und aufwandsleichternde Versuchung, Standardformulierungen für Standardstörungen und Standardverfahren zu verwenden, andererseits in ihren konkreten Therapien hiervon abzuweichen.

Wie könnte sich eine solch grundsätzlicher Widerspruch zwischen Theorie und Praxis (hier Antrags-theorie gegenüber Therapieprozeß) erklären lassen?

Der verhaltenstherapeutische Praktiker kann sich keinesfalls auf das einmal gelernte Methodenarsenal verlassen, um den vielfältigen und immer wieder neuen Behandlungsanforderungen zu genügen.

Anders als die Standardverfahren erforschenden Wissenschaftler hat er es gerade nicht mit einer nach Symptomen ausgewählten Klientenstichprobe zu tun und muß auch dann therapeutisch effizient tätig

werden, wenn für die jeweilige Problematik noch gar kein verhaltenstherapeutisches Verfahren ausgereift vorliegt. Der zeitlich extrem limitierte Verhaltenstherapie-Praktiker steht unter einem erheblichen Erwartungs-, Verantwortungs- und Erfolgsdruck, der sich aus der lokalen (Kontroll-)Nähe, den existentiellen Abhängigkeiten und der spezifischen emotionalen Therapiebeziehung vor Ort ergibt. Aufgrund dieses strukturellen Anforderungsdrucks muß und wird er auch dann therapeutisch weiter arbeiten, wenn die Standardverfahren trotz lehrbuchmäßiger Anwendung "nicht funktionieren". Er kann es sich grundsätzlich nicht leisten, einen stagnierenden Standardtherapieverlauf als statistisches Datum einer Mißerfolgsquote zu akzeptieren. Es kommt dann zur Anwendung solcher Strategien, wie er sie auch zur Therapie von Störungen entwickelt hat, für die keine "empirisch fundierten Verfahren" existieren. Es ist vermutlich dieser Prozeß, der einen erfahrenen Praktiker von einer "klassischen" Methodenanwendung zu einem übergeordneten Störungs- und Therapieverständnis führt und ihn immer mehr von einem Rezeptologiedenken entfernen und adäquatere therapeutische Entscheidungs- und Handlungsmuster entwickeln läßt (vgl. Köhlke & Kuhr, 1993).

Der verhaltenstherapeutische Praktiker arbeitet dann durchaus mit verhaltenstherapeutischen Prinzipien und Verfahren, verläßt aber doch letztendlich die im Antrag vorgestellte plausible Standardtherapie. Durch diesen, im Gutachterverfahren pointierten Widerspruch kommt es zu Schuldgefühlen und beruflichen Identitätsproblemen vieler niedergelassener Verhaltenstherapeuten, wenn sie vom "wissenschaftlich seriösen", lege-artis-Standard ihres beantragten Behandlungsplanes abweichen und einzelfall-, personspezifisch intuitiv, flexibel und kreativ sein müssen.

11.2 Empirischer Teil

Am sinnvollsten wäre es, die Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens durch eine großangelegte Vergleichsstudie zu untersuchen, wobei eine Gruppe mit Gutachterverfahren und die andere ohne Gutachterverfahren auf einen Vergleich hin eingerichtet werden müßte:

- Kommt es in der Ohne-Gruppe tatsächlich zu mehr Unwirtschaftlichkeit und Qualitätsnachteilen?
- Werden dort längere, schlechtere, ineffizientere Therapien durchgeführt?
- Werden die "gutachterfrei" behandelten Patienten eher rückfällig?
- Verursachen sie im Follow up mehr an weiteren Gesundheitskosten als die andere Gruppe?

Mit einer solchen empirischen Untersuchung, die in enger Kooperation mit den jeweiligen Krankenkassen durchzuführen wäre, ist in absehbarer Zeit wohl kaum zu rechnen. Ohnehin ist von Seiten der Kassenvertreter bisher wenig grundsätzlicher Zweifel an dem Gutachterverfahren zu vernehmen, der eine systematische Untersuchung fordern ließe und vorantreiben würde.

So verbleibt als nächstbeste empirische Fundierung die Ebene der Beurteilung der „Ergebnisqualität“ des Gutachterverfahrens durch "Experten", das sind hier diejenigen, die mit dem Gutachterverfahren unmittelbar befaßt sind: die Gutachter und die Vertragspsychotherapeuten.

Die Vertragspsychotherapeuten können mehr als jede andere Gruppe, insbesondere auch besser als die Gutachter selber, die Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens beurteilen, da sie einerseits mit der Prüfebene (Verfasser und Absender des Berichts, Empfänger gutachterlicher Stellungnahmen), andererseits mit der Ergebnisebene (tatsächlicher Therapieverlauf, Therapieergebnis) unmittelbar befaßt sind und somit die nächste Beurteilungsperspektive haben.

Der empirischen Untersuchung zur Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens aus Praxissicht wurde im Fragebogen ein erheblicher Raum gewidmet. Mehr als ein Viertel aller Variablen (14 von insgesamt 54) befaßt sich mit diesem Gegenstand, wobei allerdings eine direkte Beurteilung der Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens nur in einem Aussage-Item ("Das Gutachterverfahren ist geeignet, die Zweckmäßigkeit ...") erhoben wurde.

Alle Variablen sind spezifisch für die Untersuchung der Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens formuliert worden, so daß auf den erklärenden Zusammenhang im „Theorieteil“ (siehe oben Seite 94) verwiesen wird.

Direkte Einschätzung der Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens

Ein Aussage-Item befaßt sich direkt mit der Einschätzung der Vertragspsychotherapeuten zur Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens. Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

*"Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:*

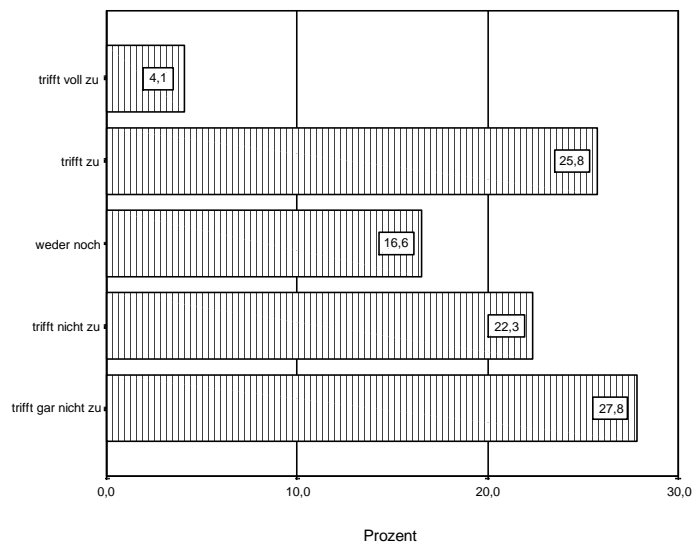
Das Gutachterverfahren ist geeignet, die Zweckmäßigkeit der beantragten Therapie zu sichern "

„Das Gutachterverfahren ist geeignet, die Zweckmäßigkeit der beantragten Therapie zu sichern“

Tabelle 54: Häufigkeitstabelle zur Aussage: Gutachterverfahren sichert Zweckmäßigkeit der beantragten Therapie

	Häufigkeit	Prozent
trifft voll zu	26	4,1
trifft zu	165	25,8
weder noch	106	16,6
trifft nicht zu	143	22,3
trifft gar nicht zu	178	27,8
Gesamt	618	96,6
Ungültig	22	3,4
Gesamt	640	100,0

Abbildung 39: Einschätzung der Aussage: "Gutachterverfahren sichert Zweckmäßigkeit der Therapie"



Während ca. 30 % der Zweckmäßigkeit-Aussage zustimmen, lehnen 50 % der Vertragspsychotherapeuten diese Aussage ab. Ca. 17 % geben "weder noch" als Antwort an.

Ob diese große Zahl von "weder noch" tatsächlich eine Unentschiedenheit repräsentiert oder nicht etwa ein Ausdruck dafür ist, mit der Frage wenig anfangen zu können, muß offen bleiben. Im nachhinein sind beim Verfasser Zweifel entstanden, ob die Verwendung der Formulierung " ... Zweckmäßigkeit der beantragten Therapie zu sichern" klar genug ist. Der Begriff "Zweckmäßigkeit" ist ein terminus technicus, mit einem Bedeutungsgehalt, der eventuell nicht jedem Untersuchungsteilnehmer unmittelbar präsent ist, so daß er auf die Ausprägung "weder noch" ausweicht.

Zweckmäßigkeitseinschätzung in Abhängigkeit zur Therapierichtung

Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich Zustimmung oder Ablehnung zur Zweckmäßigkeit-Aussage unterscheiden. Tabelle 55 gibt einen diesbezüglichen Überblick.

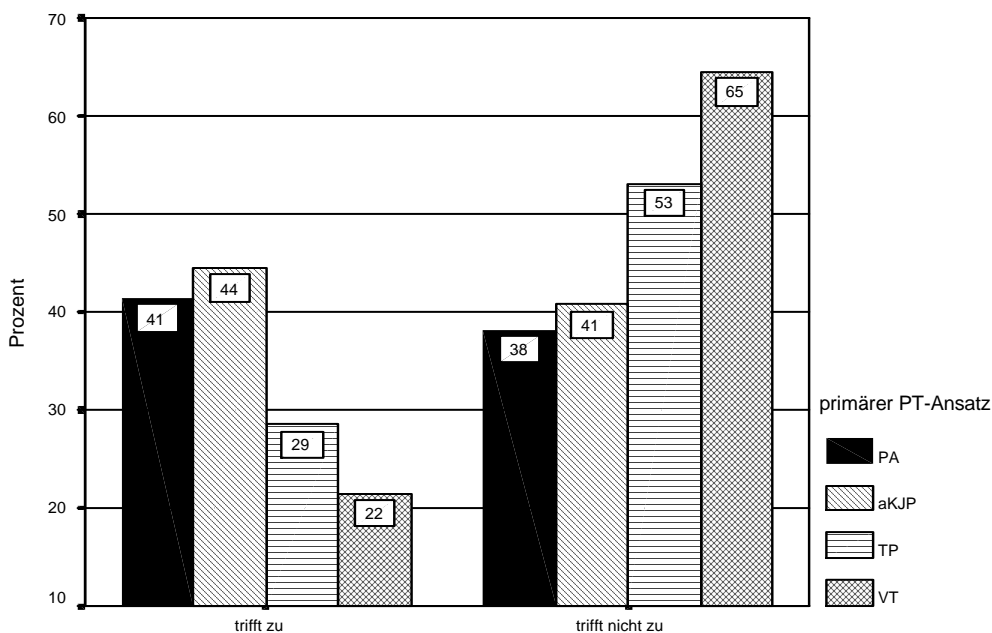
Tabelle 55: Aussage zur Zweckmäßigkeit in Abhängigkeit zum Therapieansatz

	"Das Gutachterverfahren ist geeignet, die Zweckmäßigkeit der beantragten Therapie zu sichern"					Gesamt
	trifft voll zu	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu	
PA	11 7,0%	54 34,4%	32 20,4%	33 21,0%	27 17,2%	157 100,0%
aKJP	6 11,1%	18 33,3%	8 14,8%	11 20,4%	11 20,4%	54 100,0%
TP	7 3,4%	52 25,1%	38 18,4%	48 23,2%	62 30,0%	207 100,0%
VT	2 1,0%	41 20,5%	28 14,0%	51 25,5%	78 39,0%	200 100,0%
Gesamt	26 4,2%	165 26,7%	106 17,2%	143 23,1%	178 28,8%	618 100,0%

Etwas mehr als 40 % der Psychoanalytiker und der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stimmen der Zweckmäßigkeit-Aussage zu. Damit ist ihre Zustimmung etwas größer als ihre Ablehnung. Demgegenüber stimmen nur ca. 30 % der "Tiefenpsychologen" und nur ca. 20 % der Verhaltenstherapeuten der Zweckmäßigkeit-Aussage zu, während der jeweils überwiegende Teil diese Aussage als "nicht zutreffend" ablehnt.

Verhaltenstherapeuten bewerten die Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens sogar zu etwa 65 % als negativ, was in der Fokus-Abbildung 40 besonders zum Ausdruck kommt.

Abbildung 40: Einschätzung des Gutachterverfahrens als zweckmäßig je nach Therapierichtung



"Gutachterverfahren sichert Zweckmäßigkeit der Therapie"

➔ Im prüfstatistischen Vergleich der Gruppenunterschiede zeigt sich, daß die Aussage: „Das Gutachterverfahren ist geeignet, die Zweckmäßigkeit der beantragten Therapie zu sichern“ von Verhaltenstherapeuten signifikant häufiger als "nicht zutreffend" beurteilt wird als von Psychoanalytikern und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Gleiches gilt für "Tiefenpsychologen" gegenüber Psychoanalytikern.

Für Verhaltenstherapeuten, aber auch "Tiefenpsychologen" ist das Gutachterverfahren nicht geeignet, den ihm zugewiesenen Auftrag einer Qualitätssicherung im Psychotherapiebereich zu erfüllen. Dies wird von den Psychoanalytikern und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemischer beurteilt, mit einer leichten Tendenz zur positiven Bewertung der Zweckmäßigkeit.

Abweichung der konkreten Therapiemaßnahmen vom gutachterlich geprüften Therapieplan

In den folgenden beiden Fragen geht es darum, ob der vorher geprüfte Antrag adäquat die später tatsächlich durchgeführte Therapie repräsentiert, kurz gesagt, ist das, was gutachterlicherseits mit dem Bericht "theoretisch" geprüft wird, kongruent mit dem, was nachher in der Therapie "praktisch" gemacht wird?

Das diesbezüglich erste Aussage-Item wurde recht extrem formuliert, indem der Grad der Abweichung mit dem Zusatz "häufig" und "erheblich" vorgegeben wurde.

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

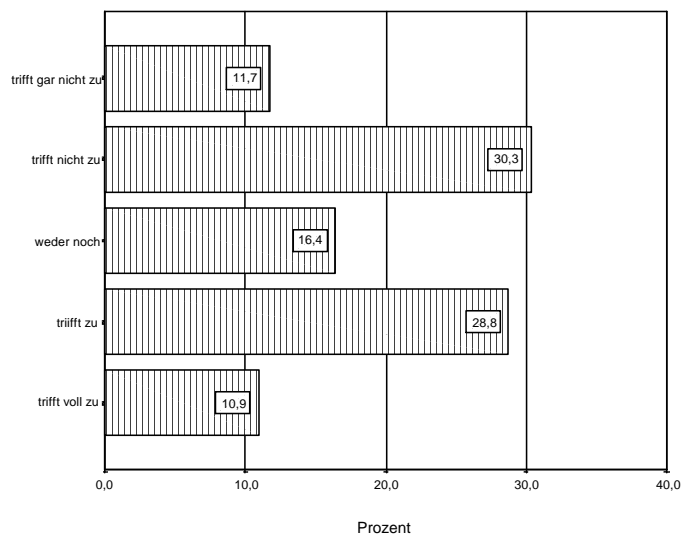
*Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:*

„Häufig weichen meine therapeutischen Maßnahmen erheblich von dem beantragten Therapieplan ab“

Tabelle 56: Häufigkeitstabelle zur Aussage:
Abweichung vom Therapieplan

	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	75	11,7
trifft nicht zu	194	30,3
weder noch	105	16,4
trifft zu	184	28,8
trifft voll zu	70	10,9
Gesamt	628	98,1
Ungültig	12	1,9
Gesamt	640	100,0

Abbildung 41: Einschätzung der Aussage:
"Häufig weichen meine therapeutischen Maßnahmen erheblich vom beantragten Therapieplan ab"



Etwa zu gleichen Teilen lehnen Vertragspsychotherapeuten diese "Häufig-und-Erheblich-Abweichung"-Aussage ab beziehungsweise stimmen ihr zu (42 % zu ca. 40 %). Etwa 16 % sind unentschieden ("weder noch").

Dieses Ergebnis war in dieser Höhe nicht zu erwarten, denn immerhin sagen fast 40 % der Vertragspsychotherapeuten durch Zustimmung zu dieser Aussage, daß es bei ihnen zu "häufigen" und "erheblichen" Abweichungen vom eingereichten und gutachterlich geprüften Therapieplan kommt.

Berücksichtigt man, daß ein "Eingeständnis", etwas anderes zu tun als "offiziell" beantragt, wegen seines devianten Charakters eher zu einer beschönigenden Antworttendenz führen könnte, so ist ein 40 % Zustimmungsergebnis als erheblich zu bewerten.

Eventuell verbergen sich hinter den 16,4 % "Weder-Noch-Antworten" ebenfalls tendenzielle Zustimmung.

Einschätzung der Abweichungs-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung

Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich Zustimmung oder Ablehnung zur Aussage unterscheiden, "häufig weichen meine Maßnahmen erheblich von dem beantragten Therapieplan ab".

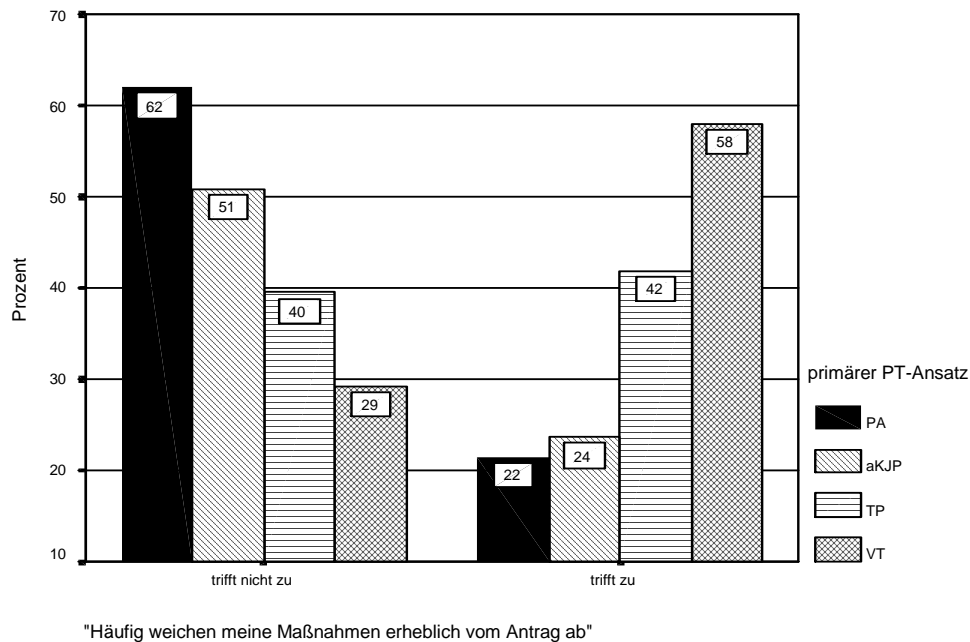
Tabelle 57 mit den Variablen "Abweichung vom Therapieplan" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 57: Häufig-und-Erheblich-Abweichungs-Aussage in Abhängigkeit zum Therapieansatz

	"Häufig weichen meine therapeutischen Maßnahmen erheblich von dem beantragten Therapieplan ab"					Gesamt
	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	weder noch	trifft zu	trifft voll zu	
PA	29 18,4%	69 43,7%	26 16,5%	30 19,0%	4 2,5%	158 100,0%
aKJP	9 16,4%	19 34,5%	14 25,5%	11 20,0%	2 3,6%	55 100,0%
TP	26 12,4%	57 27,1%	39 18,6%	63 30,0%	25 11,9%	210 100,0%
VT	11 5,4%	49 23,9%	26 12,7%	80 39,0%	39 19,0%	205 100,0%
Gesamt	75 11,9%	194 30,9%	105 16,7%	184 29,3%	70 11,1%	628 100,0%

Hier zeigt sich, daß Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dieser Aussage nur zu ca. 20 % zustimmen und demgegenüber zu 50-60 % ablehnen, während dies bei den Verhaltenstherapeuten fast umgekehrt der Fall ist. Hier stimmen fast 60 % der Häufig-und-Erheblich-Abweichungs-Aussage zu, während sie von nur ca. 30 % abgelehnt wird. Bei den "Tiefenpsychologen" sind die Ablehner und Zustimmung in etwa gleich verteilt. Wegen der negativen Besetzung und möglicherweise beschönigenden Antworttendenz bei dieser Frage ist interessant, daß im Vergleich ca. 25 % der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diese Aussage mit "weder noch" einschätzen, während dies nur etwa 13 % bei den Verhaltenstherapeuten tun. In der Fokus-Abbildung 42 kommt die fachspezifische Abweichung vom Therapieplan prägnant zum Ausdruck.

Abbildung 42: Abweichung vom Therapieplan je nach Therapierichtung



Die inferenzstatistische Überprüfung der Gruppenunterschiede ergab:

- ➔ Verhaltenstherapeuten stimmen gegenüber den anderen Therapiefachrichtungen (PA, aKJP, TP) und "Tiefenpsychologen" gegenüber den Psychoanalytikern der Aussage signifikant häufiger zu, daß ihre konkreten Therapiemaßnahmen häufig und erheblich vom beantragten Therapieplan abweichen.

Die Zweckmäßigkeit eines gutachterlichen Vorverfahrens ist äußerst kritisch zu beurteilen, wenn seine Prüfunterlagen nicht einigermaßen deckungsgleich mit der späteren tatsächlichen Ausführung sind. Dies ist nur bei den Psychoanalytikern und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in noch zu tolerablem Maße gegeben. Die Angaben dieser beiden Gruppen sagen aus, daß sie das, was sie beantragen und gutachterlich prüfen lassen, auch durchführen. Dies kann für "Tiefenpsychologen" und insbesondere für Verhaltenstherapeuten nicht festgestellt werden. Wenn 40 % der "Tiefenpsychologen" und fast 60 % der Verhaltenstherapeuten bekennen, daß ihre therapeutischen Maßnahmen "häufig" und "erheblich" vom beantragten Therapieplan abweichen, dann ist dies ein ernstzunehmendes Faktum, wobei diese Zahlen aus den o.g. Gründen („beschönigende Antworttendenz“) tatsächlich eventuell sogar noch höher liegen.

Anwendung anderer Methoden als im Antrag ausgeführt

Während mit dem vorherigen Aussage-Item antragsabweichende "Maßnahmen" erfaßt werden sollten, geht es beim folgenden Aussage-Item um antragsabweichende "Methoden".

Die beiden Begriffe überschneiden sich, wenngleich beim Terminus "Maßnahmen" der Begriffskern eher "einzelne Schritte" auf der unmittelbaren Handlungsebene und beim Begriff "Methoden" der Begriffskern eher "übergeordnete Vorgehensweisen" auf einer strategischen Verfahrensebene erfaßt. Die Anwendung anderer Methoden ist aus einer Planperspektive weitergehend als die Abweichung einzelner Maßnahmen. Während das vorherige Maßnahme-Item mit einer verstärkenden Attribuierung "häufig" und "erheblich" versehen wurde, ist das übergeordnete Methoden-Item mit einer eher vermindernden Attribuierung ausgestattet: "auch" andere Methoden.

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

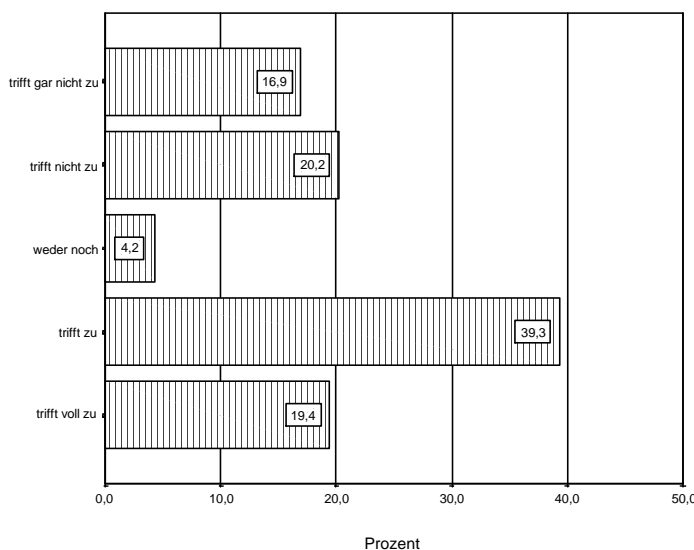
*Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:*

„In meinen Therapien wende ich auch andere Methoden an als im Antrag aufgeführt“

Tabelle 58: Häufigkeitstabelle zur Aussage:
Auch andere Methoden als im Antrag

	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	108	16,9
trifft nicht zu	129	20,2
weder noch	27	4,2
trifft zu	251	39,2
trifft voll zu	124	19,4
Gesamt	639	99,8
Ungültig	1	,2
Gesamt	640	100,0

Abbildung 43: Einschätzung der Aussage:
"Ich wende auch andere Methoden an als im Antrag aufgeführt"



Diese Auch-Andere-Maßnahmen-Aussage wird von 37 % der Vertragspsychotherapeuten als "nicht zutreffend" angegeben. Fast 60 % der Vertragspsychotherapeuten stimmen zu, daß sie auch andere Maßnahmen in ihren Therapien anwenden als sie im Antrag ausgeführt haben. Die Prozentzahl der Weder-Noch-Angabe ist mit 4,2 % erheblich niedriger als bei der vorherigen Häufig-und-Erheblich-Abweichungs-Aussage (dort 16,4 %).

Auch dieses Ergebnis war in dieser Deutlichkeit nicht erwartet worden. Wenn fast 60 % der Vertragspsychotherapeuten zustimmen, daß sie in der konkreten Therapie auch andere Methoden als im Antrag aufgeführt anwenden, dann heißt dies, daß auch auf der Ebene der Therapietechniken Abweichungen vom geprüften Plan vorliegen. Da hier keine verstärkenden Attribuierungen wie "häufig" und "erheblich", sondern eine eher abschwächende ("auch" andere Methoden) hinzugefügt wurde, beinhaltet diese Aussage auch weniger nega-

tives Stigma und damit wahrscheinlich weniger beschönigende Antworttendenz, was in der deutlich geringeren Zahl der Weder-Noch-Antworten (4,2 %) zum Ausdruck gekommen sein könnte. Es ist jetzt interessant, wie sich die Angaben je nach Therapiefachrichtung verteilen.

Anwendung auch anderer Methoden in Abhängigkeit zur Therapierichtung

Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich Zustimmung oder Ablehnung zur Aussage unterscheiden: "In meinen Therapien wende ich auch andere Methoden an als im Antrag aufgeführt".

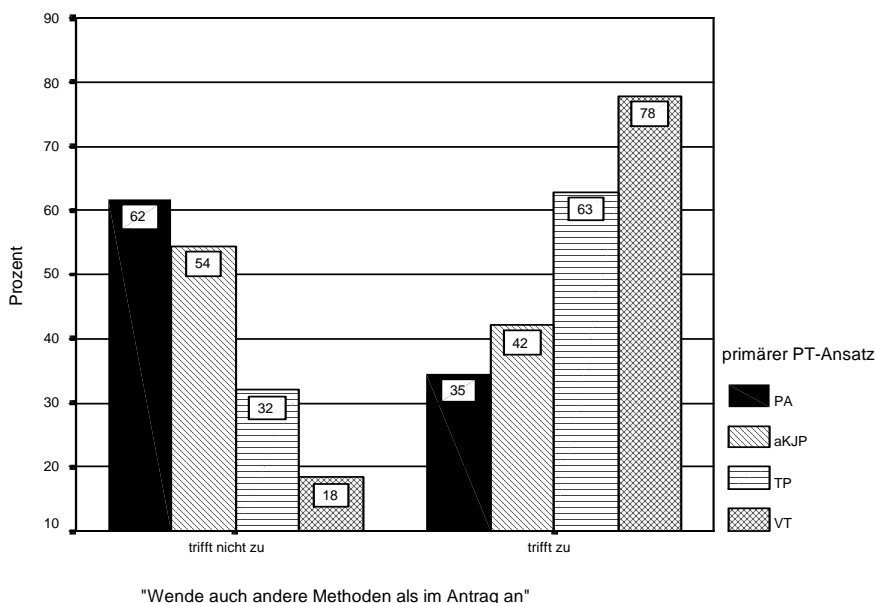
Die Tabelle 59 mit den Variablen "Anwendung-Auch-Anderer-Methoden" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 59: Auch-Andere Methoden-Aussage in Abhängigkeit vom Therapieansatz

	"In meinen Therapien wende ich auch andere Methoden an als im Antrag aufgeführt"					Gesamt
	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	weder noch	trifft zu	trifft voll zu	
PA	52 32,1%	48 29,6%	6 3,7%	48 29,6%	8 4,9%	162 100,0%
aKJP	15 26,3%	16 28,1%	2 3,5%	21 36,8%	3 5,3%	57 100,0%
TP	28 13,1%	40 18,8%	11 5,2%	85 39,9%	49 23,0%	213 100,0%
VT	13 6,3%	25 12,1%	8 3,9%	97 46,9%	64 30,9%	207 100,0%
Gesamt	108 16,9%	129 20,2%	27 4,2%	251 39,3%	124 19,4%	639 100,0%

In der Fokus-Abbildung 44 treten die richtungsspezifischen Unterschiede besonders deutlich hervor.

Abbildung 44: Auch-Andere-Methoden-Aussage nach Therapierichtung



➔ Die statistische Überprüfung zeigt, daß hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen und daß sich die Gruppe VT von allen anderen Gruppen (PA, aKJP, TP) und die Gruppe TP von der Gruppe PA und aKJP unterscheiden.

Fast 80 % der Verhaltenstherapeuten und mehr als 60 % der "Tiefenpsychologen" stimmen der Aussage zu, daß sie auch andere Methoden als im Antragsbericht aufgeführt anwenden. Dieses Ergebnis und das Ergebnis zur vorherigen Aussage, wonach ca. 60 % der Verhaltenstherapeuten und ca. 40 % "Tiefenpsychologen" zustimmen, daß ihre konkreten Therapiemaßnahmen "häufig" und "erheblich" vom beantragten Therapieplan abweichen, zeigen, daß Antrag und Therapie bei diesen Therapierichtungen deutlich voneinander abweichen.

Formulierungsgeschick

Das folgende Aussage-Item basiert auf der im theoretischen Teil dargestellten Diskussion, wonach das Gutachterverfahren als vermeintliche Qualitätssicherung nicht Therapiequalität, sondern gutachterorientierte Formulierungsfertigkeiten sichere (siehe oben Seite 95). Auch diese Aussage steht in unmittelbarem Zusammenhang zur Frage der Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens, denn Sinn und Zweck dieses Verfahrens ist die Effizienz von Psychotherapie zu verbessern, nicht die des Anträgeverfassens.

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.

Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:

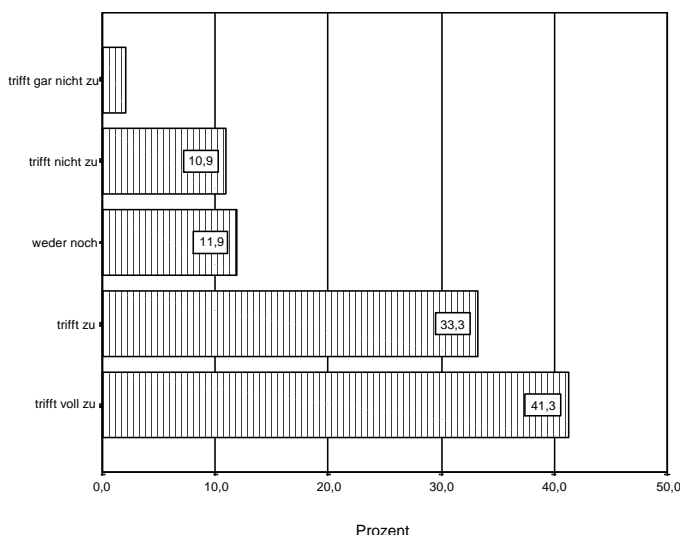
„Das Gutachterverfahren erfaßt primär Formulierungsgeschick, nicht Therapiequalität“

Tabelle 60: Häufigkeitstabelle zur Aussage:
Primär Formulierungsgeschick

	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	13	2,0
trifft nicht zu	70	10,9
weder noch	76	11,9
trifft zu	213	33,3
trifft voll zu	264	41,3
Gesamt	636	99,4
Ungültig	4	,6
Gesamt	640	100,0

Abbildung 45: Einschätzung der Aussage:

„Das Gutachterverfahren erfaßt primär Formulierungsgeschick, nicht Therapiequalität“



Fast 75 % der Vertragspsychotherapeuten stimmen der Aussage zu, das Gutachterverfahren erfaßt primär Formulierungsgeschick, nicht Therapiequalität. Nur ca. 13 % beurteilen diese Aussage als "nicht zutreffend". Es gibt in dieser Untersuchung einige Aussagen, bei denen sich die Vertragspsychotherapeuten sämtlicher Psychotherapie-Fachrichtungen einig zu sein scheinen und bei denen es zu unabwiesbaren Feststellungen kommt. Die Aussage zum Formulierungsgeschick ist ein solches überdeutliches Votum. Wenn drei Viertel aller Vertragspsychotherapeuten sagen, das Gutachterverfahren erfaßt primär Formulierungsgeschick, nicht Therapiequalität, dann sagen sie damit inzident, daß das Gutachterverfahren äußere Darstellungsfertigkeiten mißt, aber seiner eigentlichen inhaltlichen Aufgabe nicht gerecht wird. Die Eindeutigkeit dieser Bewertung findet sich noch stärker in den jeweiligen Maximalbewertungen. Nur 2 % der Vertragspsychotherapeuten beurteilen die Formulierungsgeschick-Aussage als "trifft gar nicht zu", während mehr als 40 % sagen, diese Aussage "trifft voll zu".

Einschätzung der Formulierungsgeschick-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung

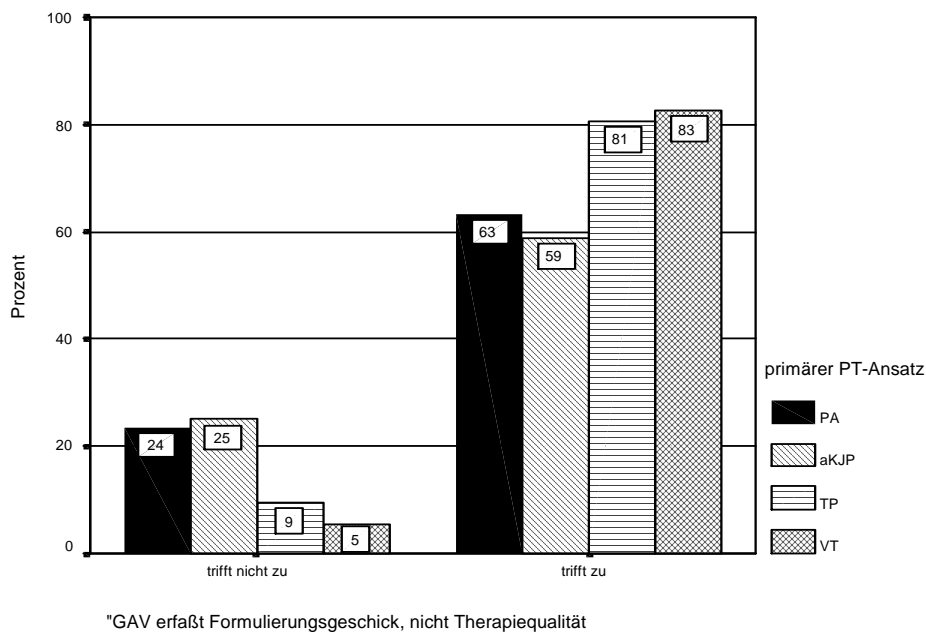
Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich Zustimmung oder Ablehnung der Formulierungsgeschick-Aussage unterscheiden. Tabelle 61 mit den Variablen "Formulierungsgeschick" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 61: Formulierungsgeschick-Aussage in Abhängigkeit zum Therapieansatz

	"Das Gutachterverfahren erfaßt primär Formulierungsgeschick, nicht Therapiequalität"					Gesamt
	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	weder noch	trifft zu	trifft voll zu	
PA	7 4,3%	31 19,3%	21 13,0%	57 35,4%	45 28,0%	161 100,0%
aKJP	2 3,6%	12 21,4%	9 16,1%	20 35,7%	13 23,2%	56 100,0%
TP	2 ,9%	18 8,5%	21 9,9%	78 36,8%	93 43,9%	212 100,0%
VT	2 1,0%	9 4,3%	25 12,1%	58 28,0%	113 54,6%	207 100,0%
Gesamt	13 2,0%	70 11,0%	76 11,9%	213 33,5%	264 41,5%	636 100,0%

Die fachrichtungsspezifische Einschätzung der Primär-Formulierungsgeschick-Aussage kommt in der Fokus-Abbildung 46 prägnant zum Ausdruck.

Abbildung 46: Formulierungsgeschick-Aussage in Abhängigkeit zum Therapieansatz (N = 640, missing data = 4)



➔ Mit Quoten von über 80 % stimmen "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten sogar noch signifikant häufiger als Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Aussage zu, daß das Gutachterverfahren primär Formulierungsgeschick und nicht Therapiequalität erfaßt.

Wirkvariablen von Therapiequalität: Wichtigkeit versus Prüfbarkeit

Eine zentrale Prämisse des Gutachterverfahrens liegt darin, die Voraussetzungen für Therapiequalität erfassen und prüfen zu können.

Wenn es nur auf die Prüfung von Indikationsfragen ankäme, also Indikation für eine Psychotherapie, Indikation für spezifische Therapiemaßnahmen, dann könnte das Gutachterverfahren eher eine "technische" Prüfung darstellen, indem aufgrund der Ergebnisse diagnostischer Instrumentarien (Tests, Symptomlisten, standardisierte Explorationsbögen etc.) die psychische Erkrankung und die grundsätzliche Indikation für eine Psychotherapie überprüft würden. Das Gutachterverfahren geht aber weit darüber hinaus.

Der Gutachter soll eine eigene Prognose (vgl. oben Seite 78) darüber abgeben, ob ein "ausreichender Behandlungserfolg" in dem vorliegenden konkreten Antragsfall zu erwarten ist.

Aber was bestimmt therapeutische Behandlungserfolge?

Was bestimmt eine wirksame Psychotherapie?

Der Gutachter wird insofern unmittelbar mit der Frage konfrontiert, wodurch wird Therapiequalität (Prozeßqualität) bewirkt und ist dies im vorliegenden Antragsfall zu erwarten.

Dementsprechend muß es eine Grundbedingung des Gutachterverfahrens sein, die Faktoren, die besonders wichtig für Therapiequalität sind, auch erfassen und überprüfen zu können. Kann ein Gutachterverfahren die eigentlichen Bestimmungsfaktoren für therapeutische Effektivität und Effizienz nicht prüfen, so kann es auch keine ausreichende Prognose über einen zu erwartenden Behandlungserfolg stellen und somit nicht die Wesensmerkmale von Therapiequalität kontrollieren und insbesondere dann ebenfalls nicht die Qualität (und auch nicht die Wirtschaftlichkeit) einer konkreten Psychotherapie sichern.

Entsprechend liegt dem nächsten Fragenkomplex zur Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens folgende Prämisse zugrunde: Je zentraler eine Therapie-Wirkvariable für Therapiequalität ist, desto besser sollte dieses Merkmal auch gutachterlich überprüfbar sein und umgekehrt: je weniger wichtig eine Therapie-Wirkvariable für Therapiequalität ist, desto weniger darf dieses Merkmal auch überprüfbar sein können.

Ziel dieses Fragenkomplexes ist, die Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens zu analysieren: Da das Gutachterverfahren als Instrument zur Qualitätssicherung dienen soll (siehe oben Seite 13) und damit die Erwartung einer "Sicherung von optimaler Qualität" (Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit) verbunden ist, müssen solche Kriterien, die als besonders wichtig für die Therapiequalität beurteilt werden, grundsätzlich prüfbar sein. Als Wirkvariablen wurden solche vorgegeben, deren Bedeutsamkeit für Therapiewirksamkeit und Therapieerfolg in Literatur und Forschung besonders hervorgehoben wird (vgl. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). In zwei sich ergänzenden Frageblöcken wurden die Befragten aufgefordert

- I. zunächst die Wirkvariablen in eine Rangordnung¹ ihrer Wichtigkeit für Therapiequalität einzuordnen,
- II. dann diese Wirkvariablen bezüglich ihrer gutachterlichen Überprüfbarkeit zu beurteilen.

Tabelle 62 gibt einen Überblick über Häufigkeitsverteilung und deskriptive Kennwerte der Rangzuordnungen der Therapie-Wirkvariablen, je nachdem welche Wichtigkeit ihnen für die Therapiequalität von den Vertragspsychotherapeuten beigemessen wurde.

¹ Mit der Erstellung einer Rangordnung hatten anscheinend einige Untersuchungsteilnehmer Schwierigkeiten. Eventuell war die formale Anordnung dieser Aufgabe auf dem Fragebogen zu komplex und unübersichtlich vorgegeben. Häufiger waren hier Ankreuzungen durchgestrichen und korrigiert, so daß die EDV-Erfassung immer wieder Probleme bereitete und erst nach eindeutiger Abgrenzung der richtigen Ankreuzung gegenüber schlechten, falschen, linienüberschreitenden Durchstreichungen etc. eine "automatische Einlesbarkeit" gegeben war. Die meisten der als "ungültig" ausgesonderten Fragebögen (siehe oben Seite 22) wiesen Antwortmängel bei dieser Variablen auf, die nicht adäquat korrigiert werden konnten.

Tabelle 62: Häufigkeits- und deskriptive Kennwerte zu Rangeinschätzung spezifischer Therapie-Wirkvariablen

Therapie-Wirkvariablen	Wichtigkeits-Rang für Therapiequalität							
	1.	2.	3.	4.	5.	N	M	SD
Beziehungsdynamik, Beziehungskompetenz	327 51,1 %	167 26,1 %	85 13,3 %	32 5,0 %	16 2,5 %	627	1,79	1,02
Sensitivität, Empathie	181 28,3 %	249 38,9 %	121 18,9 %	62 9,7 %	22 3,4 %	635	2,21	1,07
Menge der Berufserfahrung	69 10,8	125 19,5 %	276 43,1 %	134 20,9 %	34 5,3 %	638	2,90	1,02
Anwendung d. Methoden des. Therapieansatzes lege artis	45 7,0 %	74 11,6 %	110 17,2 %	232 36,3 %	172 26,9 %	633	3,65	1,12
Kenntnis des aktuellen Stands der wissenschaftl. Forschung	14 2,2 %	22 3,4 %	41 6,4 %	171 26,7 %	392 61,3 %	640	4,41	0,92

Tabelle 62 sagt aus, daß dem Wirkfaktor "Beziehungsdynamik, Beziehungskompetenz" der erste Rang (M=1,79) eingeräumt wird, gefolgt von "Sensitivität, Empathie". Am dritt-wichtigsten wird die "Menge der Berufserfahrung" beurteilt. Auf Rang 4 folgt die "Anwendung der Methoden des jeweiligen Therapieansatzes lege artis" und auf Rang 5 die Variable "Kenntnis des aktuellen Stands der wissenschaftlichen Forschung" (M=4,41). Die 1. Rangzuordnung von "Beziehungsdynamik, Beziehungskompetenz" mit 51,1 % und die letzte, 5. Rangzuordnung von "aktuelle Forschungskenntnis" mit 61,3 % haben die höchste Wahlhäufigkeit.

Dieselben Wirkfaktoren wurden in gleicher Anordnung zur Beurteilung ihrer gutachterlichen Überprüfbarkeit vorgegeben. Tabelle 63 gibt einen Überblick über diesbezügliche Häufigkeiten und deskriptive Kennwerte.

Tabelle 63: Häufigkeits- und deskriptive Kennwerte zu gutachterlicher Prüfbarkeit spezifischer Therapie-Wirkvariablen

Therapie-Wirkvariablen	Prüfbarkeit durch Gutachter mittels eines Antragsberichts						
	sehr gut	gut	wenig	gar nicht	N	M*	SD
Kenntnis des aktuellen Stands wissenschaftlicher Forschung	30 4,7 %	254 39,7 %	271 42,3 %	73 11,3 %	628	2,62	0,75
Anwendung d. Methoden jew. Therapieansatzes lege artis	36 5,6 %	236 36,9 %	224 35,0 %	129 20,2 %	626	2,78	1,86
Menge der Berufserfahrung	11 1,7 %	199 31,1 %	309 48,3 %	112 17,5 %	631	2,83	0,73
Beziehungsdynamik, Beziehungskompetenz	13 2,0 %	153 23,9 %	273 42,7 %	192 30,0 %	631	3,02	0,79
Sensitivität, Empathie	7 1,1 %	111 17,3 %	304 48,1 %	210 32,8 %	632	3,13	0,73

*Anmerkung: 1 = sehr gut 2 = gut 3 = wenig 4 = gar nicht

Die gutachterliche Prüfbarkeit spezifischer Therapiewirkvariablen beurteilen die Vertragspsychotherapeuten tendenziell negativ (linksschiefe Verteilung). Noch am besten wird die Prüfbarkeit von "Kenntnis des aktuellen Stands wissenschaftlicher Forschung" (M=2,62) und am schlechtesten die Prüfbarkeit von "Sensitivität, Empathie" (M=3,13) beurteilt.

Divergenz zwischen tatsächlicher Wichtigkeit und gutachterlicher Prüfbarkeit von Therapiewirkfaktoren

In Abbildung 47 wird die Einschätzung der Bedeutsamkeit von spezifischen Therapie-Wirkfaktoren auf die Therapiequalität und ihre gutachterliche Überprüfbarkeit mittels Antragsbericht gegenübergestellt (wobei hier zu grafischen Darstellungs- und Vergleichszwecken die Werte der Variablen "Wichtigkeit" umkodiert wurden).

Abbildung 47 Einschätzung von Wichtigkeit und Prüfbarkeit verschiedener Therapie-Wirkvariablen

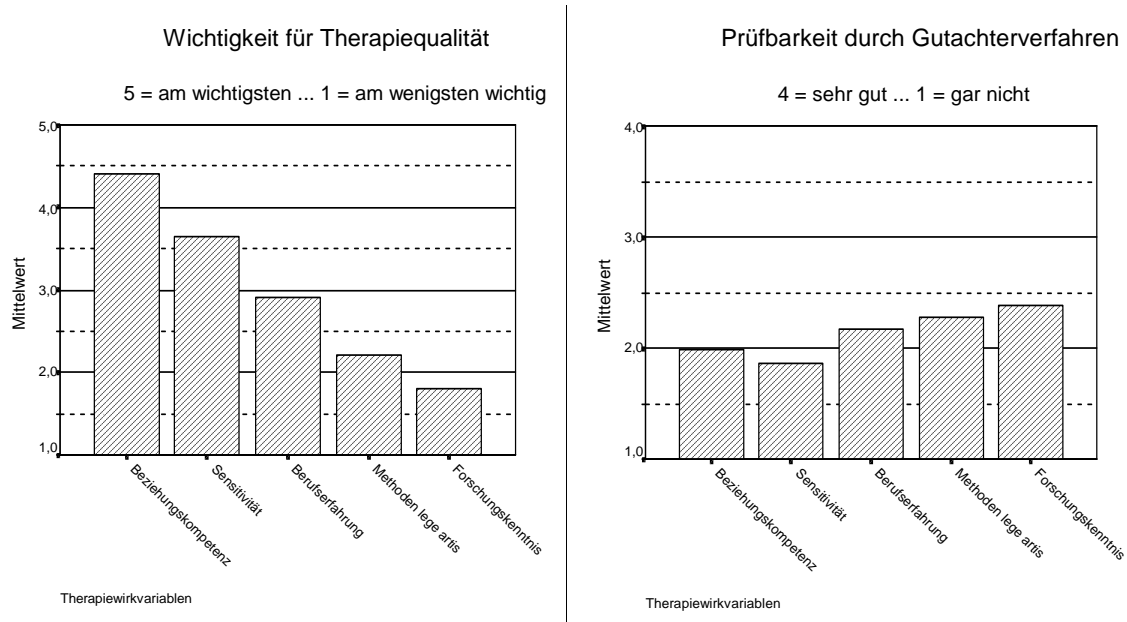


Abbildung 47 zeigt, daß "Beziehungskompetenz" und "Sensitivität" als besonders wichtig bewertet werden. Im Gegensatz dazu werden gerade diese zwei Variablen als am wenigsten überprüfbar eingeschätzt. Wenn überhaupt, dann wird am besten überprüfbar die "Kenntnis des aktuellen Stands der wissenschaftlichen Forschung" eingeschätzt, wobei diese Variable hingegeben als am wenigsten bedeutsam für die Therapiequalität beurteilt wird.

Nach dem vorliegenden Ergebnis ist die Wichtigkeit und Prüfbarkeit spezifischer Therapie-Wirkvariablen geradezu "auf den Kopf gestellt". Die Vertragspsychotherapeuten beurteilen gerade die Faktoren, die sie am wichtigsten für Therapiequalität einschätzen: "therapeutische Beziehungskompetenz" und "Empathie" als gutachterlich mittels Antragsberichts am wenigsten überprüfbar und die Faktoren, die sie am wenigsten wichtig einstufen als, wenn überhaupt, am besten überprüfbar. Damit sagen sie, daß das, was Wirksamkeit und Effizienz einer Therapie am meisten begründet, gerade am wenigsten durch das Gutachterverfahren erfassbar und überprüfbar ist.

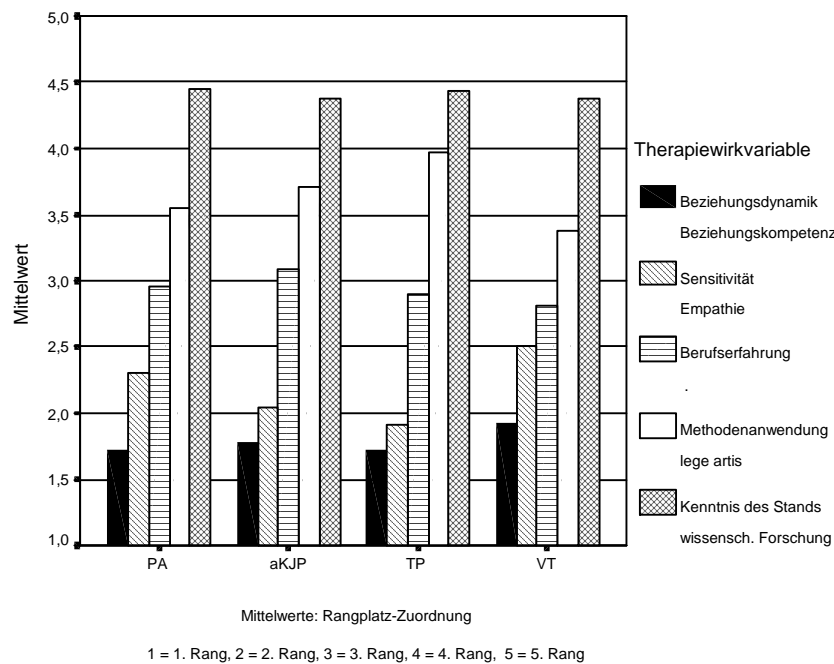
Wichtigkeit und Prüfbarkeit der Wirkvariablen aus Sicht der Therapiefachrichtungen

Hinsichtlich der Einschätzung der vorgegebenen Therapie-Wirkvariablen in bezug auf ihre Wichtigkeit für die Therapiequalität und deren gutachterliche Überprüfbarkeit sind insofern Unterschiede zwischen den vier Therapiefachrichtungen (PA, aKJP, TP, VT) zu erwarten, als beispielsweise Psychoanalytiker eine eher beziehungsorientierte (vgl. Thomä & Kächele, 1988) und Verhaltenstherapeuten eine eher methodenorientierte (vgl. Reinecker, 1994) therapeutische Gewichtung kennzeichnet.

Ranginschätzung vorgegebener Wirkvariablen nach Therapiefachrichtung

Abbildung 48 gibt einen grafischen Vergleich der Rangplatzzuordnung der vorgegebenen Therapiewirkvariablen in Abhängigkeit von der Therapiefachrichtung.

Abbildung 48: Mittelwerte der Rangplatzvergabe von Therapie-Wirkvariablen in Abhängigkeit von der Therapierichtung



- ➔ In der prüfstatischen Untersuchung ergab sich bei dem Item: "Methodenanwendung lege artis" ein Trend ($p = 0,6$) für einen tendenziellen Unterschied zwischen der Rangplatzvergabe bei den "Tiefenpsychologen" im Vergleich zu Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten insofern, als die "Tiefenpsychologen" hier einen etwas niedrigeren Rangplatz vergeben.
- ➔ Weiterhin ergab sich ebenfalls ein Trend ($p = 0,6$) bei dem Item "Sensitivität, Empathie". Hier vergaben die Verhaltenstherapeuten tendenziell einen etwas niedrigeren Rangplatz im Vergleich zu analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und "Tiefenpsychologen".

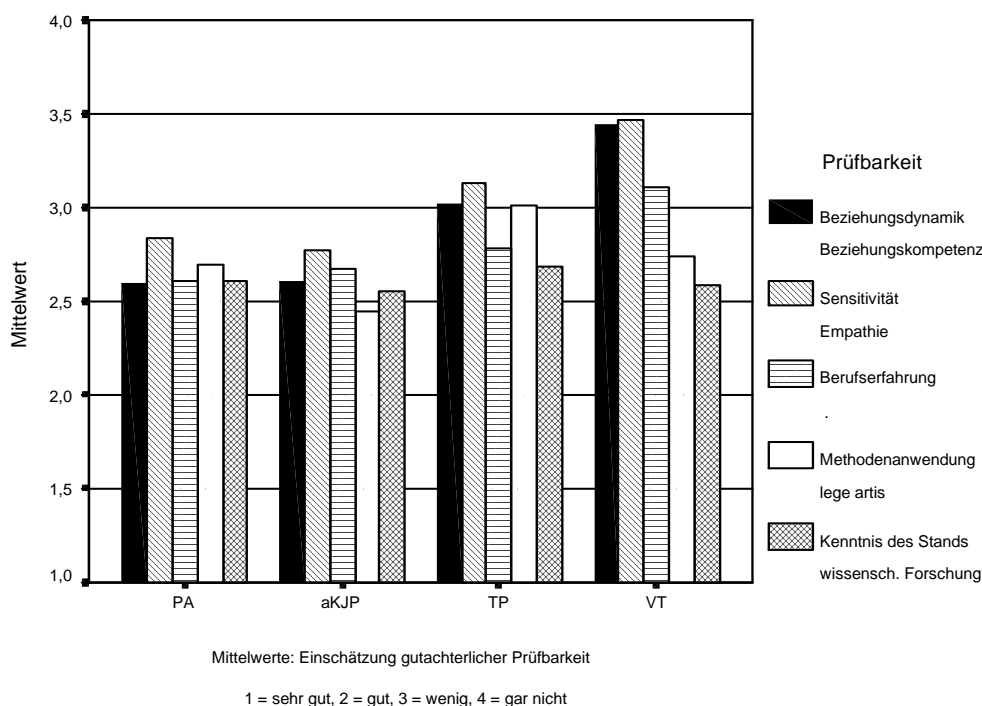
Da sich bei der Rangplatzvergabe aber qualitativ keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen den Therapieplätzen ergeben, soll hier nicht weiter darauf eingegangen werden.

Hinsichtlich der letzten Ränge: "Methodenanwendung lege artis" und "Kenntnis des aktuellen Stands wissenschaftlicher Forschung" ist zur angemessenen Interpretation darauf hinzuweisen, daß nur fünf als wichtig diskutierte Therapiewirkvariablen vorgegeben wurden, so daß es etwa bei einer Vorgabe von zehn Wirkfaktoren gut sein kann, daß diese beiden Wirkvariablen dann auch auf Platz 4 und 5 eingestuft worden wären, was sich dann ganz anders dargestellt hätte. Es ist zu vermuten, daß die drei zuvor eingestuftem Wirkfaktoren: Beziehung, Empathie, Erfahrung für die Praxis tatsächlich eine hervorragende Stellung einnehmen, so daß der vierte und fünfte Rang nicht als "letzter" oder "unwichtiger" interpretiert werden darf.

Einschätzung der Prüfbarkeit spezifischer Therapie-Wirkvariablen nach Therapiefachrichtung

Die unterschiedliche Beurteilung der Überprüfbarkeit vorgegebener Therapie-Wirkvariablen durch das Gutachterverfahren je nach Therapiefachrichtung wird in Abbildung 49 grafisch veranschaulicht.

Abbildung 49: Mittelwerte zur Einschätzung der gutachterlichen Überprüfbarkeit vorgegebener Therapie-Wirkvariablen in Abhängigkeit von der Therapierichtung



- ➔ Eine gutachterliche Prüfbarkeit von "Beziehungsdynamik, Beziehungskompetenz" wird von Verhaltenstherapeuten signifikant schlechter beurteilt als von den anderen Gruppen (PA, aKJP, TP). Die tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten beurteilen ebenso eine Prüfbarkeit der Wirkvariablen "Beziehungsdynamik, -kompetenz" signifikant schlechter als Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- ➔ Die Prüfbarkeit von "Sensitivität, Empathie" schätzen die Verhaltenstherapeuten signifikant schlechter ein als alle anderen Gruppen (PA, aKJP, TP), die "Tiefenpsychologen" schätzen dies ebenfalls signifikant schlechter ein als PA und aKJP.
- ➔ Die Verhaltenstherapeuten beurteilen auch die Prüfbarkeit des Wirkfaktors "Berufserfahrung" signifikant schlechter als die anderen drei Gruppen (PA, aKJP, TP).

Diskussion

Auch hier wird die signifikant abweichende Meinung der Verhaltenstherapeuten noch einmal deutlich. Dieser Unterschied zu den übrigen Therapiegruppen könnte darauf zurückzuführen sein, daß verhaltenstherapeutische Antragsberichte andere Inhalte und Schwerpunkte aufweisen als die der übrigen Gruppen. Wahrscheinlich ist insbesondere in den Berichten der Psychoanalytiker und der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Beziehungskontext miteingewoben, so daß hierin für den Gutachter die empathische Kompetenz und berufliche Erfahrung erfaßbar wird. Demgegenüber drücken die Verhaltenstherapeuten mit ihrer stark negativen Beurteilung einer gutachterlichen Prüfbarkeit von Beziehungs-, Empathie- und Erfahrungskriterien aus, daß ihre Anträge wohl eher ausgeprägt funktional, vielleicht eher verhaltenstherapeutisch "streng methodisch" ausgerichtet sind und extrafunktionale Kriterien wie therapeutische Beziehung etc. keinen eigenständigen, individuellen Raum haben.

11.3 Zusammenfassung und Diskussion

Die Frage, ob das Gutachterverfahren zweckmäßig ist, einen "Schutzmechanismus" (Enke, 1998, S. 502) vor unwirksamen, unnötigen, nicht ausreichenden oder übertriebenen Kassenleistungen im Psychotherapiebereich darzustellen, ist umstritten. Die diesbezügliche Befragung von Vertragspsychotherapeuten erscheint insofern sehr sinnvoll, als sie mit Anspruch und Wirklichkeit des Gutachterverfahrens, mit der Prüfebene einerseits und mit der Ergebnisebene andererseits unmittelbar befaßt sind.

Die empirische Untersuchung zur Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens nimmt einen erheblichen Raum in der Befragung ein. In den einzelnen Ergebnissen zeigen sich häufig signifikante Unterschiede zwischen den Therapiefachrichtungen, wobei insbesondere Verhaltenstherapeuten die Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens erheblich negativer beurteilen als Psychoanalytiker.

Schon die sehr direkt formulierte Aussage, "das Gutachterverfahren ist geeignet, die Zweckmäßigkeit der beantragten Therapie zu sichern", lehnen 65 % der Verhaltenstherapeuten (und 53 % der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten) als unzutreffend ab, während nur 38 % der Psychoanalytiker diese Aussage negativ beurteilen.

Dem Gutachterverfahren liegt die Vorstellung eines "Kostenvorschlags" (Linden, 1998, S. 503) zugrunde. So soll die Geeignetheit und Wirtschaftlichkeit eines eingereichten Behandlungsplans im Vorwege geprüft werden können. Ein solches Kostenvorschlags-Prüfmodell basiert zunächst auf der Grundannahme, daß die aufgelisteten veranschlagten "Arbeiten" auch entsprechend durchgeführt werden. Zeigt sich demgegenüber, daß die tatsächlich durchgeführten Maßnahmen erheblich von dem Plan abweichen, dann erweist sich die vorherige Plan-Prüfung als Illusion einer Wirklichkeit, die so nicht stattfindet.

Die Stichprobe wurde diesbezüglich mit der Aussage konfrontiert, "häufig weichen meine Maßnahmen erheblich von dem beantragten Therapieplan ab". Zu etwa gleichen Teilen wird diese Aussage als zutreffend (ca. 40 %) bzw. unzutreffend (42 %) beurteilt. Von den sich auch hier signifikant unterscheidenden Verhaltenstherapeuten sogar mit fast 60 % als "zutreffend" und ca. 30 % als "unzutreffend" angegeben.

In ähnliche Richtung weist das Ergebnis zu einem zweiten "Abweichungssitem": Fast 60 % der Vertragspsychotherapeuten stimmen der Aussage zu, "in meinen Therapien wende ich auch andere Methoden an als im Antrag aufgeführt". Auch hier unterscheiden sich die Verhaltenstherapeuten mit fast 80 % „zutreffend“-Antworten signifikant von allen anderen Therapierichtungen.

Die ausgeprägten Unterschiede zwischen den Therapierichtungen hängen zunächst wohl damit zusammen, daß Verhaltenstherapeuten überhaupt planbare "Maßnahmen" (z.B. Exposure etc.) kennen, die sie im Antrag ausweisen und wovon sie in praxi abweichen können. Demgegenüber sind den psychoanalytischen Verfahren (PA, aKJP) solche spezifischen "Maßnahmen" fremd (allenfalls Sitzungsfrequenz pro Woche), so daß sie weder in die Verlegenheit kommen, solche vorher beantragen noch hiervon in der späteren Therapie eventuell abweichen zu müssen.

Die "Abweichungsangaben" der Vertragspsychotherapeuten lassen eine teilweise ausgeprägte Divergenz zwischen vorgelegtem Behandlungsplan und tatsächlicher Therapie erkennen. Ganz sicher ist es zu einfach, hier etwa betrügerische Pseudoanträge (vgl. Linden, 1998) auszumachen. Es sind vielmehr die Nöte der Praxis gegenüber untauglichen Vorgaben und Ansprüchen des Gutachterverfahrens, so daß schließlich die Gutachter in einem erheblichen Umfang etwas auf Zweckmäßigkeit hin prüfen, was später gar nicht umgesetzt wird und außerdem nicht das prüfen, was später in der konkreten Therapie tatsächlich geschieht.

Diese Einschätzung, daß die Gutachter nicht die eigentlichen Therapieinhalte prüfen können, kommt auch in einem weiteren Ergebnis deutlich zum Ausdruck: Fast 75 % der Vertragspsychotherapeuten stimmen der Aussage zu, das Gutachterverfahren erfaßt primär Formulierungsgeschick, nicht Therapiequalität. Demgegenüber beurteilen nur ca. 13 % diese Aussage als "nicht zutreffend". Dieser Aussage stimmen mit Quoten von über 80 % die "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten zu und damit signifikant häufiger als Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die allerdings auch zu etwa 60 % dieser Formulierungsgeschick-Beurteilung zustimmen.

Auch dieses Ergebnis stellt die Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens stark in Zweifel, denn die den Bericht selbst erstellenden Vertragspsychotherapeuten müssen es ja schließlich wissen, ob die Gutachter eher ihr Formulierungsgeschick oder qualitative Therapieinhalte prüfen.

In einer zweiteiligen komplexen Blockfrage ist untersucht worden, ob die Therapie-Wirkfaktoren, die Vertragspsychotherapeuten für besonders wichtig hinsichtlich ihrer Bedeutung für Therapiequalität einschätzen, auch entsprechend gut mittels eines Antragsberichts durch den Gutachter überprüfbar sind.

Es zeigte sich, daß die untersuchten Vertragspsychotherapeuten die vorgegebenen Therapeuten-Wirkvariablen in folgende Rangordnung wählten:

1. Beziehungsdynamik, Beziehungskompetenz
2. Sensitivität, Empathie
3. Berufserfahrung
4. Anwendung der jeweiligen Therapiemethoden *lege arti*
5. Kenntnis des aktuellen Forschungsstands.

Die Prüfbarkeit dieser Wirkvariablen durch das Gutachterverfahren scheint quasi auf den Kopf gestellt, d.h. es wird nicht nur die Prüfbarkeit im allgemeinen tendenziell negativ beurteilt, sondern diejenigen Wirkvariablen, die als wichtigste beurteilt worden sind, werden als am wenigsten prüfbar eingeschätzt und umgekehrt diejenigen, die auf die letzten Ränge eingestuft worden sind, werden - wenn überhaupt - dann noch als am besten prüfbar beurteilt.

Damit bringen die Vertragspsychotherapeuten zum Ausdruck, daß die Faktoren, die ein wirksames und damit auch wirtschaftliches Therapiegeschehen bestimmen, gerade besonders wenig gutachterlich erfaßt und geprüft werden können.

Auch dieses Ergebnis läßt an der Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens zweifeln, insbesondere wenn es als geeignetes Verfahren zur Sicherung der sog. Strukturqualität (vgl. Enke, 1998) postuliert wird.

12 ZUR VERHÄLTNISSMÄßIGKEIT DES GUTACHTERVERFAHRENS

Meyer et al. (1991) empfehlen in ihrem Forschungsgutachten die Beibehaltung des Gutachterverfahrens, weil es "relativ aufwandsarm in die Qualitätssicherung einbezogen" werden könne (S. 152).

- ◆ Aber ist das Gutachterverfahren tatsächlich so "relativ aufwandsarm"?
- ◆ Welche Kosten sind denn mit dem Gutachterverfahren verbunden, und werden auch die indirekten Kosten richtig erfaßt?
- ◆ Gibt es nicht auch unerwünschte Effekte und "Nebenwirkungen" des Gutachterverfahrens, die in eine Verhältnismäßigkeitsabwägung einzubeziehen sind?
- ◆ Erweist sich das Gutachterverfahren im Psychotherapiebereich tatsächlich als verhältnismäßig - bei einem Vergleich der Kosten für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Somatomedizin?
- ◆ Und wird nicht besonders bei den kürzeren Therapieverfahren (Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie) "mit Kanonen auf Spatzen geschossen", wenn für deren kurze Bewilligungsschritte jeweils das Gutachterverfahren in Gang gesetzt wird?

12.1 Erkenntnis- und Meinungsstand

Bei der Frage nach der Verhältnismäßigkeit geht es um Mittel-Zweck-Relationen. Steht der angestrebte und vor allem erreichte Zweck des Gutachterverfahrens in einem vertretbaren Verhältnis zu dessen Aufwand, Kosten und "Nebenwirkungen"?

In der Beantwortung dieser Frage geht es zunächst um pekuniäre Kosten, die mit der Etablierung eines gutachterlichen Prüfverfahrens im Psychotherapiebereich verbunden sind. Hier sind die anfallenden Kosten für die Gutachter sowie Verwaltungs- und Logistikkosten anzusetzen. Den größten Posten stellt der Honoraraufwand für die LZT-Antragsberichte der Psychotherapeuten dar. Darüberhinaus könnte sich erweisen, daß das zur Zeit vergütete Berichtshonorar (EBM Nr. 868) nicht den eigentlichen Leistungsaufwand abdeckt. Wenn von dem Gutachterverfahren als "relativ aufwandsarm" gesprochen wird (siehe oben), dann wird hier gerade nicht die EBM-Berichtshonorierung hinterfragt und dadurch die Fragwürdigkeit übersehen, daß den Vertragspsychotherapeuten einerseits ein erheblicher zeitlicher

und qualitativer Antragsaufwand obligatorisch abverlangt, dieser aber andererseits nicht angemessen im EBM bewertet und entsprechend von den Kassen nicht adäquat vergütet wird. Eine sachgerechte Kosten-Nutzen-Verhältnismäßigkeitskalkulation hat auch diesen tatsächlichen Aufwand und darauf basierende reelle Kostengrößen zu erfassen.

Neben solchen direkten Kosten sind "indirekte" Kosten, problematische Konsequenzen und "Nebenwirkungen" des Gutachterverfahrens zu berücksichtigen. Mittel und Verfahren sind nur dann verhältnismäßig, wenn Effektivität und Effizienz in adäquater Relation zu Aufwand, Ausgaben und Folgeeffekten stehen. Kollidiert das Gutachterverfahren mit Rechtsgütern (etwa Datenschutz), verursacht es Belastungen (Wartezeiten) oder unerwünschte Störungen und negative Konsequenzen (Ausweichen auf Kurzzeittherapie), so sind dies "Kosten" des Gutachterverfahrens, die in Verhältnismäßigkeitsabwägungen einbezogen werden müssen.

Direkte Kosten des Verfahrens

Kosten für Gutachter

Aus Tabelle 34 (Gutachterstatistik nach Zahlenangaben der KBV, siehe oben Seite 65) geht hervor, daß 1997 insgesamt 65 Gutachter ca. 80.000 "Antragsfälle" begutachtet und rückgemeldet haben¹. Im Schnitt bearbeitet also jeder Gutachter ca. 1.250 Antragsfälle im Jahr. Nach neuesten Zahlen der KBV für 1998 waren insgesamt 94 Gutachter tätig, so daß zur Vereinfachung und konservativen Hochrechnung von mindestens 100.000 Gutachtenfällen pro Jahr ausgegangen werden kann. (Da hier nur die Gutachtenfälle der Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt sind, mit dem PTG ab 1999 aber auch die bisherigen Erstattungs- als Richtlinienfälle einfließen werden, ist mit einer erheblich höheren Zahl von Gutachtern und Antragsfällen in der Richtlinien-Psychotherapie zu rechnen. Hinzu kommt ein weiterer erheblicher Anstieg durch die neue Gutachtenpflicht von Kurzzeittherapie ab 1.1. 2000).

Bei einem Honorarsatz von etwa DM 78,-² pro Gutachten errechnet sich somit ein Kostenaufwand von ca. 7,8 Mio. DM an Gutachterhonoraren pro Jahr.

¹ Als gutachterlich zu prüfender „Antragsfall“ der KBV-Statistik wird jeder zu beantragende Bewilligungsschritt, also sowohl Erst- als auch Fortführungsantrag, gezählt.

² Hier dürfte der mittlere Honorarsatz liegen. Die Primärkassen vergüten DM 72,-, die Ersatzkassen DM 80,- pro Gutachten. Das Gros fällt im Ersatzkassenbereich an.

Verwaltungs- und Logistikkosten

Bevor sich mit dem größten Posten, dem Honorarvolumen für die Antrags-Berichte der Vertragspsychotherapeuten auseinandergesetzt wird, sind zunächst die Kosten für die "Logistik" des Gutachterverfahrens zu erfassen.

Mit der Durchführung des Gutachterverfahrens sind erhebliche Verwaltungs-, Druck-, Portokosten etc. verbunden. Für die Krankenkassen ist das Gutachterverfahren insbesondere dadurch aufwendig, daß die eingereichten Unterlagen auf Vollständigkeit geprüft und z.T. umständliche Nachbesserungen angefordert, Rückfragen von/zu Patienten, Therapeuten, Gutachtern abgewickelt werden müssen.

Die Vorstellung, die Antragsunterlagen würden nur einfach vom Therapeuten zur Kasse und von dort zum Gutachter „durchgereicht“, erweist sich in der Alltagspraxis als Fiktion.

Diesbezügliche Kosten entstehen auch auf KV- und KBV-Seiten: Verwaltungsaufwand, „Installierung“ des Gutachterverfahrens, Datenaufbereitung, Gutachterstatistik, Kosten für Gutachtertreffen etc.

Weiter sind hier sämtliche Kosten für das Obergutachterverfahren (Honorar für Obergutachter, Berichtshonorar etc.) zu veranschlagen.

Auch verursacht die Beschäftigung mit dem Gutachterverfahren in Ausschüssen und Gremien der Selbstverwaltung (Tagungskosten etc.) weitere Kosten.

In diesem Zusammenhang sollen nur grob die Logistik-Kosten dieses gutachterlichen Prüfapparates abgeschätzt werden. Hier würde eine echte betriebswirtschaftliche Analyse, die den gesamten Sach- Personal- und sonstigen Aufwand erfaßt, der mit der Einrichtung und Durchführung des Gutachterverfahrens verbunden ist, eventuell zu überraschenden Feststellungen führen.

Für alle mit dem Gutachterverfahren anfallenden "logistischen" Kosten sind mindestens ca. DM 50,- pro Antragsfall zu veranschlagen, was insgesamt 5 Mio. DM ausmacht.

Kosten für den Antragsbericht des Psychotherapeuten

Den größten Kostenaufwand verursachen die Honorare für den Antragsbericht. Hier ist zunächst von den anfallenden Kosten auszugehen, wie sie sich bei Zugrundelegen der derzeitigen EBM-Gebührenordnung darstellen. Die entsprechende EBM-Ziffer enthält folgende Leistungslegende:

EBM-Nr. 868
<i>"Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten, der analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie</i>
<i>1400 Punkte"</i>

Bei konservativer Rechnung von 8 Pfg. pro Punkt fällt derzeit für jeden gutachterpflichtigen Antragschritt ca. DM 112,- an Honorar für den Vertragspsychotherapeuten an.

Daraus errechnet sich ein jährlicher Berichtshonoraraufwand von 11,2 Mio. DM.

Derzeitige jährliche Ausgaben für das Gutachterverfahren

In der Summe dieser Einzelposten errechnet sich der in Tabelle 64 aufgeführte jährliche Aufwand für das Gutachterverfahren: Insgesamt mind. 24 Mio. DM und pro Gutachtenfall mind. DM 240,- .

Diese Kostenrechnung ist äußerst moderat, entspricht wie gesagt nicht ansatzweise einer exakten betriebswirtschaftlichen Analyse und versucht nur überblickshaft, das zur Zeit aufgewendete Mindestkostenvolumen zu erfassen.

Die in der folgenden Tabelle 64 ausgewiesene Berechnung orientiert sich am derzeitigen Ist-Zustand. Aus der Perspektive einer übergeordneten Verhältnismäßigkeitsabwägung ist dies insofern nicht korrekt, als nicht nur die z. Zt. (inadäquat) vergüteten, sondern auch die tatsächlich anfallenden Kosten (hier Berichts-Zeitaufwand der Praktiker) zu erfassen und mit zu kalkulieren sind.

Tabelle 64: Derzeitige Kostenkalkulation des Gutachterverfahrens

Kostenstellen	Kostenkalkulation	Kosten
Honorare für Gutachter	DM 78,- x 100.000 Gutachtenfälle	7,8 Mio. DM
Logistikkosten	DM 50,- x 100.000 Gutachtenfälle	5,0 Mio. DM
Berichtsaufwand (EBM Nr. 868)	DM 112,- x 100.000 Gutachtenfälle	11,2 Mio. DM
Gesamtkosten pro Jahr	DM 240,- x 100.000 Gutachtenfälle	24 Mio. DM

Korrekte Kalkulation des Antragsaufwands

Der EBM-Bewertung Nr. 868 („Bericht an den Gutachter“) entspricht bei 1.400 Punkten eine Zeitvorstellung von nicht einmal 50 Minuten¹.

Eine solche Bemessung widerspricht allen bisherigen Aussagen von Praktikern (siehe Seite 42). Teilweise wurde sogar „bis zu 6 Stunden“ (vgl. Cullmann, 1998) als Zeitbedarf vorgebracht, rechnet man alle erforderlichen Arbeitsleistungen der Antragserstellung zusammen: Vorarbeiten (Aktenstudium, Auswertung von Explorations-, Erhebungsdaten, Sitzungsmitschriften), Berichtsabfassung, Korrektur, Formularbearbeitung etc. Dementsprechend wurde es von Praktikern als Provokation empfunden, wenn von Gutachterseite unrealistische Zeitvorgaben (vgl. Linden, 1998) und Abweichungen hiervon als persönliche Inkompetenz des Antragstellers in die Diskussion einfließen (siehe oben Seite 44).

In diesem (in Abrede gestellten) "Klagevortrag" der Praktiker bezüglich ihres tatsächlichen Antragsaufwands und entsprechend inadäquater EBM-Berichtshonorierung lag ein ganz erheblicher Zündstoff für eine sich immer wiederholende starke Emotionalisierung der Diskussion über das Gutachterverfahren.

Mit dieser Untersuchung liegen nun endlich empirisch fundierte Daten vor, von denen eine korrekte EBM-Bewertung auszugehen hat. Das gutachterpflichtige Antragsverfahren erfordert für die Vertragspsychotherapeuten eine Leistung von (siehe oben Seite 53):

- 4-5 Stunden für das Erstellen von Erstanträgen,
- 2-3 Stunden für Fortführungsanträge.

Neben dieser quantitativen Zeitkostenfeststellung soll zur qualitativen Bewertung dieser Vertragsleistung „Bericht an den Gutachter“ daran erinnert werden, daß dessen Abfassen von den Vertragspsychotherapeuten als enorme Anstrengung beurteilt wird:

Fast 75 % bewerten diese komplexe, eher sachverständige (siehe oben Seite 56) Tätigkeit als "qualvoll" und die Mehrheit der Vertragspsychotherapeuten beurteilt die abverlangte "Verschriftsprachlichkeit" des vielfältig vernetzten Einzelfallzusammenhangs als "schwierig" (siehe oben Seite 57). Keinesfalls ist das Berichtsverfassen eine „Routineangelegenheit“, sondern eine konzentrierte Anstrengung über mehrere Stunden, die nach empirischem Datenbefund für Ärzte und Psychologen gleich schwer und gerade nicht etwa durch Antragserfahrung „routinisiert“ werden kann (vgl. Seite 51).

Dementsprechend ist festzustellen: Die obligatorische Bericht-Erstellung im Gutachterverfahren stellt

eine sehr zeitintensive, anstrengende Leistung dar. Wenn Gutachter behaupten, dieser Aufwand sei mit " maximal einer halben Stunde" (Linden, 1998, S. 495) zu veranschlagen und entspräche in etwa dem eines "zahnärztlichen Kostenvoranschlags" (Linden & Dankesreiter, 1996, S. 540), dann wird es verständlich, daß die KBV bei der bisherigen Leistungsbewertung den Aufwand für das Gutachterverfahren mit der "sonstigen ärztlichen Dokumentationspflicht" (vgl. Dahm, 1996, S. 497) vergleicht.

Die EBM-Bewertung ist mit 1.400 Punkten weit entfernt von einer "angemessenen Vergütung". Die im SGB V vorgeschriebene "Angemessenheit der Vergütung" stellt das Gegenstück des Verzichts der (Vertrags-)Ärzte und Psychotherapeuten auf (tarifungebundene) Freiberuflichkeit dar. Die Selbstverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (hier Leistungsbewertung durch Bewertungsausschuß) ist dann mißbräuchlich ausgeübt, wenn Leistungen, die als obligatorische, die Berufsfreiheit (Art. 12 GG) einschränkende Eingangsvoraussetzungen (mit umfangreichem Fragenkatalog) verbindlich angeordnet sind, nur zu einem Bruchteil ihres eigentlichen Umfangs honoriert werden.

Eine vorsichtige Kalkulation hat bei konservativem Zugrundelegen eines Punktwerts von 8 Pfg. einen Honoraraufwand von ca. DM 500,- (6.250 Punkte entspricht 4-5 h) für den Erstantrag und DM 250,- (3.125 Punkte entspricht 2-3 h) für den Fortführungsantrag zu veranschlagen. Auch wenn diese Honorarsätze stark von den bisher vergüteten abweichen, handelt es sich nicht um übertriebene Berechnungen: Die vorliegenden empirischen Daten zeigen, daß der mittlere Zeitaufwand für Erstanträge bei 4 " b i s " 5 Stunden und für Fortführungsanträge bei 2 " b i s " 3 Stunden liegt. Außerdem sind diese Angaben in "Stunden" erhoben, was auf die Kosteneinheit: 50 Min. = 1.450 Punkte (EBM-Nr. 871) umzurechnen ist. Legt man diesen Maßstab zugrunde, dann zeigt sich, daß der Korrekturbedarf zur angemessenen Honorierung des Berichts-Aufwands (Erstantrag: DM 500,-; Fortführungsantrag: DM 250,-) eher knapp veranschlagt worden ist.

Da die KBV-Angaben zu Gutachtenfällen (siehe Tabelle 34, Seite 65) nicht nach Erst- und Fortführungsanträgen unterscheiden, wird davon ausgegangen, daß sich die o.a. 100.000 jährlichen gutachterlichen Antragsfälle zur Hälfte in Erstanträge und Fortsetzungsanträge aufteilen. Unter diesen Voraussetzungen würde durch das Gutachterverfahren allein an korrekt vergüteten Berichtshonoraren für Erstanträge 25 Mio. DM (50.000 x 500,- DM) und für Fortführungsanträge 12,5 Mio. DM (50.000 x 250,- DM), also insgesamt 37,5 Mio. DM jährlich an Kosten entstehen.

¹ Als Zeitmaßstab für Leistungen im Psychotherapiebereich siehe EBM-Nr. 871 ff. Danach werden 50 Minuten mit 1.450 Punkte bewertet.

Korrekte Kalkulation der "direkten" Kosten des Gutachterverfahrens

Die Addition der verschiedenen Positionen führt zu der folgenden adäquaten Kalkulation des jährlichen Kostenaufwands für das Gutachterverfahren:

Gutachter-Honorare	7,8 Mio. DM
Logistikkosten	5 Mio. DM
korr. Honorare für Antragsbericht	37,5 Mio. DM

	50,3 Mio. DM

Zurückgerechnet auf den Einzelantrag ergibt eine korrekte Kostenkalkulation für die Durchführung des Gutachterverfahrens im Schnitt einen Aufwand von ca. 500,- DM. pro Antragsfall (Erstanträge: DM 630,- und Fortführungsanträge: DM 380,-).

Im Verhältnis zum derzeitigen Kostenaufwand von DM 24 Mio. würde sich bei adäquater Bewertung der Antragsleistung der Aufwand für das Gutachterverfahren mehr als verdoppeln.

Vergleich der Prüfkosten in Psychotherapie zu Somatomedizin

Um zu beurteilen, ob diese Kosten für das Gutachterverfahren (24 Mio. bzw. 50 Mio.) hoch, niedrig, verhältnismäßig oder unverhältnismäßig sind, werden als Vergleichsmaßstab die analogen Kostenstellen im somatomedizinischen Bereich hinzugezogen. Das Gutachterverfahren ist eingerichtet, um die gesetzlich vorgeschriebene Wirtschaftlichkeitsprüfung (WP) und Qualitätssicherung (QS) im Psychotherapiebereich zu gewährleisten. Entsprechend ist also zu eruieren, wie hoch die Ausgaben für WP + QS im somatomedizinischen Bereich sind.

Eine seriöse Erfassung der WP+QS-Kosten ist nur mit Angaben der KVen möglich. Es sei an dieser Stelle ganz ausdrücklich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden¹ für die exakte buchhalterische Erfassung dieser Aufwendungen gedankt.

Kostenrelationen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden

Gesamtkosten für Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung

Die sehr dezidiert errechneten Kennzahlen der KV Nordbaden (Erstellungsdatum: 31.01.2000) erlauben eine Einschätzung der allgemeinen Kostengrößen für Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung

¹ Für die hier so wichtige betriebswirtschaftliche „Kennzahlen-Ermittlung zu den Prüfungsgremien und zur Qualitätssicherung“ sei dem Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden, Herrn Dipl.- Kfm. N. Bonauer und der KVN-Buchhaltung, Herrn Biedermann, ganz besonders herzlich gedankt.

im ambulanten Versorgungsbereich. Dabei kann die KV Nordbaden sowohl in Größe als auch Struktur als typisch für die Kassenärztlichen Vereinigungen beurteilt werden.

Die nachfolgende Tabelle und Tabelle 65 weisen die Gesamtkostenstruktur der KV Nordbaden für Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung im Jahr 1998 aus. Hinsichtlich der Detailangaben zum Personalaufwand (Gehälter, Löhne, Sozialabgaben etc.) und zum Sachaufwand (Raumkosten, Ausstattungskosten, Datenverarbeitung, Geschäftsbedarf etc.) werden hier nur die jeweiligen Endsummen aufgeführt.

Tabelle: Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung 1998 der KV Nordbaden

Aufwand	Kosten in Mio. DM
Aufwand für Prüfinstanzen	0,747
Personalaufwand (20 WP-Mitarbeiter)	1,803
Sachaufwand	0,563
Gesamtaufwand für WP	3,113

Tabelle 65: Kosten der Qualitätssicherung 1998 der KV Nordbaden

Aufwand	Kosten in Mio. DM
Aufwand für Qualitätssicherung	0,071
Personal- (5,5 QS-Mitarbeiter) plus Sachaufwand	0,899
Gesamtaufwand für QS	0,970

Zusammengezählt heißt dies, das Gesamt-Leistungshonorarvolumen der KV Nordbaden wird mit einem Aufwand von ca. 4 Mio. DM hinsichtlich der Einhaltung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsstandards geprüft und „gesichert“.

Kosten für das Gutachterverfahren

Um einen Vergleich der Kosten für das PT-Gutachterverfahren auf der Ebene KV Nordbaden zu ermöglichen, sind die bundesweiten Gesamtkosten des Gutachterverfahrens in Höhe von derzeit mind. 24 Mio. DM (siehe oben Seite 115) bzw. aufwandsentsprechend korrekt kalkuliert von mind. 50 Mio. DM (siehe oben Seite 116) KV-bezogen herunterzurechnen.²

Die o.a. Berechnung der KV Nordbaden geht für das Erfassungsjahr 1998 von 4.040 Leistungserbringer

² Hierbei ist darauf aufmerksam zu machen, daß die Kosten für das Gutachterverfahren nur zum Teil Kosten der KBV und KVen sind. Zu einem erheblichen Teil sind die Kosten für das Gutachterverfahren von den Krankenkassen aufzubringen. Die Kostenträgerschaft ist aber nicht wichtig, da es hier um die Verhältnismäßigkeit der „Systemkosten“ des Gutachterverfahrens geht.

aus. Dies entspricht bei einer Gesamtzahl von ca. 110.000 bundesweit niedergelassenen Ärzten in 1998 etwa 4 % (exakt 3,7 %). Zur rechnerischen Vereinfachung wird hier von Kosten für das Gutachterverfahren im KV-Bezirk Nordbaden von derzeit ca. 1 Mio. DM (bzw.. 2 Mio. DM bei adäquater Antrags-Aufwandsvergütung) ausgegangen.

Auch hier sei noch einmal darauf hingewiesen, daß diese Kostenschätzung des Gutachterverfahrens nur einen untersten Wert darstellt. Vergleicht man die hier zugrundegelegte äußerst detaillierte betriebswirtschaftliche Kostenanalyse der KV Nordbaden zur Ausgabenermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung mit der oben (vgl. Seite 114 ff.) ausgeführten Erfassung demgegenüber nur augenfälliger Kosten des Gutachterverfahrens so wird evident, daß das Gutachterverfahren erheblich kostenaufwendiger ist als hier angenommen.

Relation der QS+WP-Kosten zum Gesamthonorar aller Vertragsärzte

Aus der Kostenanalyse der KV Nordbaden geht hervor, daß die Gesamthonorarausgaben 1998 DM 1.636.999.101,00 betragen.

Dementsprechend weist Tabelle 66 die Relation des Gesamt-QS-WP-Prüfaufwands zum Gesamthonoraraufwand (Behandlungskosten) aus:

Tabelle 66: Verhältnis der QS+WP-Prüfkosten zum Gesamthonorar aller Fachgruppen (KV Nordbaden 1998)

Gesamt-Behandlungskosten:	1.637,00 Mio. DM
Gesamtkosten für QS:	0,97 Mio. DM
Relation (%) der OS-Kosten zu Gesamt-Behandlungskosten	0,06 %
Gesamtkosten für WP:	3,1 Mio. DM
Relation (%) der WP-Kosten zu Gesamt-Behandlungskosten	0,19 %
Relation (%) der QS+WP-Kosten zu Gesamt-Behandlungskosten	0,25 %

Relation der Kosten für Gutachterverfahren zum PT-Gesamthonorar

Da die Zahlen zum Psychotherapie-Gesamthonorar für 1998 im KV-Bezirk Nordbaden noch nicht abschließend vorlagen, soll hier das Psychotherapie-Ausgabenvolumen 1997 zu Vergleichszwecken herangezogen werden. Dies erscheint auch insofern unproblematisch, da es in diesem Zusammenhang nur um eine etwaige Tendenzfeststellung geht.

1997 betrug das Gesamthonorar der ärztlichen, psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im KV-Bezirk Nordbaden ca. 43 Mio. DM (was einem Anteil von ca. 3 % am Fachgruppen-Gesamthonorar der KV NB entspricht). Tabelle

67 zeigt die prozentuale Relation von Prüfkosten (Gutachterverfahren) zu Behandlungskosten im Psychotherapiebereich auf:

Tabelle 67: Verhältnis der Kosten für Gutachterverfahren zum Psychotherapie-Gesamthonorar 1997 (KV Nordbaden)

Psychotherapie-Gesamt-Behandlungskosten	43 Mio. DM
Kosten für das Gutachterverfahren	1 Mio. DM
Relation (%) der GAV-Kosten zu PT-Gesamt-Behandlungskosten	2,3 %
Kosten für das Gutachterverfahren (korrekt)	2 Mio. DM
Relation (%) der aufwandsadäquaten GAV-Kosten zu PT-Gesamt-Behandlungskosten	4,7 %

Ergebnis des WP+QS-Kostenvergleichs

Die (an der Kostentypik der KV Nordbaden exemplarisch festgestellten) WP+QS-Relationen stellen sich bundesweit wie folgt dar:

Die Durchführung des Gutachterverfahrens kostet zur Zeit ca. 24 Mio. DM, bei korrekter Kalkulation des Antragsaufwands 50 Mio. DM. Die Ausgaben für die ambulante Richtlinienpsychotherapie betragen 1996 etwa 1 Mrd. DM (siehe oben Tabelle 71, Seite 127). Daraus errechnet sich auch auf bundesweite Verhältnisse eine Relation von Prüfkosten (GAV) zu Psychotherapie-Behandlungskosten von 2,4 % bzw. 5 % bei korrekter Berichtskalkulation.

Diese prozentuale Relation stellt aber nur einen Mindestwert dar, denn sie ist an den Gesamtausgaben für ambulante Psychotherapie orientiert. Das Gutachterverfahren wurde aber vor 2000 nur bei Langzeittherapie-Anträgen eingesetzt. Oben wurde aufgezeigt (a.a.O.), daß die seinerzeit aufgewendeten ca. 1 Mrd. Ausgaben für Richtlinienpsychotherapie zu je etwa 50 % im gutachterpflichtigen LZT-Bereich und im (damals) gutachterfreien KZT-Bereich angefallen waren. Das heißt: 500 Mio. LZT-Kosten wurden mit 24 Mio. Gutachterverfahrenskosten (bzw. 50 Mio. bei korrekter Aufwandskalkulation) geprüft. Die Kosten für das Gutachterverfahren im Psychotherapiebereich entsprechen somit einer prozentualen Relation von 4,8 % (bzw. 10 %) im Verhältnis zu den von ihm geprüften LZT-Behandlungskosten.

Ein Vergleich der Prüfkosten-Behandlungskosten-Relationen im Bereich der Somatomedizin (0,25 %) einerseits und im Psychotherapiebereich andererseits führt zur eindeutigen Erkenntnis, daß der Prüfaufwand (mittels Gutachterverfahren) im Leistungsbereich Psychotherapie 10 x bzw. 20 x so hoch ist wie im Bereich Organmedizin. Und nur bezogen auf PT-Langzeittherapie, denn KZT kannte vor 2000 kein Gutachterverfahren, sogar 20 x bzw. 40 x so hoch.

Mio. DM QS-WP-Kosten für die „restlichen“ 97 % organmedizinischen Leistungen.

Suche nach Erklärungen für derart massive Prüfkosten-Unterschiede

Eine angemessene Rechtfertigung eines derartigen Unterschieds im Prüfaufwand ist kaum zu ergründen. Wenn die Kosten für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Psychotherapie das Zehnfache bis zu Vierzigfache derjenigen in der Somatomedizin ausmachen, dann müßte es eine Erklärung für diesen Mehraufwand öffentlicher Mittel geben. So ist etwa zu fragen:

1. Sind die Ausgaben (Kostenvolumen), die die psychotherapeutische Versorgung verursacht, so massiv, daß hier die Notwendigkeit einer besonders umfassenden Prüfung begründet ist ?
2. Ist ohne diese aufwendige Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung etwa eine „ungezügelter Selbstbedienung“ und eventuell sogar „betrügerisches Abrechnungsverhalten“ gerade von Psychotherapeuten zu erwarten ?
3. Verfügen ärztliche und psychologische Psychotherapeuten eventuell über keine qualifizierende Ausbildung, keine adäquate Fachkunde oder keine weiteren „Qualitätssicherungen“, so daß der (gegenüber Organmedizinern zigfach) höhere QS-Kostenaufwand für ein obligates, sich bei jedem neuen Antragsfall wiederholendes Gutachterverfahren gerechtfertigt erscheint?
4. Ist die Gefahr von Fehlindikationen und Fehlbehandlungen seitens der Psychotherapeuten so groß, daß hier ein derart unterschiedlicher Prüfkostenaufwand vertretbar ist ?

Ganz unabhängig von der Frage, ob selbst dann, wenn all diese obskuren Mutmaßungen bejaht würden, das Gutachterverfahren hier überhaupt etwas verhindern oder verbessern könnte (Zweckmäßigkeitskriterium), soll kurz aufgezeigt werden, wie wenig legitimierbar dieser so krasse Prüfkosten-Unterschied im Psychotherapie- gegenüber Somatomedizinbereich erscheint.

- ad 1. Aus dem von der KV Nordbaden zur Verfügung gestellten Datenmaterial für 1997 ergibt sich, daß die gesamten Psychotherapiekosten gerade einmal 3 % des Gesamtaufwands der ambulanten Versorgung ausmachen. Das bedeutet: Jährlich werden im KV Bezirk Nordbaden allein 1 Mio. DM (bzw. korrekt kalkuliert 2 Mio. DM) durch Gutachterverfahren aufgewandt, um den 3 % Psychotherapie-Anteil am Gesamthonorar zu "besichern", gegenüber 4

- ad 2. Eine ungezügelter Mengenausweitung im Psychotherapiebereich ist auch ohne Gutachterverfahren aus mehreren Gründen nicht möglich:

- a) Jedes Psychotherapieverfahren (PA, aKJP, TP, VT) hat sog. Höchst-Bewilligungsgrenzen, deren Überschreitung nicht gestattet wird.
- b) Psychotherapeuten ist die Abrechnung nur weniger Abrechnungsziffern vorbehalten, von daher können sie gerade nicht kompensatorisch die „Abrechnungsklavatur“ (aus-)nutzen.
- c) Die reine Zeitgebundenheit der primären Psychotherapie-Abrechnungsziffern erlaubt gerade kein „ungezügelter Ausuferer“ psychotherapeutischer Leistungen.

Hier sei im Zusammenhang mit den BSG-Punktwert-Urteilen v. 20.1.99 und 25.8.99 noch einmal daran erinnert: Aufgrund der Zeitgebundenheit ihrer Leistungen sind Psychotherapeuten primär „Opfer, nicht Täter“ der erheblichen Mengenausweitung im kassenärztlichen Abrechnungsverhalten. Ganz nebenbei sei hier erwähnt, daß sich die Thematik und Kontrolle betrügerischen Abrechnungsverhalten bisher wohl nicht im Psychotherapiebereich gestellt hat.

- ad 3. Die Nachweisanforderungen für Approbation und KV-Zulassung sind grundsätzlich die gleichen wie sie für alle anderen (Fach-)Arztgruppen gelten. Und gerade im Psychotherapiebereich wird „interne Qualitätssicherung“ (Intervision, Supervision, kollegiale Qualitätszirkel) in einem Umfang durchgeführt, der sicher nicht dem in der Organmedizin nachsteht.

- ad 4. Und sind Fehlindikationen, teure Fehlbehandlungen und mißbräuchlicher Inanspruchnahme in dem eingegrenzten Bereich der Psychotherapie tatsächlich häufiger zu erwarten als im organmedizinischen Bereich? Kennt auch die Somatomedizin den Vorbehalt eines „Konsiliarverfahrens“ (siehe oben Seite 75) zur Abklärung psychischer Krankheitsursachen? Belegen nicht gerade empirische Untersuchungen, daß es bei Vorliegen psychischer Störungen im Schnitt ca. 7 Jahre dauert bis ein Patient etwa (nach immensem doctorhopping und ratsuchenden Arztodyssees) endlich die indizierte psychotherapeutische Behandlung bekommt?

Das hier festzustellende „Zweierlei-Maß“ einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung je nachdem, ob im Bereich der Psychotherapie oder der

Organmedizin angewendet, stellt die Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens sehr in Frage.

Absurde Un-Verhältnismäßigkeit bei den kurzen PT-Verfahren (VT, TP)

Nicht nur der Notwendigkeits- und Zweckmäßigkeitsgrundsatz, auch das Gebot der Verhältnismäßigkeit begrenzt die Maßnahmen im öffentlich-rechtlichen Gesundheitswesen. Mittel und Zweck, Aufwand und Ertrag, Kosten und Nutzen müssen in einer vertretbaren Relation zueinander stehen.

Es scheint fragwürdig, ob das ohnehin – wie soeben festgestellt – unverhältnismäßige Gutachterverfahren nicht besonders kraß gegen das Gebot der Verhältnismäßigkeit verstößt soweit es die kurzen Therapieverfahren (VT, TP) mit ihren knappen Bewilligungsstufen betrifft.

Zur besseren Illustrierung konzentriert sich die folgende Darstellung vornehmlich auf Verhaltenstherapie als Repräsentant „kurzer Therapieverfahren“.

Als am 1.10.1980 Verhaltenstherapie durch Vereinbarung zwischen KBV und Ersatzkassen in das System der kassenärztlichen Versorgung aufgenommen wurde, hatte man das seit 1967 mit Kasseneinführung der psychoanalytischen Verfahren eingerichtete Gutachtersystem zur Vorlage.

Die drei Schrittfolgen: Normaler-, Besonderer- und Höchstantragsfall wurden auch auf die Verhaltenstherapie übertragen, so daß die Verhaltenstherapie heute die drei Antrags- und Bewilligungsetappen: 45 - 15 - 20 kennt.

Bei diesem einfachen Transfer: hier 3 Stufen (Psychoanalyse) da 3 Stufen (Verhaltenstherapie) scheint wohl übersehen worden zu sein, daß es um jeweils völlig andere Sitzungsumfänge geht. In dem gleichen Zeitraum, den ein Psychoanalytiker mit einem einzigen Erstantrag (160 Sitzungen) abdeckt, hat der Verhaltenstherapeut bereits 6 Erst- und Fortsetzungsanträge für zwei abgeschlossene Fälle verfaßt. Im direkten Vergleich dieser beiden Therapieverfahren kann die Verhältnismäßigkeit zwischen Prüfaufwand und „Risiko“ nicht stimmen, weder inhaltlich noch wirtschaftlich.

Unverhältnismäßigkeit des Zeitaufwands

Es wurde ermittelt (siehe Seite 45), daß die Durchführung des LZT-Antragsverfahrens einen erheblichen Zeitaufwand (Erstantrag: 4-5 Stunden) und eine starke Anstrengung ("Qual") den Vertragspsychotherapeuten abverlangt.

Dieser Antrags-Arbeitsaufwand wirkt sich nun besonders ungünstig für die Verhaltenstherapie im Vergleich zur Psychoanalyse aus. Wie gesagt, in dem gleichen Zeitraum, in dem der Analytiker einen Erstantrag (für 160 Sitzungen) zu erstellen hat, muß der Verhaltenstherapeut 6 Anträge schreiben. Hier

ist leicht auf das Jahr (oder das ganze Berufsleben) hochzurechnen, wie extrem unterschiedlich sich Aufwand und Belastung durch das Gutachterverfahren je nach Therapieverfahren darstellt.

Vergegenwärtigt man sich schließlich noch einmal, welch immense Bürde das Ausformulieren menschlich-komplexer Sachverhalte bedeutet (siehe oben Seite 54), dann beinhaltet dieses andauernd neue Anträge verfassen der Verhaltenstherapeuten ganz erheblichen „Leidensdruck“. Dies macht dann auch deutlich, warum selbst erfahrene und engagierte Verhaltenstherapeuten Langzeittherapien meiden könnten, was sicher nicht im Interesse einer „qualitativ hochwertigen Versorgung“ steht.

Unverhältnismäßigkeit der Prüfkosten im Vergleich der Therapierichtungen

Im folgenden soll die Relation der Kosten für das Gutachterverfahren zu den Therapiekosten bei Psychoanalyse und Verhaltenstherapie untersucht werden. Hierzu soll zunächst ein Vergleich der Therapiekosten pro Antragsschritt nach Therapieverfahren (PA vs. VT) aufgestellt werden (siehe Tabelle 68). Die Berechnung bezieht sich auf Einzelbehandlung (EBM Nr. 877 und 882) bei einem zugrundegelegten Punktwert von 0,08 DM und dementsprechend einer Gebühr von DM 116,- pro Sitzung.

Tabelle 68: Vergleich der Therapiekosten pro Antragsschritt zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie

Begutachtungs-Antragsschritte	Psychoanalyse	Verhaltenstherapie
Erstantrag	160 Sitzungen DM 18.560,-	45 Sitzungen DM 5.220,-
1. Fortführung	80 Sitzungen DM 9.280,-	15 Sitzungen DM 1.740,-
2. Fortführung	60 Sitzungen DM 6.960	20 Sitzungen DM 2.320,-
Insgesamt	300 Sitzungen DM 34.800	80 Sitzungen DM 9.280-

Diese Therapiekosten je nach Therapierichtung sollen nun in Relation zu den jeweiligen Kosten für das Gutachterverfahren gesetzt werden. Es wurde ausgeführt, daß jeder Antragsschritt derzeit DM 240,- kostet. Bei adäquater Kalkulation des tatsächlichen Antragsaufwands) ist der Erstantrag mit DM 630,- und jeder Fortführungsantrag mit DM 380,- zu veranschlagen (vgl. oben Seite 116).

Nachfolgende Tabelle 69 zeigt einen Vergleich der Relationen von GAV-Kosten zu Therapiekosten zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie.

Tabelle 69: Verhältnis der GAV-Kosten zu den Therapiekosten bei Psychoanalyse und Verhaltenstherapie

Antragsschritte	Jeweilige Kosten	PA	VT
		(% = Relation der Prüf-Kosten zu Therapiekosten)	
Erstantrag	Therapiekosten pro Schritt	DM 18.560,-	DM 5.220,-
	Kosten für Gutachterverfahren z.Zt.: DM 240,- Kosten für Gutachterverfahren adäquat kalkuliert: DM 630,-	1,3 % 3,4 %	4,6 % 12,1 %
1. Fortführung	Therapiekosten pro Schritt	DM 9.280,-	DM 1.740,-
	Kosten für Gutachterverfahren z.Zt.: DM 240,- Kosten für Gutachterverfahren adäquat kalkuliert: DM 380,-	2,6 % 4,1 %	13,8 % 22,0 %
2. Fortführung	Therapiekosten pro Schritt	DM 6.960	DM 2.320,-
	Kosten für Gutachterverfahren z.Zt.: DM 240,- Kosten für Gutachterverfahren adäquat kalkuliert: DM 380,-	3,5 % 5,5 %	10,3 % 16,4 %
Insgesamt	Therapiekosten gesamt	DM 34.800	DM 9.280-
	Gesamtkosten für Gutachterverfahren z.Zt.: DM 720,- Gesamtkosten für Gutachterverfahren adäquat kalkuliert: DM 1.390,-	2,1 % 4,0 %	7,8 % 15,0 %
Neu			
KZT	Therapiekosten gesamt		2.900,-
	Gesamtkosten für Gutachterverfahren z.Zt.: DM 160,-* Gesamtkosten für Gutachterverfahren adäquat kalkuliert: DM 355,-**		5,5 % 12,2 %

*Bericht: DM 55,- (700 Punkte) plus Gutachterhonorar (geschätzt) DM 55,- plus Verwaltungskosten DM 50,-

**Bericht: DM 250,- (3120 Punkte) plus Gutachterhonorar (geschätzt) DM 55,- plus Verwaltungskosten DM 50,-

Bei beiden Therapieverfahren beträgt der Gesamtaufwand für die gutachterliche Kontrolle der drei Antragsschritte (Erst-, 1. Fortführungs- und 2. Fortführungsantrag) DM 720,- (3 x DM 240,-) bei derzeitiger Honorarlage.

Im Gesamtvergleich dieser beiden Therapiefachrichtungen (PA – VT) bedeutet dies: Mit gleichem Kostenaufwand: DM 720,- (bzw. adäquat kalkuliert mit DM 1.390,-) wird einmal ein Risiko von DM 34.800,- (PA) und zum anderen ein Risiko von DM 9.280,- (VT) zu kontrollieren versucht.

Das heißt anders ausgedrückt: Bei der Verhaltenstherapie werden im Vergleich zur Psychoanalyse die Behandlungskosten mit einem fast 4-fach höheren Kosteneinsatz geprüft.

Diese Zahlen zeigen, daß sich der „Druck“ des Gutachterverfahrens besonders auf die kurzen Therapieverfahren, insbesondere auf die Verhaltenstherapie, konzentriert.

Die Unverhältnismäßigkeit dieser gutachterlichen Prüfkonzentration zeigt sich für die Krankenkassen im ungleichen Kostenverhältnis (Prüfkosten in Relation zu Behandlungskosten), für die einzelnen VT-Praktiker aber vor allem in einer ungleichen, unzumutbaren Relation von Berichtsaufwand zur beantragten Sitzungszahl. (Diese Aussage findet sich auch eindeutig in den späteren empirischen Daten zur Untersuchung der Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens.)

Vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, daß die längeren Psychotherapieverfahren (PA, aKJPT) gegenüber den kürzeren Verfahren (VT, TP) ein unterschiedlich dringliches Interesse an einer Veränderung des derzeitigen Systems des Gutachterverfahrens haben.

Diese interessegeleiteten Ausgangspositionen einerseits der Gutachter mit ihren erheblichen Nebeneinkünften und der Psychoanalytiker mit ihrem vergleichsweise geringeren Antragsaufwand und Sorge bezüglich ungeeigneter alternativer Prüfsysteme und andererseits der durch das Gutachterverfahren stark belasteten und benachteiligten Verhaltenstherapeuten und "Tiefenpsychologen" gilt es bei den Pro- und Contra-Postulaten zum Gutachterverfahren zu bedenken.

Vergleich der Prüfkosten in Verhaltenstherapie und Somatomedizin

Abgesehen von der „internen“ Unverhältnismäßigkeit des Prüfaufwands zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie machen die Zahlenangaben in Tabelle 69 aber auch noch einmal überaus deutlich, daß die Kosten für die gutachterliche Prüfung in einem nicht mehr vertretbaren Verhältnis zu den psychotherapeutischen Behandlungskosten stehen. Dies gilt für alle Psychotherapieverfahren, ganz besonders aber für die Verhaltenstherapie.

Im folgenden soll illustrativ aufgezeigt werden, welche Schiefelage im Prüfaufwand (Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung) im Psychotherapiebereich im Vergleich zum Somatomedizinbereich überhaupt möglich werden konnte.

Dabei wird sich erweisen, daß das Prüfkostenverhältnis insbesondere in der Verhaltenstherapie über alle Maßen entglitten ist, so daß es höchste Zeit erscheint, daß diese Daten zur Kenntnis genommen werden.

Die prozentuale Kostenrelation (Kosten des Gutachterverfahrens im Verhältnis zu Behandlungskosten) beträgt im VT-Bereich (vgl. oben Tabelle 69).

Erstantrag:	4,6 % (bzw. 12,1 %)
1. Fortführungsantrag:	13,8 % (bzw. 22,0 %)
2. Fortführungsantrag:	10,3 % (bzw. 15,0 %)
Kurzzeit-Therapieantrag:	5,5 % (bzw. 12,2 %)

(Die Zahlen in Klammern geben das Verhältnis an, das bei korrekter, den tatsächlichen Berichts-Zeitaufwand erfassender Kalkulation vorliegt.)

Diese Zahlen zu den VT-Prüf-Relationen sind schon für sich genommen als „extrem“ zu beurteilen. Kostengrößen von 5 - 15 % (bzw. 10 - 22 %) nur für die Prüfung und Qualitätssicherung der eigentlichen Leistung sind nur noch als absurd zu qualifizieren.

Wie völlig „außer Kontrolle“ diese Relationen im Psychotherapiebereich sind, zeigt eindrucksvoll der nachfolgende Vergleich zu den Prüfkosten im somatomedizinischen Bereich auf.

Es wurde oben ausgeführt, daß im somatomedizinischen Bereich die Prüfkosten (WP + QS) 0,25 % der Behandlungskosten ausmachen (vgl. oben Seite 118, Tabelle 66).

Stellt man diese Prüfkosten-Relation derjenigen im Psychotherapiebereich (hier Verhaltenstherapie) gegenüber (siehe nachfolgende Tabelle 70), so ergibt sich eine derart irrationale 'zig-fache Unverhältnismäßigkeit und Ungleichheit, die alle weiteren Kommentare verstummen lassen.

Tabelle 70: Kosten für PT-Wirtschaftlichkeitsprüfung und PT-Qualitätssicherung mittels Gutachterverfahren im Bereich Verhaltenstherapie in Relation zu den 0,25 %-Prüfkosten (WP + QS) im Bereich der Somatomedizin

Antragsschritte	Jeweilige Kosten	Relation VT-Prüfkosten (GAV) zu 0,25 %-Somato-Prüfkosten (WP+QS)
Erstantrag	Kostenrelation für Gutachterverfahren derzeit (Kostenrelation für Gutachterverfahren adäquat kalkuliert)	das 18 – fache ! (48 – fache)
1. Fortführung	Kostenrelation für Gutachterverfahren derzeit (Kostenrelation für Gutachterverfahren adäquat kalkuliert)	Das 54 – fache ! (88 – fache)
2. Fortführung	Kostenrelation für Gutachterverfahren derzeit (Kostenrelation für Gutachterverfahren adäquat kalkuliert)	Das 41 – fache ! (66 – fache)
KZT	Kostenrelation für Gutachterverfahren ab 1.1.2000 (Kostenrelation für Gutachterverfahren adäquat kalkuliert)	Das 22 – fache ! (49 – fache)

"Nebenwirkungen" des Gutachterverfahrens: Indirekte und sonstige Kosten

Das Gutachterverfahren ist ein Instrument der "externen Qualitätssicherung" (vgl. Nübling & Schmidt, 1998). Als ein von außen auferlegtes Prüfverfahren (Qualitätskontrolle) ordnet es unter anderem an:

- eine aufwendige Begründungspflicht,
- eine Sammlung und Weitergabe höchstpersönlicher Daten,
- eine Wartezeit bis zur Antragsbewilligung.

Im Gegensatz zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die typischerweise im nachhinein erfolgt, ist das gutachtliche Befürwortungs- und kassenzugeordnete Bewilligungsverfahren im Psychotherapiebereich vorgeordnet. In seiner Eigenschaft als Eingangsprüfung entfaltet es spezifischen Einfluß und verursacht Effekte (z.B. "Abschreckungseffekt") und Reaktionen mit entsprechenden Nebenwirkungen. Unerwünschte bzw. ungünstige Folgeeffekte sind ebenfalls "Kosten" des Gutachterverfahrens; nicht nur (aber auch) im materiellen, pekuniären Sinne. Sie sind ebenfalls bei der Frage seiner Verhältnismäßigkeit mit einzubeziehen.

Als solche Folgeeffekte sollen hier diskutiert werden:

- ◆ Antrags-Bewilligungs-Wartezeiteffekte
- ◆ Datenschutzkollisionen
- ◆ Kompensationsverhalten (Amortisation des Antragsaufwands)
- ◆ Fluchtreaktionen (Ausweichen auf Kurzzeittherapie)

Antrags-Wartezeiteffekte

Zwischen dem Abschluß der Vorgespräche, Einleitung des gutachterpflichtigen Antragsverfahrens, gutachterlicher Antragsprüfung und letztendlichem Bewilligungsbescheid seitens der Krankenkasse vergeht eine erhebliche Zeit, nicht selten Monate, erst recht in Fällen von Nachbesserungen oder Ablehnungen mit Obergutachterverfahren.

Gerade die kurzen Psychotherapieverfahren, hier spezifisch die Verhaltenstherapie, mit ihren kurzen Bewilligungsschritten unterliegen einer Permanenz an gutachterlichen Prüfungen mit entsprechendem Berichtswesen.

Hiermit verbunden sind quasi ständige Fälligkeiten von irgendwelchen Erst-, Umwandlungs- oder Fortführungs-Anträgen.

Zur Fälligkeit findet sich in den Psychotherapie-Vereinbarungen folgende Vorschrift:

Psychotherapie-Vereinbarung
§ 11, Abs. 7, S. 3

"Der Antrag ist so rechtzeitig zu stellen, daß eine kontinuierliche Weiterbehandlung gewährleistet ist."

Diese kodifizierte Forderung einer Rechtzeitigkeit der Umwandlungs- und Fortführungsanträge ist in der realen Praxis - insbesondere der Verhaltenstherapeuten mit den kurzen Bewilligungsschritten - kaum realisierbar.

Wann soll etwa bei einem Umwandlungs- oder Fortführungsschritt von 20 bzw. 15 Sitzungen (die eventuell noch als Expositions-Blocksitzungen rasant schnell aufgebraucht sind) der nächste Antrag, dessen Bewilligung mehrere Wochen dauert, gestellt werden, damit "eine kontinuierliche Weiterbehandlung gewährleistet ist"? Hier zeigen sich erhebliche berufspraktische Ungereimtheiten, die sich gerade bei Verhaltenstherapeuten als permanenter Antragsfälligkeits-Streßfaktor auswachsen können. Um hier nicht zu einer Folge von "ungedeckten" Sitzungen zu kommen, bleibt fast nur die Verordnung von Wartezeit zwischen den jeweiligen Antragsstufen. Dadurch kann es aber zu Störungen, eventuell auch Rückschritten im Therapieprozeß kommen, die nun gerade mit der o.g. Vorschrift verhindert werden sollten.

In dieser Nichtrechtzeitigkeit von Anträgen und Anordnung von Wartezeiten während einer laufenden Behandlung liegt demnach ein Verstoß gegen die Psychotherapie-Vereinbarungen. Obgleich hierzu entsprechend "reservierte" Antworten bei den Vertragspsychotherapeuten, insbesondere den tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten zu erwarten sind, ist eine diesbezügliche Fragestellung dennoch in die empirische Untersuchung aufgenommen.

Datenschutzbelange

Das Gutachterverfahren, das auf einer ausschließlich schriftlichen Prüfung basiert, erfordert eine Aufbereitung und Einsichtnahme umfänglicher indikations- und behandlungsrelevanter Falldaten. Zu diesem Zwecke sind insbesondere im "ausführlichen Bericht" des Psychotherapeuten vielfältige Informationen über Lebens- und Krankheitsgeschichte des Patienten, über seine soziale Situation, über Bezugspersonen und über die Person selbst zu erheben und zu dokumentieren. Es soll hier dahingestellt bleiben, ob die Sammlung und Dokumentation von Patientendaten in diesem Umfang und in dieser Form auch

vom Psychotherapeuten durchgeführt würde, wenn es das Gutachterverfahren nicht gäbe.

Das Gutachterverfahren veranlaßt eine schriftliche Fixierung, postalische Weitergabe und Offenbarung sehr persönlicher Daten und Befunde. Da gerade im Psychotherapiebereich den intimsten, privaten Informationen eine beurteilungsrelevante Funktion zukommt, ist kaum ein anderes Verfahren vorstellbar, das so sehr die schutzwürdigen Interessen der Person tangiert. Hierbei ist nur am Rande noch darauf aufmerksam zu machen, daß nicht nur Daten des Patienten selbst erhoben, dokumentiert und transferiert werden, sondern häufig auch intime Daten über Bezugspersonen (Ehepartner, Kinder, Eltern, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen etc.), deren Weitergabe nicht durch eine Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 Strafgesetzbuch) seitens des Patienten rechtlich gedeckt sein dürfte.

Das Antragsverfahren ist weitestgehend formalisiert, so daß der Datenschutz prima vista gewahrt erscheint. So sind die Angaben, die direkt für die Krankenkasse bestimmt und einsehbar sind, auf das notwendige, rechtlich zulässige Maß reduziert. Der besonders datenschutzrelevante Bericht des Psychotherapeuten sowie ggf. sonstige Klinikberichte und Befunde werden als Anlage in einem farblich abgehobenen Umschlag überreicht, der den deutlichen Hinweis trägt: "Achtung! Dieser Briefumschlag ist nur vom Gutachter zu öffnen" (vgl. Formularumschlag PT/VT 8). Die gutachterlich zu prüfenden Schriftstücke enthalten weder Namen, noch Adressen betroffener Personen, sondern sind mit einer Chiffre-Nummer gekennzeichnet, die sich aus dem Anfangsbuchstaben des Familiennamens und dem sechststelligen Geburtsdatum zusammensetzt. Das (grund-)rechtliche Problem liegt nun darin, daß das Gutachterverfahren verlangt, äußerst schutzbedürftige persönliche Daten in Verkehr zu bringen und an "fremde Dritte" (Gutachter) weiterzureichen, wo diese Daten bearbeitet und (besonders geschützt?) eine Zeitlang aufbewahrt werden. Zur Aufbewahrung der Unterlagen beim Gutachter sehen die Psychotherapie-Vereinbarungen folgendes vor:

*Psychotherapie-Vereinbarungen
§ 12 Absatz 8*

"Die in der ärztlichen Berufsordnung festgelegten Aufbewahrungsfristen für ärztliche Aufzeichnungen gelten für die Gutachter nicht. Er soll jedoch die ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen und seine gutachtliche Stellungnahme unter Wahrung der Schweigepflicht mindestens 2 Jahre über den von ihm befürworteten Behandlungszeitraum hinaus aufbewahren."

Ob diese Aufbewahrungspflicht der Unterlagen auch umgekehrt das Recht einschließt, diese Daten an „wissenschaftliche Dritte“ zum Zwecke von Untersuchungen zur Verfügung zu stellen und auszuforschen (so Linden, Förster, Oel & Schlötelburg, 1993), scheint zweifelhaft und verdeutlicht eventuell, daß diesbezügliche Sensibilität noch nicht adäquat ausgebildet ist.

Es versteht sich von selbst, daß der Transfer nur auf den absolut notwendigen Datenaustausch mit maximaler Schutzgewährung beschränkt sein darf. Hier aber ist das Gutachterverfahren grundsätzlichen rechtlichen Bedenken ausgesetzt.

So ist der Bericht an den Gutachter nicht wirklich chiffriert. Die Angaben zur Person in der Chiffre (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geburtsdatum), die ausdrücklich im Formblatt "Bericht an den Gutachter" (vgl. Formblatt 3a/b/c) mitzuteilenden Angaben zum erlernten Beruf und ausgeübter Tätigkeit, zum Familienstatus etc., die Angabe der zuständigen regionalen Krankenkasse und des Praxis-sitzes des Therapeuten lassen einen regional verdichteten, alphabetisch und an Geburtsdaten orientierten Rückbezug im Zeitalter umfänglicher Datenautomatisierung nicht einmal als besonders schwierig erscheinen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (vgl. z.B. BVerfGE 65, 1ff, 44) bedeutet die Weitergabe solcher personenbezogener Daten einen Eingriff in das Recht des Bürgers auf "informationelle Selbstbestimmung". Danach ist ein solcher Eingriff nur dann zulässig, wenn er im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit liegt, eine gesetzliche Grundlage hat und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entspricht.

Ob die notwendige "Verhältnismäßigkeit" hier tatsächlich vorliegt, erscheint keineswegs unbedenklich.

Eine Grundvoraussetzung ist nämlich, daß das Gutachterverfahren tatsächlich geeignet sein muß, seinen Auftrag und Zweck (Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung) zu erfüllen. Ist diese Eignung nicht hinlänglich gesichert, erscheint der mit dem Gutachterverfahren erzwungene Eingriff in verfassungsrechtliche Schutzbelange des Bürgers bei einer Güterabwägung im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung rechtlich fragwürdig.

Diese schwierige, grundsätzliche, rechtsstaatliche Abwägung ist Gegenstand eines Gerichtsverfahrens, das derzeit anhängig ist (Cullmann, 1998) und auf dessen Ausführungen und Urteilsbegründung man gespannt sein darf.

Unabhängig von dieser prinzipiellen Frage, ob das Gutachterverfahren überhaupt den Austausch derartig personbezogener Daten rechtfertigen kann, wurde in der empirischen Untersuchung der konkreten Frage nachgegangen, ob Vertragspsychotherapeuten direkte Verletzungen des Datenschutzes festgestellt haben.

Amortisation des Antragsaufwands

Der zeitlich umfangreiche und anstrengende Arbeitsaufwand, den das Gutachterverfahren abverlangt, findet einen Ausgleich darin, daß eine Behandlungsmaßnahme von größerem Umfang zu erwarten ist. Erfüllt sich diese Erwartung jedoch nicht, weil die Therapie viel schneller wirksam ist als angenommen, kann es trotz dieses Erfolgs zu Frustrationen seitens des Therapeuten bezüglich der Diskrepanz zwischen Antragsaufwand und "-ertrag" kommen.

Besteht die Gefahr, daß der als zeitaufwendig und "qualvoll" ausgewiesene Antragsaufwand versteckt ausgeglichen wird, indem er durch Aufbrauchen der bewilligten Sitzungszahl kompensiert, quasi "amortisiert" wird?

Auch diese Frage ist heikel, da "nicht notwendige" Leistungen von den Leistungserbringern nach § 12 Abs. 1 SGB V im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bewirkt werden dürfen (vgl. Lubecki, 1997).

Obleich auch hier entsprechend "reservierte" Antworten bei den Vertragspsychotherapeuten zu erwarten sind, ist eine diesbezügliche Fragestellung dennoch in die empirische Untersuchung aufgenommen worden.

"Abschreckungseffekt" des LZT-Antragsaufwands und "Flucht" in die KZT-Alternative

Die einzige Möglichkeit, dem erheblichen Aufwand eines Langzeittherapie-Antrags auszuweichen, besteht darin, gutachterfreie Kurzzeittherapie durchzuführen.

Da das Sitzungshonorar für KZT und LZT gleich ist, liegt in dem Ausweichen auf Kurzzeittherapie eine echte LZT-Umgehungs-Alternative.

Dieses Ausweichen auf Kurzzeittherapie könnte sich ab dem 01.01.2000 insofern ändern, als jetzt auch für die Beantragung der Kurzzeittherapie grundsätzlich ein Gutachterverfahren vorgesehen ist (vgl. oben Seite 84). Es bleibt abzuwarten, zu welchen Reaktionen die neue Regelung bei den Vertragspsychotherapeuten führen wird. Je nach tatsächlichem KZT-Antragsaufwand und Befreiungsmöglichkeit (siehe oben a.a.O.) auch durch Anrechnung gutachterlich geprüfter KZT-Anträge wird sich zeigen, ob und daß KZT (dann) nach wie vor eine "Flucht-Alternative" darstellt (z.B. für die „befreiten Erfahrenen“) oder aber auch, daß KZT kaum noch von „Unbefreiten“ beantragt wird, weil ihr Antragsaufwand nicht mehr gering genug gegenüber LZT-Anträgen ist.

KBV-Umsatzstatistiken (siehe oben Tabelle 6, Seite 22) weisen aus, daß der größte Teil der Ausgaben für Psychotherapie auf Kurzzeittherapie entfällt.

Auch nachfolgender Tabelle 71 ist zu entnehmen, daß sich die Umsätze in etwa auf 52 % für Kurzzeittherapie und 48 % für Langzeittherapie verteilen. Insbesondere ist festzustellen, daß bei tiefenpsychologisch fundierter Therapie und Verhaltenstherapie, die mehr als 2/3 der Gesamtausgaben bewirken, mehr als 70 % der Kosten für Kurzzeittherapie (EBM Nr. 871, 873, 881, 883) aufgewendet werden.

Tabelle 71: Anteil KZT u. LZT an Ausgaben für Richtlinien-Psychotherapie 1996
(nach hochgerechneten Erstquartalsdaten der KBV, siehe Vereinigung, 1997)

Grundberufe	Therapie Richtung	PT-Honorare in Mio. DM (Anteil in %)	Verteilung der Honorare (in %) auf KZT und LZT	
			KZT	LZT
Alle				
	PA	250 (24 %)		100 %
	aKJP	73 (7 %)	27 %	63 %
	TP	443 (43 %)	72 %	28 %
	VT	261 (25 %)	74 %	26 %
Gesamt		1027 (100 %)	52 %	48 %
Ärztliche PT				
	PA	137 (13 %)		100 %
	TP	367 (36 %)	71 %	29 %
	VT	27 (3 %)	78 %	22 %
ÄPT gesamt		531 (51 %)	53 %	47 %
Psycholog. PT				
	PA	113 (11 %)		100 %
	TP	76 (7 %)	78 %	22 %
	VT	234 (23 %)	73 %	27 %
PPT gesamt		423 (41 %)	54 %	46 %
AKJPT				
	PA	40 (4 %)		100 %
	TP	33 (3 %)	60 %	40 %
AKJP gesamt		73 (7 %)	27 %	63 %

Die Aussagekraft dieser enormen KZT-Umsätze ist allerdings erheblich eingeschränkt: So ist den Zahlenangaben für KZT nicht zu entnehmen, welche als "echte" Kurzzeittherapien durchgeführt und abgeschlossen wurden und welche quasi „unechte“ Kurzzeittherapien sind, da sie in Langzeittherapie umgewandelt worden sind¹. Es ist nicht auszuschließen, daß ein erheblicher Teil der KZT-Umsätze sich nur als erste Stufe einer dann umgewandelten LZT darstellt.

Die KZT-Antragsformulare haben diese Möglichkeit als Ankreuzalternative auch offiziell vorgesehen:

"Die KZT wird durchgeführt

- als Behandlungsverfahren mit voraussichtlich ausreichendem Behandlungserfolg
- zur Überprüfung einer Indikationsstellung für Langzeittherapie".

¹ Spätestens bis zur 20. Sitzung kann eine laufende Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie übergeleitet werden (Umwandlung).

Trotz der unklaren Datenzuordnung ist anzunehmen, daß ein erheblicher Teil dieses immensen KZT-Umsatzes auf die LZT-Begutachtungs-Barriere zurückgeht. Gäbe es das Gutachterverfahren nicht, so würden vermutlich viele der heutigen Kurzzeittherapien als Langzeittherapien durchgeführt werden.

Neben dem vermeintlichen pädagogischen Effekt durch das gutachterlich geprüfte Antragsverfahren (vgl. oben Seite 84) ist diese Art "Mengenbegrenzung" ein weiterer Sekundäreffekt.

Als „sekundär“ ist diese Barriere-Wirkung des Gutachterverfahrens deshalb zu bezeichnen, weil nicht etwa die Gutachter einen Antrag auf Langzeittherapie ablehnten und stattdessen eine Indikation für eine Kurzzeittherapie feststellten. Es ist vielmehr der drohende formale und inhaltliche Berichtsaufwand, die befürchteten oder auch schon erfahrenen Konsequenzen und sonstigen Nachteile des Gutachterverfahrens (Wartezeit, Inflexibilität etc.), die abschreckend wirken und auf die antragseinfachere (bzw. zukünftig GAV-befreite) KZT-Alternative ausweichen lassen.

Die hohe Quote von Kurzzeitherapien wäre demnach häufig nicht wegen einer spezifischen Kurzzeit-Indikation, sondern aufgrund des erheblich weniger aufwendigen Antragsprozedere erklärbar.

Die Vertragspsychotherapeuten, die KZT als Ausweichalternative wählen, um den LZT-Antragsaufwand zu vermeiden, könnten nach unterschiedlichen Motiven differenziert werden:

- A. Therapeuten, die seriös und verantwortungsbeußt sind und häufiger auch Langzeittherapien für eigentlich indiziert halten, die aber trotz eventueller Versuche einfach keine Anträge schreiben können oder „unendlich“ viel Zeit dazu benötigen und deshalb nur Kurzzeitverfahren durchführen.
- B. Erfahrene Therapeuten, die zwar Anträge schreiben können und dies auch mehrfach „bewiesen“ haben, die aber den immer wieder neu sich stellenden Antragsaufwand nicht mehr zu leisten bereit sind und als ihre eigene Konsequenz zunehmend nur noch Kurzzeittherapie anbieten.
- C. Therapeuten, die bisher keine oder kaum Anträge geschrieben haben, die es könnten oder nicht könnten, aber es in jedem Fall auch bei eindeutiger Langzeit-Indikation nicht tun, weil sie grundsätzlich solchen Aufwand scheuen und sich im Kurzzeitverfahren quasi eingenistet haben.

Während sich Gruppe C grundsätzlich dem Antragsaufwand bei gutachterpflichtigen Langzeittherapien entzieht und sich über ein ausschließliches Kurzzeitangebot nach außen definiert, ist insbesondere eine tendenzielle KZT-Wahl der Gruppen A und B problematisch, denn hier steht eine hohe therapeutische Berufsqualifikation gerade für die Durchführung von Langzeittherapien nicht mehr zur Verfügung.

Ein solcher "Abschreckungseffekt" des Gutachterverfahrens mit der Folge eines vertragspsychothera-

peutischen Ausweichens auf die KZT-Alternative ist als sehr unerwünscht zu beurteilen und steht nicht in Übereinstimmung mit den Psychotherapievereinbarungen. Diese enthalten eine klare Vorgabe:

Psychotherapie-Vereinbarungen
§ 11 Absatz 2

"Je nach Indikationsstellung ist festzulegen, ob ein Antrag auf Kurzzeit- oder Langzeittherapie gestellt werden soll."

Wenn Kurzzeittherapie nicht aus spezifischen Kurzzeit-Indikationsgründen, sondern zur Vermeidung des erheblichen LZT-Berichtaufwands durchgeführt wird, dann kollidiert dies nicht nur mit o.g. PT-Vereinbarungen, sondern auch mit dem Anspruch des Versicherten auf eine "bedarfsorientierte Indikation" (Fischer, 1995, S. 100) und "bedarfsgerechte, vollwertige" Versorgung (Lubecki, 1990, S. 303).

Die Durchführung von Kurzzeittherapie war eingeführt worden, um rasch, flexibel und unbürokratisch etwa in akuten Krisenfällen eingreifen zu können oder „längerfristigen Halt“ im Rahmen niederfrequenter Sitzungen zu gewähren (vgl. Faber & Haarstrick, 1996).

Wenn KZT nun aber aus antragskompensatorischen, also therapiefremden, dysfunktionalen Gründen durchgeführt wird, dann entsteht die Frage, was aus den „antherapierten“ Fällen wird, die nach 25 Sitzungen eventuell "halbfertig" nach Hause geschickt werden? Dies kann dann nicht die „bedarfsgerechte, vollwertige Versorgung“ in "qualitativ hochwertiger Form" (Fischer, a.a.O.) sein, bei der der "Patient im Mittelpunkt" steht (Lubecki, a.a.O.).

12.2 Empirischer Teil

Fragen zur Amortisation, zur Therapieunterbrechung bei nicht rechtzeitigen Folgeanträgen, zur Vermeidung von Langzeittherapien wegen des Antragsaufwands oder zur Umgehung durch Wahl der Kurzzeitalternative etc. sind "delikate" Fragen, weil sie rechtliche, vertrag(-särztl)iche und ethische Grenzen berühren. Obgleich solche Fragen für eine Untersuchung insbesondere der Folgeeffekte und indirekten Kosten des Gutachterverfahrens erhebliche Bedeutung haben, könnte es sein, daß sie nicht in einem schriftlichen Fragebogen, sondern allenfalls nur auf informellem Wege beantwortet würden. Trotz dieser Bedenken (von verfälschenden Antworttendenzen oder sogar Rücklaufgefährdungen) sind sie dennoch hier gestellt worden, weil ohne sie eine Untersuchung des Gutachterverfahrens aus vertragspsychotherapeutischer Sicht nur unvollständig wäre. Das Gutachterverfahren in seiner derzeitigen Ausgestaltung führt vermutlich in der Praxis zu reaktiven Effekten, die nicht übersehen werden dürfen und mit denen sich auch gerade unter dem Gesichtspunkt seiner Verhältnismäßigkeit auseinandersetzen ist.

Der für eine Praktikerbefragung hohe Rücklauf von über 60 % spricht dafür, daß diese heiklen Fragen zumindest nicht zu einer kompletten Verweigerung der Rücksendung geführt haben. Eventuell war es den befragten Vertragspsychotherapeuten trotz einiger "heikler Frageninhalte" einfach zu wichtig, daß endlich die Gutachtenthematik grundsätzlich bearbeitet wird, so daß eventuelle diesbezügliche „Sensibilitäten“ zurückgestellt wurden.

Ist die Berichts-Honorierung im EBM (1.400 Punkte) angemessen?

Es wurde mehrfach ausgeführt, daß in sämtlichen Praktikerdiskussionen zum Gutachterverfahren stets ein zeitlicher Antragsaufwand benannt wurde, der nicht adäquat im EBM-Honorar Nr. 868 repräsentiert erscheint. Dieser erhebliche Arbeitsaufwand wurde in dieser Untersuchung empirisch fundiert. Von daher ist zu vermuten, daß auch die ganz überwiegende Mehrzahl der Vertragspsychotherapeuten die derzeitige Honorierung als nicht angemessen beurteilen wird.

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.

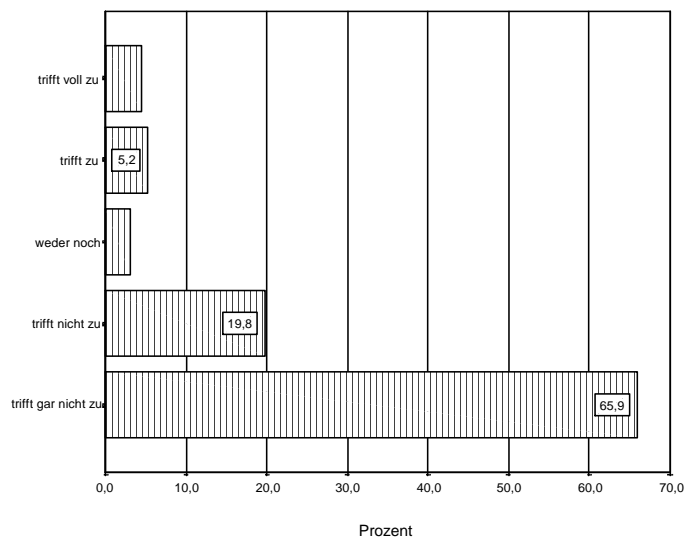
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:

„Die EBM-Bewertung für den Antragsbericht (1.400 Punkte) ist angemessen“

Tabelle 72: Häufigkeitstabelle zur Aussage: EBM-Berichts-Honorar ist angemessen

	Häufigkeit	Prozent
trifft voll zu	28	4,4
trifft zu	33	5,2
weder noch	20	3,1
trifft nicht zu	127	19,8
trifft gar nicht zu	422	65,9
Gesamt	630	98,4
Ungültig	10	1,6
Gesamt	640	100,0

Abbildung 50: Einschätzung der Aussage: "Die EBM-Bewertung für den Antragsbericht (1.400 Punkte) ist angemessen"



Dieses Ergebnis ist eindeutig. Über 85 % der Vertragspsychotherapeuten zeigen mit ihrer Einschätzung, daß der Aussage, "die EBM Bewertung für den Antragsbericht (1.400 Punkte) ist angemessen", nicht zuzustimmen ist. Demgegenüber bewerten knapp 10 % der Vertragspsychotherapeuten diese Aussage als zutreffend.

Einschätzung der Honorar -Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung

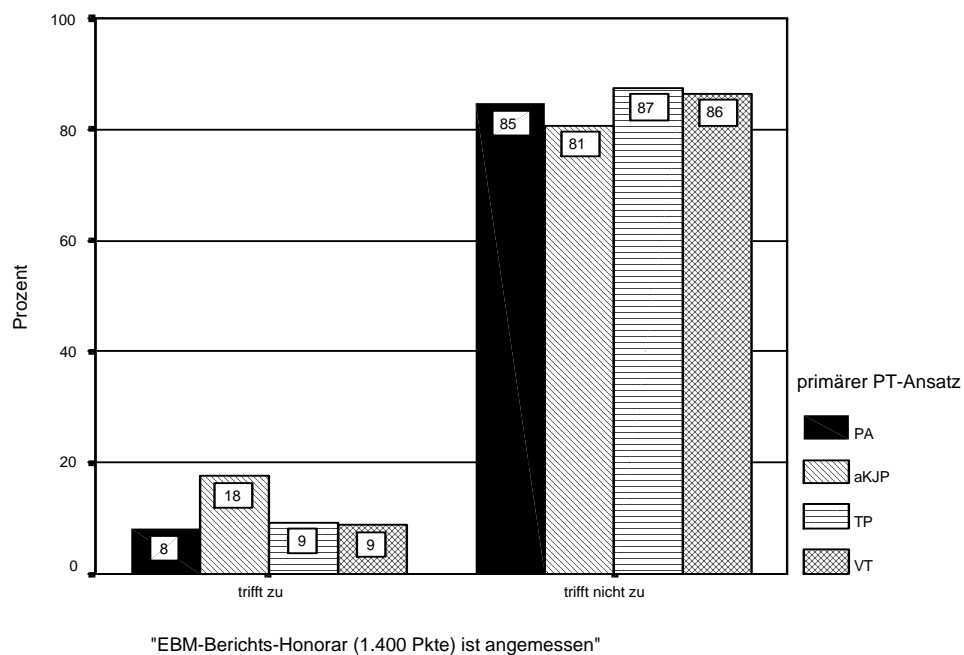
Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen hinsichtlich ihrer Einschätzung unterscheiden, die EBM-Bewertung für den Antragsbericht (1.400 Punkte) ist angemessen. Die Tabelle 73 mit den Variablen "Honorar-Angemessen-Aussage" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 73: Honorar-Angemessen-Aussage in Abhängigkeit zum Therapieansatz

	"Die EBM-Bewertung für den Antragsbericht (1.400 Punkte) ist angemessen"					Gesamt
	trifft voll zu	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu	
PA	5 3,2%	8 5,1%	6 3,8%	29 18,6%	108 69,2%	156 100,0%
aKJP	4 7,1%	6 10,7%		14 25,0%	32 57,1%	56 100,0%
TP	8 3,8%	12 5,7%	4 1,9%	48 22,7%	139 65,9%	211 100,0%
VT	11 5,3%	7 3,4%	10 4,8%	36 17,4%	143 69,1%	207 100,0%
Gesamt	28 4,4%	33 5,2%	20 3,2%	127 20,2%	422 67,0%	630 100,0%

Keine andere Variable ist über alle Therapierichtung hinweg so einheitlich beurteilt worden, was in der Fokus-Abbildung 51 gut zum Ausdruck kommt.

Abbildung 51: EBM-Berichts-Honorar-Aussage in Abhängigkeit zum Therapieansatz



➔ Prüfstatistisch zeigt sich, daß keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen.

Das derzeitige EBM-Honorar für den Berichtsaufwand kann nicht stimmen. Selbst die sich sonst in vielen Aussagen signifikant unterscheidenden Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten kommen hier zum gleichen Ergebnis: Fast 70 % lehnen sogar in der Maximalkategorie ("trifft gar nicht zu") diese Aussage ab und insgesamt liegen die ablehnenden Angaben bei fast 90 %!

Amortisation des Antragsaufwands durch "Aufbrauchen" der bewilligten Sitzungszahl

Die Frage, ob es eine Amortisationstendenz bei Vertragspsychotherapeuten insofern gibt, als sie durch Aufbrauchen der bewilligten Sitzungszahl den Antragsaufwand zu kompensieren suchen, kann (und darf) fast nicht direkt gestellt werden. Da das Aufbrauchen von Sitzungen eine "nicht notwendige" Leistung ist, sind derartige Kompensationen keinesfalls gestattet. Wegen dieser und ähnlicher Fragen (z.B. nach häufiger und erheblicher Abweichung der konkreten Therapie vom Antrag, siehe Seite 101, etc.) kam es dann vereinzelt auch zu telefonischen Rückfragen, ob die Anonymität wirklich gewährleistet sei. Bei einigen Fragebögen wurde der Barcode (siehe oben Seite 21) von den Befragten abgeschnitten, was bedauerlich war, denn solche Fragebögen wurden als "ungültig" aussortiert.¹

Aufgrund des gewissen "deliktischen" Charakters dieser Frage ist mit einer "beschönigenden" Antworttendenz zu rechnen, denn wer würde sich schon fragen lassen, ob er sich unredlich verhält. Um aber vielleicht eine Tendenz zur Kompensation festzustellen, die das aufwendige Gutachterverfahren als Nebeneffekt verursachen könnte, wurde diese Frage dennoch gestellt.

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

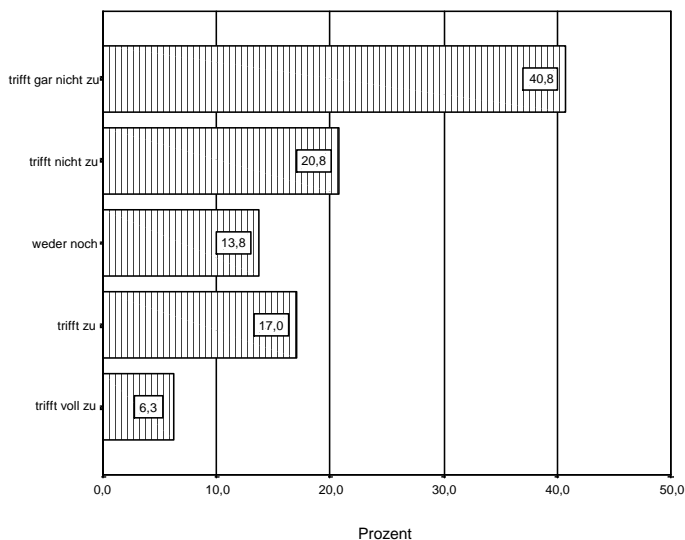
*Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:*

„Ich tendiere dazu, den Antragsaufwand durch Aufbrauchen
der bewilligten Sitzungszahl zu 'amortisieren' "

Tabelle 74: Häufigkeitstabelle zur Aussage:
Amortisiere Antragsaufwand durch
Aufbrauchen bewilligter Sitzungen

	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	261	40,8
trifft nicht zu	133	20,8
weder noch	88	13,8
trifft zu	109	17,0
trifft voll zu	40	6,3
Gesamt	631	98,6
Ungültig	9	1,4
Gesamt	640	100,0

Abbildung 52: Einschätzung der Aussage:
"Ich tendiere dazu, den Antragsaufwand durch Aufbrauchen
der bewilligten Sitzungszahl zu 'amortisieren' "



Die Aussage, durch Sitzungsverbrauch den Antragsaufwand zu kompensieren, wird von 60 % zurückgewiesen. Demgegenüber stimmen ca. 23 % dieser Aussage zu. Fast 14 % enthalten sich ("weder noch") einer eindeutigen Beantwortung.

Wenn bei einer solchen direkten Frage nach einer Unredlichkeit durch nicht notwendigen Sitzungsverbrauch immerhin fast ein Viertel der Vertragspsychotherapeuten dieser Aussage zustimmen, dann sind diese negativen Folgen des Gutachterverfahrens schon ernstzunehmen.

Die hohe Zahl von fast 14 % Weder-Noch-Antworten deutet auf eine erhebliche Dunkelziffer hin, unabhängig von der Frage, ob nicht auch in der mehrheitlichen Ablehnung dieser Aussage eventuell beschönigende Antworttendenzen zu finden wären.

¹ An dieser Stelle seien die beteiligten Vertragspsychotherapeuten noch einmal vergewissert, daß die Anonymität wirklich absolut gewahrt und ein Rückschluß auf ihre Person völlig ausgeschlossen ist.

Einschätzung der Amortisations-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung

Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich Zustimmung oder Ablehnung zur Aussage unterscheiden, den Antragsaufwand durch Aufbrauchen der bewilligten Sitzungszahl zu kompensieren.

Die Tabelle 75 mit den Variablen "Amortisation" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 75: Amortisations-Aussage in Abhängigkeit zum Therapieansatz

	"Ich tendiere dazu, den Antragsaufwand durch Aufbrauchen der bewilligten Sitzungszahl zu amortisieren"					Gesamt
	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	weder noch	trifft zu	trifft voll zu	
PA	74 46,3%	49 30,6%	11 6,9%	22 13,8%	4 2,5%	160 100,0%
aKJP	20 36,4%	11 20,0%	10 18,2%	6 10,9%	8 14,5%	55 100,0%
TP	75 35,4%	44 20,8%	38 17,9%	38 17,9%	17 8,0%	212 100,0%
VT	92 45,1%	29 14,2%	29 14,2%	43 21,1%	11 5,4%	204 100,0%
Gesamt	261 41,4%	133 21,1%	88 13,9%	109 17,3%	40 6,3%	631 100,0%

➔ Psychoanalytiker lehnen die Aussage, die Sitzungen zur Amortisation des Antragsaufwands aufzubrauchen, signifikant häufiger als "nicht zutreffend" ab als tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten

Das Ergebnis zeigt, daß bis zu einem Viertel der Vertragspsychotherapeuten eine "Tendenz" zugeben, den Antragsaufwand durch Sitzungsaufbrauch zu kompensieren, ganz unabhängig von der Feststellung, daß die Datenlage wegen des Selbstbeichtigungs-Fragecharakters ohnehin wahrscheinlich eher eine Untertreibung darstellt. Kompensationsbedürfnisse könnten sich gerade bei den kürzeren Therapieverfahren einstellen. Wenn beispielsweise in der Verhaltenstherapie für nur 20 oder sogar nur 15 Umwandlungs- oder Verlängerungssitzungen ein ausführlicher Antrag zu schreiben ist, der zeitintensiv, anstrengend und zudem noch völlig unterbezahlt ist, dann sind es diese unausweichlichen Bedingungen, die die Ausgangslage für solche unredlichen kompensatorischen "Korrekturen" darstellen.

Verletzungen des Datenschutzes

Man kann sich fragen, wie überhaupt Verletzungen des Datenschutzes durch das Gutachterverfahren möglich sein sollen, angesichts der doch weitgehenden Formalisierung, Chiffrierung und Anonymisierung des Antrags-procedere (vgl. oben Seite 124). Unabhängig von der Frage, ob der erhebliche Transfer höchstpersönlicher Daten im Gutachterverfahren überhaupt verfassungsrechtlich legitimiert ist (vgl. oben a.a.O.), geht es hier um konkrete Beobachtungen von Datenschutzverletzungen. Solche sind denkbar etwa bei postalischen Irrläufern etc., aber auch zum Beispiel durch gutachterliche bzw. obergutachterliche Stellungnahmen, die eventuell auch den Krankenkassen zugeleitet worden sind.

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

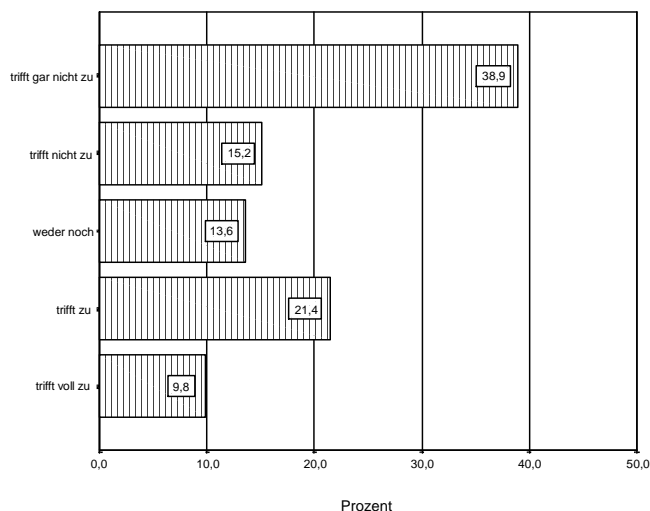
*Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:*

„Ich habe schon beobachtet, daß es im Gutachterverfahren
zu Verletzungen des Datenschutzes gekommen ist“

Tabelle 76: Häufigkeitstabelle zur Aussage:
Datenschutzverletzungen

	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	249	38,9
trifft nicht zu	97	15,2
weder noch	87	13,6
trifft zu	137	21,4
trifft voll zu	63	9,8
Gesamt	633	98,9
Ungültig	7	1,1
Gesamt	640	100,0

Abbildung 53: Einschätzung der Aussage:
"Ich habe schon beobachtet, daß es im Gutachterverfahren
zu Verletzungen des Datenschutzes gekommen ist"



Ca. 55 % stimmen der Aussage, daß sie im Gutachterverfahren schon konkrete Datenschutzverletzungen beobachtet haben, nicht zu. Etwas mehr als 30 % stimmen dieser Aussage zu. Ca. 14 % beantworten diese Frage mit "weder noch".

Diese Antwort war nicht zu erwarten. Die Antragsformalien lassen erwarten, daß Datenschutzverletzungen nicht vorkommen können. Daß dennoch fast ein Drittel der Vertragspsychotherapeuten angibt, schon Datenschutzverletzungen im Gutachterverfahren festgestellt zu haben, ist bedenkenswert. Die Untersuchung gibt keinen Aufschluß darüber, welcherart diese beobachteten Datenschutzverletzungen waren, dennoch erschiene es angesichts der Brisanz des Transfers psychotherapierelevanter Daten wünschenswert, diese "Beobachtungen" näher zu analysieren.

Einschätzung der Datenschutz-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung

Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich Zustimmung oder Ablehnung zur Aussage unterscheiden, schon Datenschutzverletzungen im Gutachterverfahren beobachtet zu haben.

Die Tabelle 77 mit den Variablen "Datenschutzverletzung" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 77: Datenschutzverletzung-Aussage in Abhängigkeit vom Therapieansatz

	"Ich habe schon beobachtet, daß es im Gutachterverfahren zu Verletzungen des Datenschutzes gekommen ist"					Gesamt
	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	weder noch	trifft zu	trifft voll zu	
PA	78 49,1%	22 13,8%	19 11,9%	30 18,9%	10 6,3%	159 100,0%
aKJP	28 49,1%	12 21,1%	5 8,8%	9 15,8%	3 5,3%	57 100,0%
TP	77 36,2%	35 16,4%	27 12,7%	50 23,5%	24 11,3%	213 100,0%
VT	66 32,4%	28 13,7%	36 17,6%	48 23,5%	26 12,7%	204 100,0%
Gesamt	249 39,3%	97 15,3%	87 13,7%	137 21,6%	63 10,0%	633 100,0%

➔ Die Verhaltenstherapeuten stimmen der Aussage, Datenschutzverletzungen im Gutachterverfahren schon beobachtet zu haben, signifikant häufiger zu als Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Dies könnte auf die einfache Tatsache zurückzuführen sein, daß Verhaltenstherapeuten mehr Anträge zu schreiben haben und dementsprechend die Wahrscheinlichkeit, Datenschutzverletzungen zu beobachten, auch größer ist.

Problematik von Antrags-Bewilligungs-Wartezeiten

Wartezeiten können durch das Gutachterverfahren an zwei Stellen entstehen. Zum einen dann, wenn ein Umwandlungs- oder Fortführungsantrag fällig wird, zum anderen dann, wenn auf die Prüf- und Bewilligungsentscheidung des Gutachters und der Krankenkasse zu warten ist.

Eigentlich dürften Wartezeiten von Psychotherapeutenseite durch das Antrags- und Gutachterverfahren gar nicht entstehen. Nach den Psychotherapievorschriften sind Anträge so rechtzeitig zu stellen, daß eine kontinuierliche Weiterbehandlung gewährleistet ist (vgl. oben Seite 124). Dennoch könnte es zu Wartezeiten kommen, wenn Umwandlungs- und Fortführungs-Anträge nicht wie vorgeschrieben rechtzeitig genug gestellt werden.

Mit der empirischen Untersuchung soll nun analysiert werden, ob Antrags-Wartezeiten vorkommen und welche Probleme damit verbunden sind. Dementsprechend wurden Items zu folgenden Fragen entwickelt:

- Werden Umwandlungs- und Fortführungsanträge rechtzeitig genug gestellt?
- Kommt es bei Nicht-Rechtzeitigkeit zu Wartezeiten für den Patienten?
- Kommt es bei Nicht-Rechtzeitigkeit zu finanziellen Verlusten?
- Führen Wartezeiten während einer laufenden Therapie zu ungünstigen Therapieeffekten?

Rechtzeitigkeit von fälligen Anträgen im Gutachterverfahren

Die Rechtzeitigkeit von Anträgen kann als Problem bei Umwandlungs- und Fortführungsanträgen relevant werden, weil diese im Rahmen einer "laufenden" Therapie zu stellen sind.

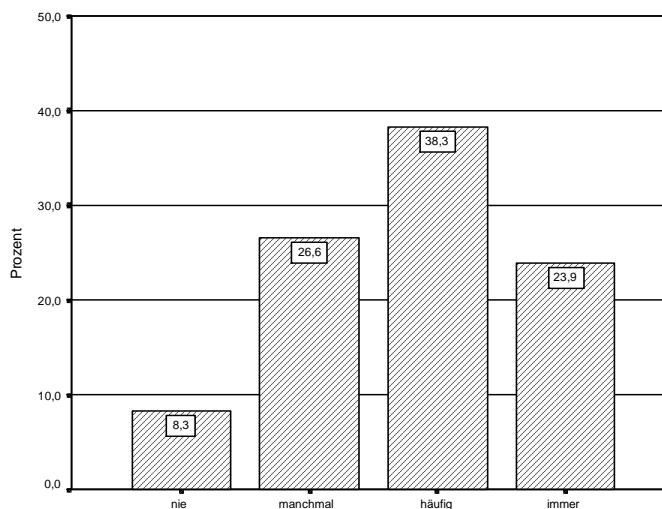
Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

" Fertigen Sie Umwandlungs- und Fortführungsanträge rechtzeitig genug zum 'Fälligkeitstermin' "

Tabelle 78: Rechtzeitige Antragstellungen

	Häufigkeit	Prozent
nie	53	8,3
manchmal	170	26,6
häufig	245	38,3
immer	153	23,9
Gesamt	621	97,0
Ungültig	19	3,0
Gesamt	640	100,0

Abbildung 54: "Fertigen Sie Umwandlungs- und Fortführungsanträge rechtzeitig zum "Fälligkeitstermin"?"



Ca. ein Viertel der Vertragspsychotherapeuten (23,9 %) fertigt die Umwandlungs- und Fortführungs-Anträge "immer" rechtzeitig genug. "Häufig" tun dies weitere fast 40 %. Demgegenüber gibt ca. ein Viertel der Vertragspsychotherapeuten an, nur "manchmal" und ca. 8 % "nie" rechtzeitig genug die fälligen Umwandlungs- und Fortführungsanträge zu stellen.

Rechtzeitigkeit von Anträgen in Abhängigkeit von der Therapierichtung

Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich der Angaben zur Antrags-Rechtzeitigkeit unterscheiden. Tabelle 79 mit den Variablen "Antrags-Rechtzeitigkeit" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 79: Rechtzeitigkeit der Antragstellung in Abhängigkeit vom Therapieansatz

	Fertigen Sie Umwandlungs- und Fortführungsanträge rechtzeitig genug zum "Fälligkeitstermin" ?				Gesamt
	nie	manchmal	häufig	immer	
PA	5 3,2%	36 22,8%	62 39,2%	55 34,8%	158 100,0%
aKJP	5 9,1%	20 36,4%	16 29,1%	14 25,5%	55 100,0%
TP	15 7,2%	53 25,6%	86 41,5%	53 25,6%	207 100,0%
VT	28 13,9%	61 30,3%	81 40,3%	31 15,4%	201 100,0%
Gesamt	53 8,5%	170 27,4%	245 39,5%	153 24,6%	621 100,0%

➔ Die prüfstatische Analyse führte zu dem Ergebnis, daß die Gruppe VT im Vergleich zu den Gruppen PA und TP signifikant weniger die fälligen Anträge rechtzeitig genug anfertigt.

Beinahe die Hälfte der Verhaltenstherapeuten (44,2 %) fertigt die Anträge "nie" oder nur "manchmal" rechtzeitig genug zum Fälligkeitstermin an. Nur ca. 15 % fertigen den Antrag wie in den Psychotherapie-Vereinbarungen vorgesehen (siehe oben Seite 124) immer "rechtzeitig genug" an. Im theoretischen Teil wurde bereits erörtert (vgl. a.a.O.), daß sich gerade bei Verhaltenstherapeuten die permanente Antragsfälligkeit als kontinuierlicher Streßfaktor auswachsen kann. Darauf soll im folgenden weiter eingegangen werden.

Folgen nicht rechtzeitiger Antragstellung bei der Verhaltenstherapie

Der die jeweiligen Anträge "nicht rechtzeitig" stellende Verhaltenstherapeut (fast 85 % stellen den Antrag „nicht immer“ rechtzeitig) ist in einer schwierigen Situation.

Unterbricht er die Therapie nicht, um einen kontinuierlichen Verlauf zu gewährleisten, kann es zu einer Folge von "ungedeckten" Sitzungen kommen. Wegen der einerseits knappen Bewilligungskontingente und des andererseits z.T. schnellen Sitzungsverbrauchs (z.B. bei nacheinander mehrstündigen Expositions-Blocksitzungen) kann es zu einem absurden Überhang noch abzurechnender Sitzungen kommen, so daß bei fälliger Antragstellung das beantragte knappe Kontingent eigentlich schon wieder verbraucht sein kann. Dies ist dem Patienten kaum erklärbar und wirft abrechnungstechnisch komplizierte Fragen auf.

Kommt es während dieses Überhangs "ungedeckter", noch nicht abgerechneter Sitzungen zu einer Beendigung der Behandlung (z.B. weil das Behandlungsziel erreicht ist, der Patient umgezogen ist oder bei Therapieabbruch etc.), ist die Abrechnungsmöglichkeit dieses Überhangs von "aufgelaufenen" Sitzungen ausgeschlossen. Neben erheblichem Ärger und Frustrationen, können hier konkrete finanzielle Einbußen entstehen. Um dies zu vermeiden, bleibt nur die Verordnung von Wartezeit zwischen den jeweiligen Antragsstufen. Dadurch kann es aber zu Störungen, eventuell auch Rückschritten im Therapieprozeß kommen (die nun gerade mit der Rechtzeitigkeits-Vorschrift in den Psychotherapie-Vereinbarungen verhindert werden sollten).

Therapieunterbrechung (Wartezeit für Patienten) bei nicht rechtzeitiger Antragstellung

Um die Frage zu klären, ob bei Nichtrechtzeitigkeit der fälligen Antragstellung die Therapie unterbrochen oder fortgesetzt wird, wurde folgende Formulierung im Fragebogen mit bezug auf die vorhergehende Frage vorgegeben:

Vorfrage: „Fertigen Sie Umwandlungs- und Fortführungsanträge rechtzeitig genug zum "Fälligkeitstermin?"“

" Wenn nicht, unterbrechen Sie dann die Therapie ?"

Entsprechend der Vorbedingung ("wenn nicht") wurden diejenigen Vertragspsychotherapeuten ausgeschlossen, die bei der Vorfrage "immer rechtzeitig" angegeben haben, denn diese sind durch das "wenn nicht" ausgefiltert. In welchem Ausmaß laufende Therapien unterbrochen werden, wenn der Antrag nicht rechtzeitig gestellt wurde, zeigt Tabelle 80.

Tabelle 80: "Unterbrechen Sie die Therapie, wenn Sie Anträge nicht rechtzeitig genug gestellt haben?"

	Häufigkeit	Prozent
immer	1	,2
häufig	14	3,0
manchmal	124	26,5
nie	320	68,4
Gesamt	459	98,1
ungültig	9	1,9
Gesamt	468	100,0

Ca. zwei Drittel der Vertragspsychotherapeuten unterbrechen die laufende Therapie "nie", auch wenn sie den fälligen Antrag nicht rechtzeitig genug gestellt haben. Demgegenüber unterbrechen ca. 30 % der Vertragspsychotherapeuten in solchen Nichtrechtzeitigkeitsfällen die Therapie zumindest "manchmal".

Therapieunterbrechung bei nicht rechtzeitiger Antragstellung nach Therapiefachrichtung

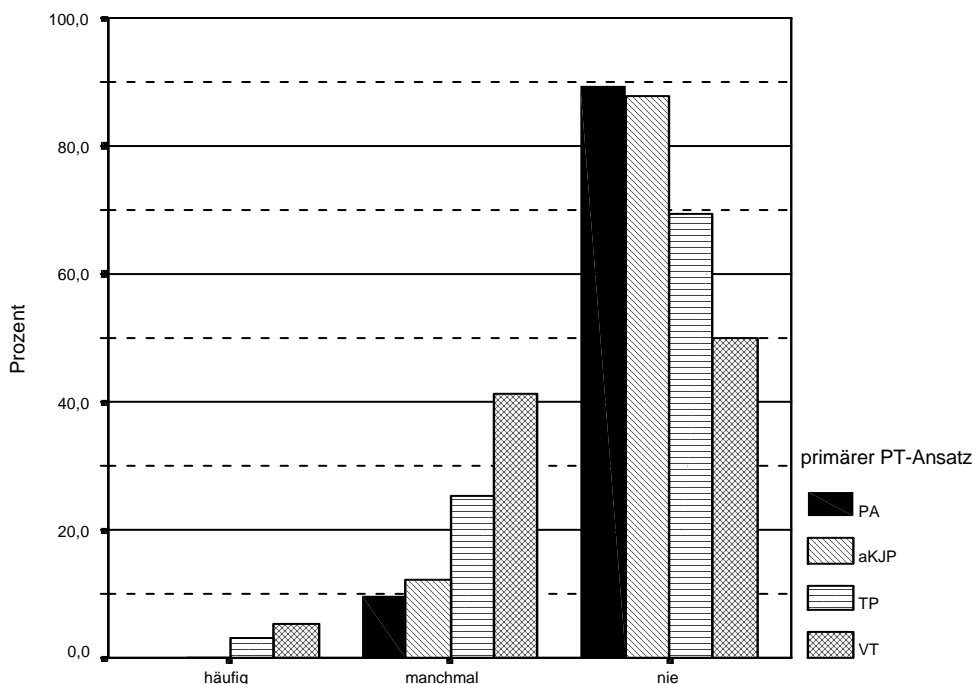
Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich der Angaben zur Therapieunterbrechung bei nicht rechtzeitiger Antragstellung unterscheiden. Tabelle 81 mit den Variablen "Therapieunterbrechung" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 81: Therapie-Unterbrechung (Wartezeit) in Abhängigkeit von der Therapierichtung
(N = 459 gültige Angaben der Nicht-rechtzeitig-Antragstellenden)

	Wenn Sie Anträge nicht rechtzeitig fertigen, unterbrechen Sie dann die Therapie ?				Gesamt
	immer	häufig	manchmal	nie	
PA			10 9,8%	92 90,2%	102 100,0%
aKJP			5 12,2%	36 87,8%	41 100,0%
TP	1 ,7%	5 3,3%	39 25,7%	107 70,4%	152 100,0%
VT		9 5,5%	70 42,7%	85 51,8%	164 100,0%
	1 ,2%	14 3,1%	124 27,0%	320 69,7%	459 100,0%

Zur grafischen Illustration der fachrichtungsspezifischen Angaben zur Therapieunterbrechung bei Antragsfähigkeit dient Abbildung 55.

Abbildung 55: Therapieunterbrechung (Wartezeit) bei fälligen, nicht rechtzeitig gestellten Anträgen in Abhängigkeit vom Therapieansatz



Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geben zu ca. 90 % und "Tiefenpsychologen" zu ca. 70 % an, daß sie die Therapie nicht unterbrechen, auch wenn sie die Anträge nicht rechtzeitig genug gefertigt haben.

Demgegenüber unterbricht fast die Hälfte der Verhaltenstherapeuten die Therapie zumindest "manchmal", weil sie fällige Anträge nicht rechtzeitig genug stellen.

➔ Die inferenzstatistische Überprüfung dieser Gruppenunterschiede ergibt, daß hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen: Die Gruppe VT unterscheidet sich von allen übrigen drei Gruppen (PA, aKJP, TP) und die Gruppe TP von der Gruppe PA.

Verhaltenstherapeuten unterbrechen die laufende Therapie bei nicht rechtzeitiger Antragstellung signifikant häufiger als die Vertreter der anderen Therapieverfahren (PA, aKJP, TP) und die Tiefenpsychologen signifikant häufiger als die Psychoanalytiker.

Hinter diesen Unterbrechungsangaben der Verhaltenstherapeuten und "Tiefenpsychologen" verbergen sich nicht nur fortgesetzte Verstöße gegen die Psychotherapie-Vereinbarungen, sondern ein permanenter Druck fälliger Anträge, die auf Erledigung warten. Das knappe Zeitkontingent der Verhaltenstherapie, das ohnehin zu häufigen Neuanträgen führt plus die kleinen Bewilligungsschritte, die gerade in der übungs- und zeitintensiven Verhaltenstherapie schnell verbraucht sein können, führen quasi zu andauernder Fälligkeit irgendwelcher Anträge. Damit ist im LZT-Verfahren ein dauerhafter Stressor bei einer großen Gruppe von Verhaltenstherapeuten wirksam.

Finanzielle Verluste durch "ungedekte" Sitzungen bei nicht rechtzeitigen Anträgen

Wenn fällige Umwandlungs- und Fortsetzungsanträge nicht rechtzeitig gestellt werden und die Therapie nicht unterbrochen wird, kann es zu einem Überhang "ungedekter" Sitzungen kommen, die dann aus verschiedenen Gründen nicht mehr geltend gemacht werden können (vgl. oben Seite 136). Hierdurch können finanzielle Verluste entstehen.

Um dies zu überprüfen wurde in bezug auf zwei Vorfragen folgende Formulierung gewählt:

Vorfrage I: Fertigen Sie Umwandlungs- und Fortführungsanträge rechtzeitig genug zum "Fälligkeitstermin"?

Vorfrage II: Wenn nicht, unterbrechen Sie dann die Therapie ?

" Wenn Sie nicht unterbrechen, ist es dadurch schon zu finanziellen Einbußen gekommen ?"

Entsprechend der Vorbedingungen in der Vorfrage II ("wenn nicht rechtzeitig") und schließlich dann Vorbedingung in der jetzigen Frage zu finanziellen Einbußen ("wenn Sie nicht unterbrechen"), gibt es folgende logische Filterung der Stichprobe:

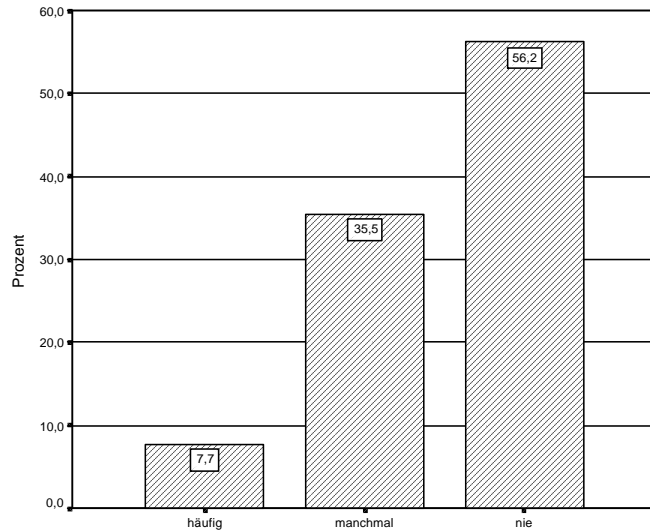
1. Vorfrage I: Von insgesamt 640 Vertragspsychotherapeuten fertigen 468 (ca. 75 %) den fälligen Antrag "nicht immer" rechtzeitig (siehe Seite 134).
2. Vorfrage II: Von diesen 468 "nicht immer rechtzeitigen" Vertragspsychotherapeuten unterbricht nur 1 Vertragspsychotherapeut (0,2 %) die Therapie "immer". Alle anderen unterbrechen nicht immer und kommen also für die Auswertung infrage (siehe Seite 136).

(Da das Ansetzen einer 2. Filtervariablen nur wegen dieses einen "Immer"-Falles zu umständlich gewesen wäre, wurde dieser nicht extra ausgefiltert und somit von N = 468 ausgegangen.)

Tabelle 82: Finanzielle Einbußen aufgrund nicht rechtzeitiger Anträge

	Häufigkeit	Prozent
häufig	36	7,7
manchmal	166	35,5
nie	263	56,2
Gesamt	465	99,4
ungültig	3	,6
Gesamt	468	100,0

Abbildung 56: Finanzielle Einbußen



56 % der vorselektierten Stichprobe (N = 468) sagen, daß es wegen nicht rechtzeitig gestellter Anträge bei ihnen noch nie zu finanziellen Einbußen gekommen sei. Demgegenüber sagen 43 %, daß es bei ihnen mindestens schon "manchmal" zu diesbezüglichen finanziellen Verlusten gekommen ist.

Finanzielle Einbußen durch nicht rechtzeitige Anträge in Abhängigkeit von der Therapierichtung

Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich der Angaben zu finanziellen Einbußen bei nicht rechtzeitigen Anträgen unterscheiden.

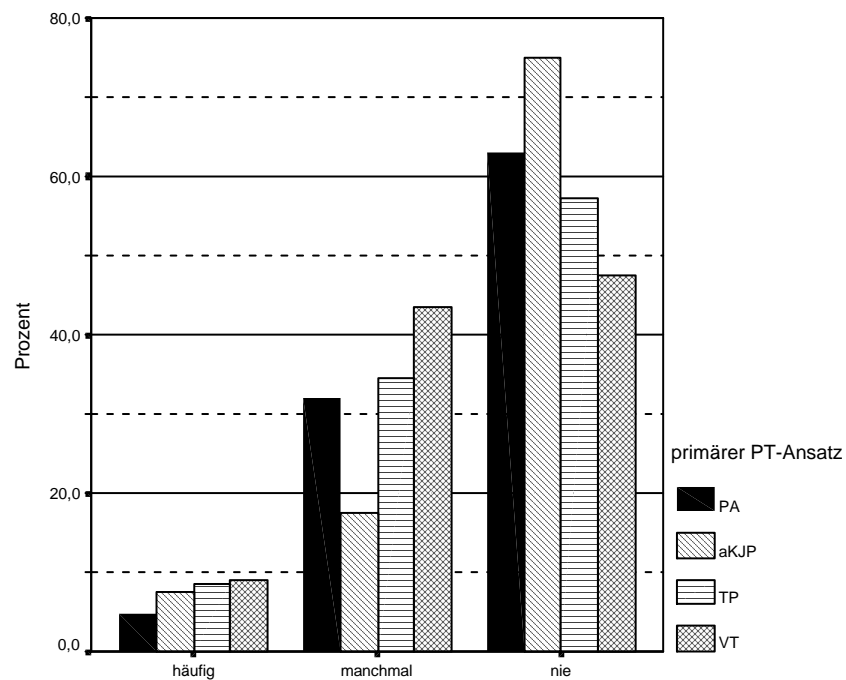
Tabelle 83 mit den Variablen "Antrags-Rechtzeitigkeit" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 83: Finanzielle Einbußen bei nicht rechtzeitiger Antragstellung in Abhängigkeit vom Therapieansatz

	Wenn Sie Anträge nicht rechtzeitig fertigen und trotzdem die Therapie nicht unterbrechen, ist es dadurch schon zu finanziellen Einbußen gekommen ?			Gesamt
	häufig	manchmal	nie	
PA	5 4,9%	33 32,0%	65 63,1%	103 100,0%
aKJP	3 7,5%	7 17,5%	30 75,0%	40 100,0%
TP	13 8,4%	53 34,4%	88 57,1%	154 100,0%
VT	15 8,9%	73 43,5%	80 47,6%	168 100,0%
Gesamt	36 7,7%	166 35,7%	263 56,6%	465 100,0%

Die fachrichtungsspezifischen Angaben zu finanziellen Verlusten bei nicht rechtzeitig gestellten Anträgen sind in Abbildung 57 grafisch aufbereitet.

Abbildung 57: Finanzielle Einbußen durch nicht rechtzeitig gestellte Umwandlungs- und Fortführungsanträge (N=465)



➔ Im prüfstatistischen Vergleich der Gruppenunterschiede zeigt sich eine Tendenz ($p = 0,083$), wonach die Gruppe VT gegenüber aKJP häufiger angibt, finanzielle Verluste bei nicht rechtzeitiger Antragstellung erlitten zu haben.

Immerhin sagen von einer Gesamtstichprobe von 640 Vertragspsychotherapeuten ca. ein Drittel (ca. 200), daß es bei ihnen zumindest schon manchmal zu finanziellen Einbußen durch nicht rechtzeitige Anträge gekommen ist.

Dieses nicht rechtzeitige Antragstellen kann nun nicht einfach mit Schuldzuweisung an die diesbezüglich "unordentlichen" Vertragspsychotherapeuten abgetan werden.

Oben (vgl. Seite 124) wurde ausgeführt daß gerade bei den kurzen Therapieverfahren, insbesondere bei der Verhaltenstherapie, durch die äußerst kurzen Therapie-Prüfschritte, den schnellen Verbrauch des Kontingents und die Permanenz der "Antrags-Fälligkeiten" die in den Psychotherapie-Vereinbarungen vorgeschriebene Rechtzeitigkeit der Antragstellung zur Fiktion werden kann.

Auch hinter diesen alltagspraktischen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Gutachterverfahren verbergen sich erhebliche Frustrationen und wie gezeigt zuweilen sogar auch finanzielle Verluste.

Negative Auswirkungen durch Antrags- und Bewilligungswartezeiten

Durch das Gutachterverfahren kann es nicht nur durch nicht rechtzeitig gestellte Anträge zu Wartezeiten kommen, sondern auch, weil verschiedene Stellen mit dem Antrag befaßt sind und hier jeweils Verzögerungen bis zu dessen endgültiger Bewilligung möglich sind. Dies könnte sich bei Anträgen in laufenden Therapien als störend für den Therapieprozeß darstellen.

Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

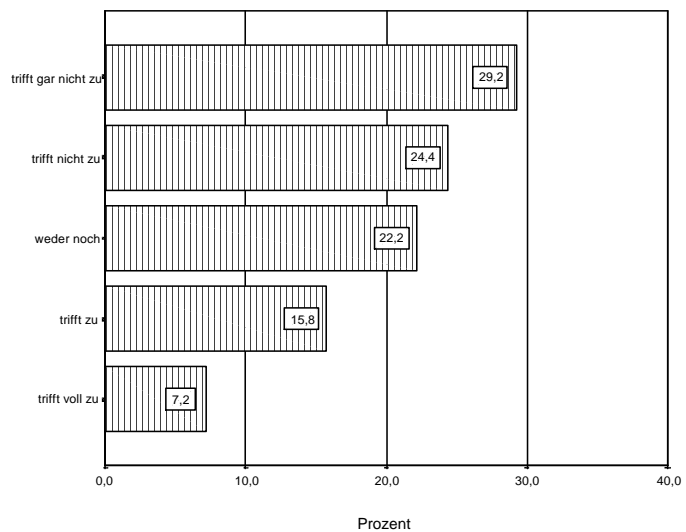
*Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft*

„Bei Umwandlungs- und Fortführungsanträgen führen die Genehmigungs-Wartezeiten des öfteren zu Therapierückschritten“

Tabelle 84:
Häufigkeitstabelle zur Aussage:
Genehmigungs-Wartezeiten führen
zu Therapierückschritten

	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	187	29,2
trifft nicht zu	156	24,4
weder noch	142	22,2
trifft zu	101	15,8
trifft voll zu	46	7,2
Gesamt	632	98,8
Ungültig	8	1,3
Gesamt	640	100,0

Abbildung 58: Einschätzung der Aussage:
"Bei Umwandlungs- und Fortführungsanträgen führen die Genehmigungs-Wartezeiten des öfteren zu Therapierückschritten"



Über die Hälfte der Vertragspsychotherapeuten stimmen der Aussage nicht zu, daß Antrags-Genehmigungs-Wartezeiten des öfteren zu Therapierückschritten führten.

Demgegenüber beurteilt etwa ein Viertel diese Aussage als zutreffend.

Die große Zahl von Weder-Noch-Antworten (22,2 %) ist vermutlich auf die präjudizierende Fragestellung zurückzuführen, denn die Frage impliziert, daß es überhaupt zu Wartezeiten kommt, was bei vielen scheinbar gar nicht der Fall ist.

Bewilligungswartezeit-Problematik-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung

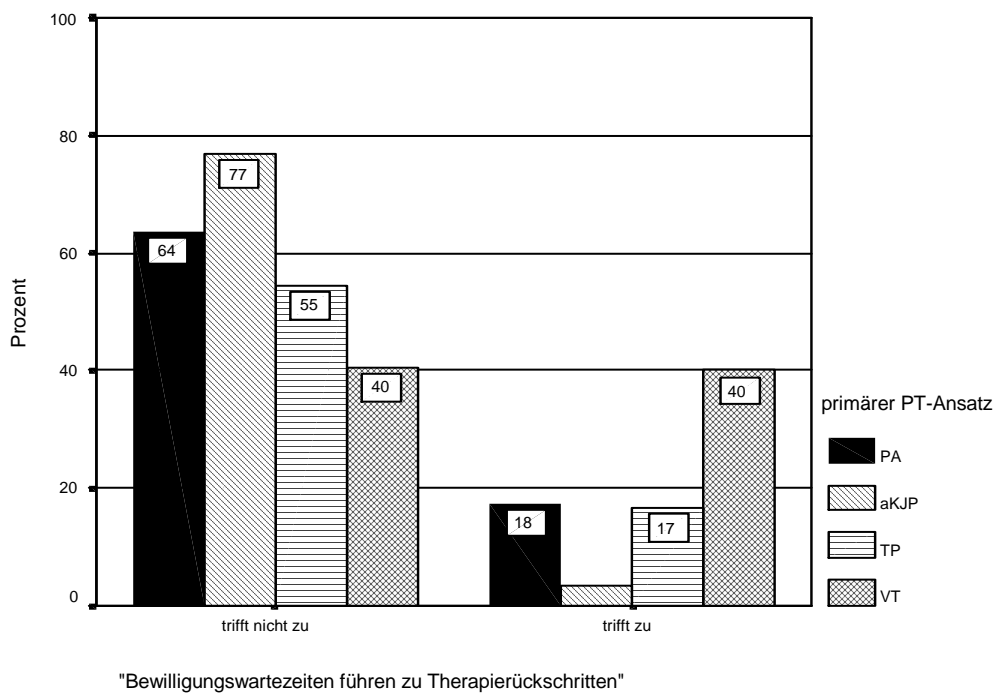
Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen hinsichtlich Zustimmung oder Nichtzustimmung zur Aussage unterscheiden, daß die Genehmigungs-Wartezeiten bei Umwandlungs- und Fortführungsanträgen des öfteren zu Therapierückschritten führen. Tabelle 85 mit den Variablen "Therapierückschritte durch Bewilligungswartezeiten" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 85: Wartezeitproblematik-Aussage in Abhängigkeit zum Therapieansatz

	Bei Umwandlungs- und Fortführungsanträgen führen die Genehmigungs-Wartezeiten des öfteren zu Therapierückschritten"					Gesamt
	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	weder noch	trifft zu	trifft voll zu	
PA	57 35,6%	45 28,1%	30 18,8%	24 15,0%	4 2,5%	160 100,0%
aKJP	28 50,0%	15 26,8%	11 19,6%	2 3,6%		56 100,0%
TP	60 28,4%	55 26,1%	61 28,9%	27 12,8%	8 3,8%	211 100,0%
VT	42 20,5%	41 20,0%	40 19,5%	48 23,4%	34 16,6%	205 100,0%
Gesamt	187 29,6%	156 24,7%	142 22,5%	101 16,0%	46 7,3%	632 100,0%

Die Fokus-Abbildung 59 läßt die gruppenspezifischen Unterschiede deutlich hervortreten.

Abbildung 59: Therapierückschritte durch Bewilligungs-Wartezeit in Abhängigkeit zum Therapieansatz



- ➔ "Tiefenpsychologen" beurteilen die Aussage, daß es durch Bewilligungswartezeiten des öfteren zu Therapierückschritten kommt" signifikant häufiger als "zutreffend" als Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- ➔ Verhaltenstherapeuten beurteilen diese Aussage gegenüber allen drei Gruppen (PA, aKJP, TP) signifikant häufiger als "zutreffend".

Auch hier lässt sich vermuten, daß gerade bei den kurzen Therapieverfahren, insbesondere bei der Verhaltenstherapie durch die kurzen Bewilligungsetappen der Verbrauch des jeweiligen Kontingents rascher ist als die notwendigen Bewilligungszeiten und daß dadurch "systembedingte" Wartezeiten entstehen, die sich ungünstig auf den Therapieprozeß auswirken.

Vermeidung von LZT wegen des Antragsaufwands und Ausweichen auf Kurzzeittherapie

Wegen des erheblichen Antragsaufwands und des festgestellten starken Zweifels der Vertragspsychotherapeuten an Sinn und Zweck des Gutachterverfahrens und den damit verbundenen Frustrationen ist es vorstellbar, daß Vertragspsychotherapeuten die Durchführung von Langzeittherapie z.T. zu vermeiden suchen. Wollten sie dennoch Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen, blieb ihnen die Alternative, dies im Rahmen des (bisher) gutachterfreien Kurzzeittherapieverfahrens zu tun. Ob diese Alternative auch noch nach dem 1.1.2000 "attraktiv" bleibt, ist offen. Zur Zeit wird allerdings diskutiert, ob und welche geringeren Anforderungen an die KZT-Begründungspflicht im Verhältnis zum LZT-Antrag gestellt werden sollen. Insofern kann es durchaus sein, daß weiterhin die KZT-Alternative als Ausweich- und Umgehungsmöglichkeit des LZT-Antragsaufwands gewählt werden wird.

Wenn im folgenden LZT-Vermeidung und eine eventuelle "Flucht" in die KZT-Alternative untersucht werden sollen, dann setzt dies voraus, daß der KZT-Antrag tatsächlich weniger aufwendig ist. Dies soll zunächst geklärt werden.

Zeitaufwand für den Kurzzeittherapie-Antrag

Im folgenden soll der Aufwand zur Beantragung einer Kurzzeittherapie empirisch überprüft werden. Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

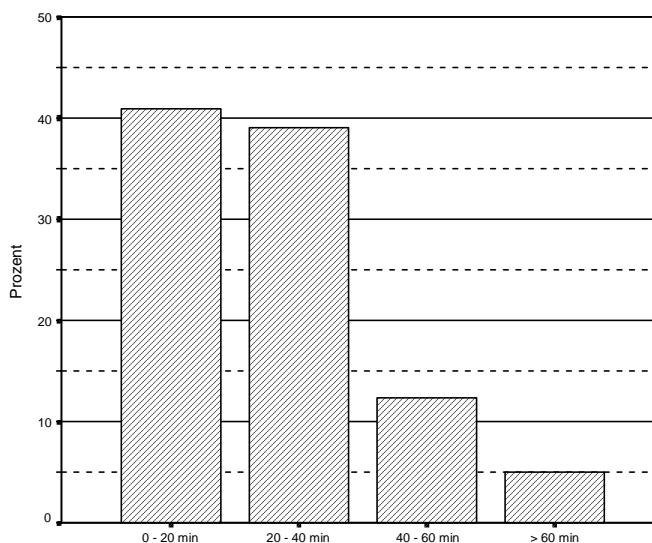
"Wieviele Minuten brauchen Sie pro Kurzzeitantrag?"

(Vom Aktenstudium bis zur Absendung)

Tabelle 86: Zeitaufwand für Kurzzeittherapie-Antrag

	Häufigkeit	Prozent
0 - 20 min	262	40,9
20 - 40 m.	250	39,1
40 - 60 m.	79	12,3
> 60 min	32	5,0
Gesamt	623	97,3
Ungültig	17	2,7
Gesamt	640	100,0

Abbildung 60: Zeitaufwand für Kurzzeittherapie-Antrag



Für die Beantragung einer Kurzzeittherapie benötigen 80 % der Vertragspsychotherapeuten weniger als 40 Minuten, davon die Hälfte (40,9 %) sogar nur 20 Minuten und weniger. Über 1 Stunde benötigen dagegen nur 5 % der Vertragspsychotherapeuten.

Damit kann festgestellt werden, daß der Aufwand zur Beantragung einer Kurzzeittherapie tatsächlich nur ein Bruchteil des Aufwandes zur Beantragung einer Langzeittherapie im Gutachterverfahren beträgt.

Vermeidung von Langzeittherapie wegen des Antragsaufwands

Im folgenden soll überprüft werden, ob es Vertragspsychotherapeuten gibt, die wegen der Antragsbürden des Gutachterverfahrens die Durchführung von Langzeittherapie vermeiden.

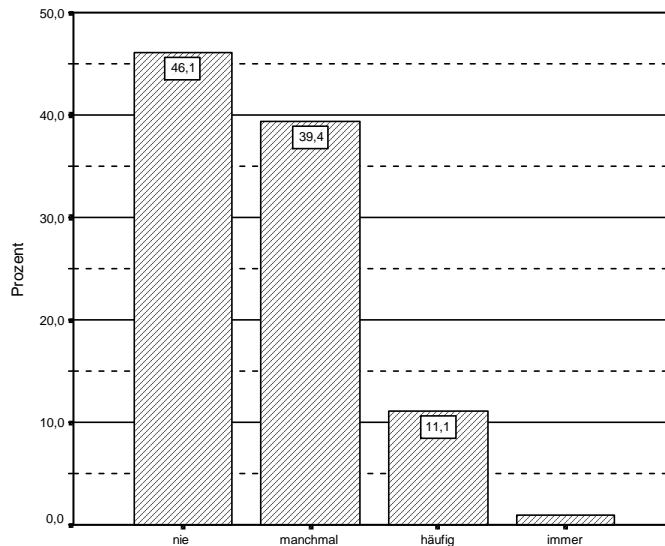
Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

" Vermeiden Sie wegen des Antragsaufwands
die Durchführung von Langzeittherapie in der GKV ?"

Tabelle 87: LZT-Vermeidung

	Häufigkeit	Prozent
nie	295	46,1
manchmal	252	39,4
häufig	71	11,1
immer	6	,9
Gesamt	624	97,5
Ungültig	16	2,5
Gesamt	640	100,0

Abbildung 61: Vermeiden von Langzeittherapie in der GKV wegen des Antragsaufwands



Ca. 46 % der Vertragspsychotherapeuten geben an, die Durchführung von LZT "nie" wegen des damit verbundenen gutachterpflichtigen Antragsaufwands zu vermeiden. Mehr als die Hälfte der Vertragspsychotherapeuten gibt an, LZT zumindest "manchmal" wegen des Antragsaufwands zu vermeiden.

Dieses Ergebnis übersteigt die Erwartung. Daß Vermeidungen vorkommen, war zu vermuten. Daß nun aber mehr als ca. 40 % der Vertragspsychotherapeuten eingestehen, daß sie "manchmal" und sogar 12 %, daß sie "häufig" Langzeittherapien vermeiden und zwar primär aus formalen ("wegen des Antragsaufwands") und nicht etwa aus Indikations- oder therapieinhaltlichen Gründen, war im voraus nicht vermutet worden.

Es ist hier aus der Verhältnismäßigkeitsperspektive kritisch zu fragen, ob die Vorteile des Gutachterverfahrens tatsächlich so überzeugend sind, daß solch problematisches Vermeiden und damit Vorenthalten einer evtl. notwendigen Leistung, selbst wenn es nur manchmal oder gelegentlich vorkommt, hingenommen werden kann.

Mit dieser LZT-Vermeidung wird sich nun weiter zu befassen sein.

LZT-Vermeidung wegen des Antragsaufwands in Abhängigkeit von der Therapierichtung

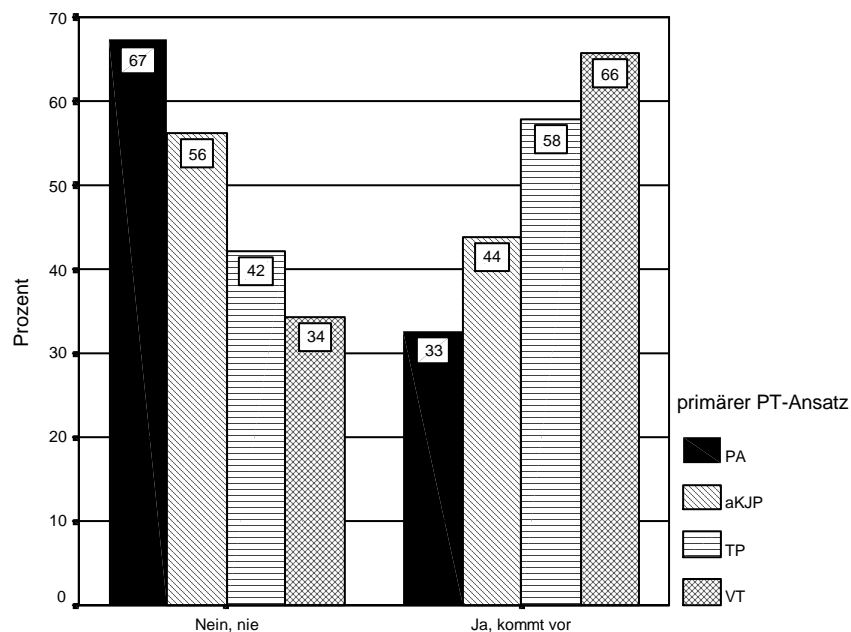
Es soll jetzt untersucht werden, ob es Unterschiede zwischen den Therapierichtungen hinsichtlich der Beantwortung der Frage zur LZT-Vermeidung gibt. Tabelle 88 gibt diesbezüglich eine erste Übersicht.

Tabelle 88: LZT-Vermeidung wegen des Antragsaufwands je nach Therapierichtung

	Vermeiden von LZT wg Antragsaufwand				Gesamt
	nie	manchmal	häufig	immer	
PA	107 67,3%	47 29,6%	5 3,1%		159 100,0%
aKJP	32 56,1%	21 36,8%	4 7,0%		57 100,0%
TP	86 42,2%	84 41,2%	31 15,2%	3 1,5%	204 100,0%
VT	70 34,3%	100 49,0%	31 15,2%	3 1,5%	204 100,0%
Gesamt	295 47,3%	252 40,4%	71 11,4%	6 1,0%	624 100,0%

Es zeigt sich, daß es erhebliche Unterschiede zwischen den Therapiefachrichtungen zu geben scheint bezüglich der Angaben, "wegen des Antragsaufwands" die Durchführung von Langzeittherapien zu vermeiden. Um diese Angaben prägnant grafisch zu verdeutlichen, ist in Abbildung 62 eine dichotome Zuordnung der Angaben wiedergegeben und zwar einerseits solche, die "nie" vermeiden und andererseits zusammengefaßt solche ("manchmal" plus "häufig" plus "immer"), bei denen Vermeidung möglich ist ("kommt vor").

Abbildung 62: "Kommt es vor, daß Sie wegen des Antragsaufwands die Durchführung von Langzeittherapie vermeiden "



"Vermeiden Sie LZT wegen des Antragsaufwands?"

➔ Eine inferenzstatische Überprüfung ergibt, daß hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen:

Die Gruppe VT unterscheidet sich von Gruppen PA und aKJP und die Gruppe TP von der Gruppe PA. "Tiefenpsychologen" vermeiden signifikant mehr als Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten vermeiden signifikant mehr als Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Durchführung von Langzeittherapie wegen des Antragsaufwands.

Abbildung 62 verdeutlicht, daß die Möglichkeit von LZT-Vermeidung wegen des Antragsaufwands als nicht unerheblich einzuschätzen ist.

Wenn 65 % der Verhaltenstherapeuten und fast 60 % der "Tiefenpsychologen" hier ein gelegentliches LZT-Vermeiden nicht aus Indikationsgründen, sondern wegen des LZT-Antragsaufwands angeben, dann sind das Effekte des Gutachterverfahrens, die sicher nicht gewünscht sein dürften.

Da diese Frage auch einen gewissen "Selbstbezüglichkeitscharakter" hat, können (wegen einer möglichen beschönigenden Antworttendenz) die tatsächlichen Werte sogar eher noch höher liegen.

Der festgestellte Zeit- und Anstrengungsaufwand, der mit dem Gutachterverfahren untrennbar verbunden ist (siehe oben Seite 60), scheint eine so "abschreckende Wirkung" zu entfalten, daß auf die Durchführung von Langzeittherapie verzichtet wird - obwohl sie inhaltlich indiziert, zweckmäßig oder notwendig wäre.

Patientenselektion nach Kurzzeittherapie-Kriterien

Wenn Vertragspsychotherapeuten eingestehen, daß sie LZT wegen des damit verbundenen Antragsaufwands vermeiden, dann bedeutet dies nicht schon, daß Patienten eine notwendige Leistung (nämlich LZT) nicht erhalten. Wenn nämlich der LZT-vermeidende Vertragspsychotherapeut seine Patienten danach auswählt, ob eine KZT bei ihnen ausreicht, dann würde hier kein Unterlassen einer notwendigen Leistung vorliegen. Es bliebe dann allerdings der Vorwurf, daß Patienten, die eine LZT bräuchten, bei ihm gar nicht angenommen würden und auf eine schwierige Therapieplatzsuche verwiesen würden.

Um dies zu prüfen, wurde eine Frage zur Selektion von Patienten aufgenommen.

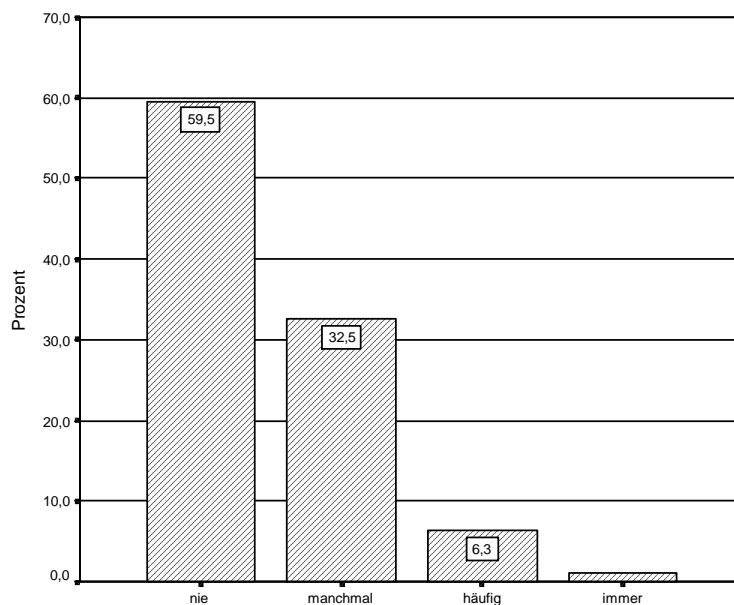
Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

„Wählen Sie eine/n Patientin/en danach aus, ob eine Kurzzeittherapie bei ihr/ihm ausreicht?“

Tabelle 89: Patientenselektion nach KZT-Indikation

	Häufigkeit	Prozent
nie	381	59,5
manchmal	208	32,5
häufig	40	6,3
immer	7	1,1
Gesamt	636	99,4
Ungültig	4	,6
Gesamt	640	100,0

Abbildung 63: Wählen Sie Patienten danach aus, ob eine KZT ausreicht?



Ca. 60 % der Vertragspsychotherapeuten machen bei der Auswahl ihrer Patienten keinen Unterschied, ob eine Kurzzeittherapie ausreichen würde oder nicht. Demgegenüber geben insgesamt etwa 40 % an, mindestens "manchmal" Patienten nach einem KZT-Selektionskriterium auszuwählen.

Patientenselektion nach Kurzzeittherapie-Kriterien in Abhängigkeit von der Therapierichtung

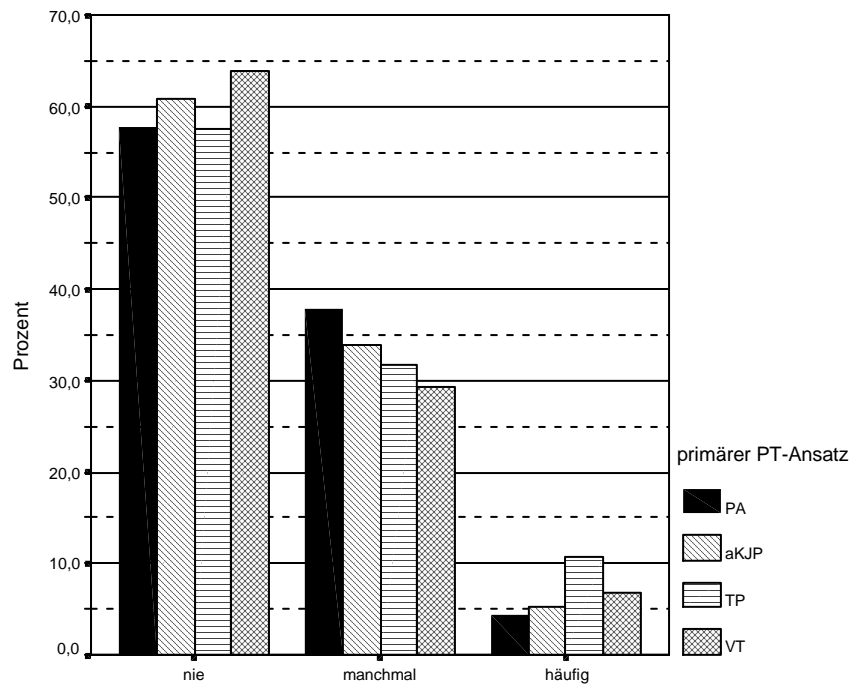
Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapiefachrichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich der Patientenselektion nach KZT-Auswahlkriterien unterscheiden. Die Tabelle 90 gibt einen Überblick zur Verteilung dieser Angaben je nach Therapieorientierung.

Tabelle 90: Patientenauswahl nach KZT-Kriterium in Abhängigkeit von der Therapierichtung

	Patientenselektion danach, ob KZT ausreicht				Gesamt
	nie	manchmal	häufig	immer	
PA	93 57,8%	61 37,9%	5 3,1%	2 1,2%	161 100,0%
aKJP	34 60,7%	19 33,9%	3 5,4%		56 100,0%
TP	123 57,5%	68 31,8%	19 8,9%	4 1,9%	214 100,0%
VT	131 63,9%	60 29,3%	13 6,3%	1 ,5%	205 100,0%
Gesamt	381 59,9%	208 32,7%	40 6,3%	7 1,1%	636 100,0%

Abbildung 64 illustriert, daß die Gruppenunterschiede zwischen den Therapiefachrichtungen hinsichtlich einer Selektion nach KZT-Kriterien nicht groß zu sein scheinen. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde hier die schwach besetzte Ausprägung "immer" (N=7) in die Gruppe "häufig" integriert.

Abbildung 64: Auswahl von Patienten danach, ob KZT ausreicht - in Abhängigkeit von der Therapiefachrichtung



→ Die statistische inferenzstatistischen Überprüfung der Gruppenunterschiede zeigte, daß keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen.

Alle vier Therapiefachrichtungen geben übereinstimmend zu 60-65 % an, Patienten "nie" danach auszuwählen, ob bei ihnen eine Kurzzeittherapie ausreicht. Demgegenüber geben 35-40 % an, dies zumindest "manchmal" zu tun.

Dieses Ergebnis führt zu einigen kritischen Erwägungen.

Zunächst erscheint es ja erfreulich, daß der überwiegende Teil der Vertragspsychotherapeuten Patienten nicht danach selektiert, ob eine KZT ausreicht und dementsprechend Patienten mit LZT-Indikation nicht von vornherein bei ihnen eine Behandlungsübernahme abgelehnt bekommen. Andererseits ist aber die Zahl derjenigen, die solche Vorwegselektionen, zumindest manchmal, nach KZT-Kriterien angeben mit 35-40 % doch nicht unerheblich. Neben anderen Gründen, etwa nur solche Patienten mit leichteren Störungen und entsprechend kürzerer Behandlungsdauer annehmen zu wollen, könnte es insbesondere die Antragschürde des Gutachterverfahrens sein, die diese manchmalige Selektion nach "gutachterfreien KZT-Kriterien" vornehmen läßt. Dies würde im Endeffekt bedeuten, daß hier Patienten mit einer LZT-Indikation eher abgewiesen werden.

Aber auch die positive Angabe von 60-65 %, keine solche Selektion nach KZT-Kriterien durchzuführen, ist nicht völlig unproblematisch.

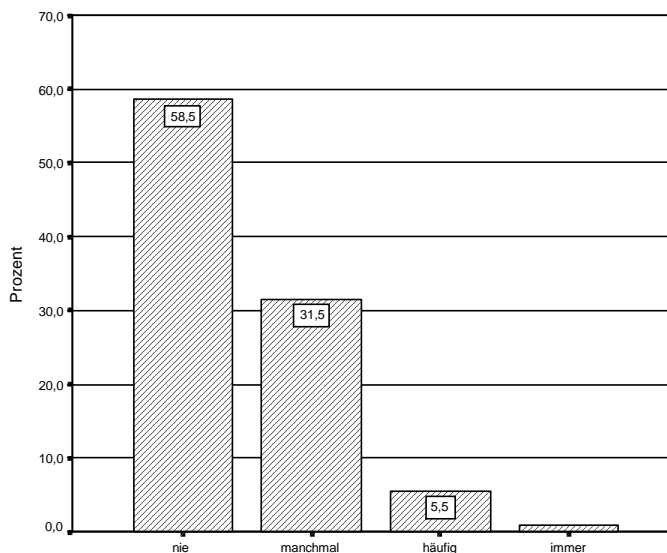
Oben (siehe Seite 144) wurde festgestellt, daß mehr als die Hälfte der Vertragspsychotherapeuten angaben, die Durchführung von Langzeittherapie wegen des Antragsaufwands zumindest "manchmal" zu vermeiden (bei "Tiefenpsychologen" betrug der diesbezügliche Prozentsatz immerhin 58 %, bei Verhaltenstherapeuten sogar 66 %). Wenn jetzt aber die meisten Vertragspsychotherapeuten einerseits angeben, Patienten "nie" nach KZT-Kriterien auszuwählen, andererseits aber ebenfalls mehr als die Hälfte angeben, zumindest manchmal die Durchführung von LZT wegen des Antragsaufwands zu vermeiden, könnte dahinter eine erhebliche Problematik verborgen sein: Patienten werden zunächst unabhängig von der Frage, reicht tatsächlich eine Kurzzeittherapie, angenommen, aber dann wird ihnen - zumindest manchmal - die Durchführung von Langzeittherapie vorenthalten (obwohl diese indiziert wäre), weil das Antragsverfahren zu aufwendig ist.

Zur Prüfung dieses möglichen problematischen Effekts des Gutachterverfahrens wurde nur die Gruppe von Vertragspsychotherapeuten ausgefiltert, die "nie" Patienten nach KZT-Kriterien auswählen (siehe oben Tabelle 89, Seite 146). In Tabelle 91 sind die Häufigkeiten dieser Teilstichprobe aufgeführt zur Frage: "Vermeiden Sie wegen des Antragsaufwands die Durchführung von Langzeittherapie". Abbildung 65 illustriert die prozentuale Verteilung der diesbezüglichen Angaben.

Tabelle 91: LZT-Vermeidung
Teilstichprobe: "Nie" Patientenauswahl
nach KZT-Kriterien

	Häufigkeit	Prozent
nie	223	58,5
manchmal	120	31,5
häufig	21	5,5
immer	3	,8
Gesamt	367	96,3
Ungültig	14	3,7
Gesamt	381	100,0

Abbildung 65: Vermeiden von LZT wegen des Antragsaufwands
Teilstichprobe (N=381): Keine Vorselektion, ob KZT ausreicht



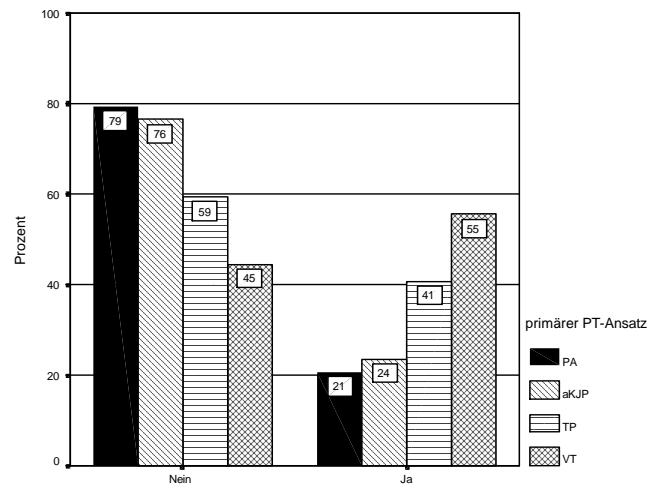
58,5 der Vertragspsychotherapeuten, die Patienten "nie" danach auswählen, ob eine KZT bei ihnen ausreicht, vermeiden auch nicht die Durchführung von LZT wegen des Antragsaufwands. Ca. 38 % tun dies zumindest "manchmal".

Die gültigen Angaben (N=367) sollten nun differenziert nach Therapierichtungen noch näher untersucht werden. Um in Abbildung 66 eine ausreichende Übersichtlichkeit zu erhalten, wurde die LZT-Vermeidungs-Variable (v10) dummy-kodiert (iSv "Kommt es zu zumindest manchmaligem Vermeiden von LZT wegen des Antragsaufwands: Nein / Ja). Tabelle 92 weist diesbezüglich die absoluten Häufigkeiten aus.

Tabelle 92: LZT-Vermeiden je nach PT-Ansatz
Teilstichprobe: Keine Selektion nach KZT

	Vermeiden von LZT wg. Antragsaufwands		Gesamt
	Nein	Ja	
PA	73 79,3%	19 20,7%	92 100,0%
aKJP	26 76,5%	8 23,5%	34 100,0%
TP	67 59,3%	46 40,7%	113 100,0%
VT	57 44,5%	71 55,5%	128 100,0%
Gesamt	223 60,8%	144 39,2%	367 100,0%

Abbildung 66: Vermeiden (mindestens "manchmal") von LZT
wegen des Antragsaufwands nach Therapierichtung.
Teilstichprobe: Nur Vertragspsychotherapeuten,
die nie Patienten nach KZT-Kriterien auswählen (N=367)



Aus Abbildung 66 geht hervor, daß insbesondere Verhaltenstherapeuten und zu einem geringeren Teil auch tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten einerseits zumindest teilweise Patienten unabhängig von der Frage, ob bei ihnen eine Kurzzeittherapie überhaupt ausreicht, annehmen und andererseits dann zumindest manchmal die Durchführung von Langzeittherapien wegen des damit verbundenen Antragsaufwands vermeiden.

➔ Prüfstatistisch hat sich ergeben, daß hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen und daß sich die Gruppe VT von den Gruppen PA und aKJP und die Gruppe TP von der Gruppe PA unterscheiden.

Von denjenigen Vertragspsychotherapeuten, die Patienten "nie" danach auswählen, ob eine KZT bei ihnen ausreicht (N=367 gültige Angaben) geben Verhaltenstherapeuten signifikant häufiger als Psychoanalytiker und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie "Tiefenpsychologen" signifikant häufiger als Psychoanalytiker an, wegen des Antragsaufwands die Durchführung von Langzeittherapie zu vermeiden.

Dieses Ergebnis besagt, daß es bei immerhin 144 von insgesamt 640 Vertragspsychotherapeuten, also bei mehr als 20 % dazu kommen kann, daß Patienten, die eine LZT bräuchten, diese wegen des Antragsaufwands des Gutachterverfahrens zumindest "manchmal" nicht bekommen.

Damit wirkt sich der Abschreckungseffekt des Gutachterverfahrens unmittelbar negativ für die Patienten aus. Dieses problematische Verhalten kommt bei "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten gegenüber Psychoanalytikern signifikant häufiger vor.

Insofern zeigen sich bei den kurzen Psychotherapieverfahren mit ihren häufigen Antragsstellungen ernstzunehmende negative Effekte des Gutachterverfahrens.

Verhältnismäßigkeit von Antragsaufwand und beantragter Sitzungszahl

Im theoretischen Teil (siehe oben Seite 121) wurde ausführlich die Verhältnismäßigkeit zwischen Antragsaufwand einerseits und Anzahl der Sitzungen des jeweiligen Bewilligungsschritts diskutiert. Um diese Thematik empirisch zu überprüfen, wurde ein diesbezügliches Item in die Befragung aufgenommen. Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

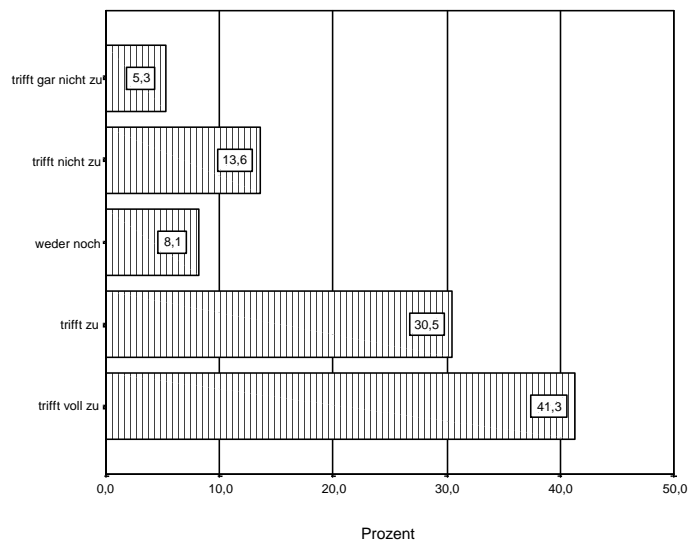
*Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:*

„ Der Berichtsaufwand ist in Relation zur jeweils beantragten Sitzungszahl unverhältnismäßig groß “

Tabelle 93: Häufigkeitstabelle zur Aussage:
Unverhältnismäßigkeit von Antragsaufwand
zur beantragten Sitzungszahl

	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	34	5,3
trifft nicht zu	87	13,6
weder noch	52	8,1
trifft zu	195	30,5
trifft voll zu	264	41,3
Gesamt	632	98,8
Ungültig	8	1,3
Gesamt	640	100,0

Abbildung 67: Einschätzung der Aussage:
" Der Berichtsaufwand ist in Relation zur jeweils beantragten
Sitzungszahl unverhältnismäßig groß"



Über 70 % der Vertragspsychotherapeuten stimmen der Aussage zu, daß "der Berichtsaufwand im Verhältnis zur jeweils beantragten Sitzungszahl unverhältnismäßig groß" ist. Etwas weniger als 20 % beurteilen diese Aussage als nicht zutreffend.

Diese große Zahl von Zustimmungen belegt, daß die Verhältnismäßigkeit von Antragsaufwand und Sitzungskontingent nicht nur theoretisch, sondern auch empirisch überprüft als zweifelhaft zu beurteilen ist.

Einschätzung der Unverhältnismäßigkeits-Aussage in Abhängigkeit von der Therapierichtung

Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich Zustimmung oder Ablehnung zur Aussage unterscheiden, der Berichtsaufwand ist in Relation zur jeweils beantragten Sitzungszahl unverhältnismäßig groß.

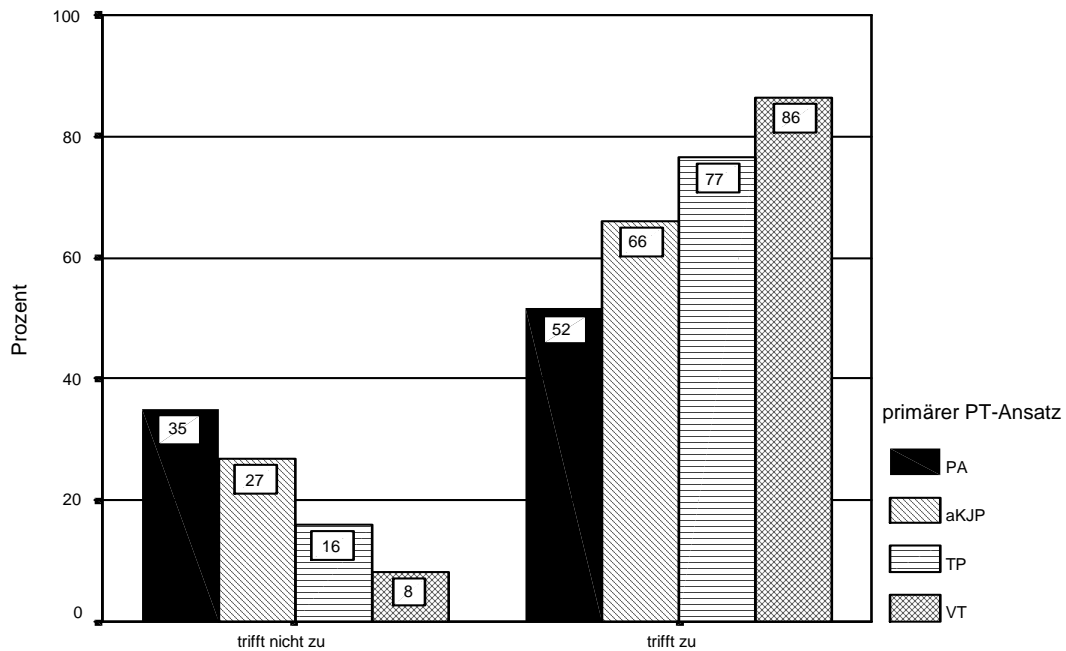
Die Tabelle 94 mit den Variablen "Unverhältnismäßiger Antragsaufwand in Relation zur beantragten Sitzungszahl" und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 94: Unverhältnismäßigkeits-Aussage in Abhängigkeit zum Therapieansatz

	"Der Berichtsaufwand ist in Relation zur jeweils beantragten Sitzungszahl unverhältnismäßig groß"					Gesamt
	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	weder noch	trifft zu	trifft voll zu	
PA	13 8,3%	42 26,8%	21 13,4%	45 28,7%	36 22,9%	157 100,0%
aKJP	4 7,1%	11 19,6%	4 7,1%	20 35,7%	17 30,4%	56 100,0%
TP	8 3,8%	26 12,2%	16 7,5%	72 33,8%	91 42,7%	213 100,0%
VT	9 4,4%	8 3,9%	11 5,3%	58 28,2%	120 58,3%	206 100,0%
Gesamt	34 5,4%	87 13,8%	52 8,2%	195 30,9%	264 41,8%	632 100,0%

In der Fokus-Abbildung 68 sind die diesbezüglichen fachspezifischen Unterschiede deutlich zum Ausdruck gebracht.

Abbildung 68: Unverhältnismäßigkeits-Aussage in Abhängigkeit zum Therapieansatz



"Berichtsaufwand relativ zur Sitzungszahl unverhältnismäßig"

- ➔ Ein statistischer Vergleich der Gruppenunterschiede führte zu folgendem Ergebnis: Die Aussage „Der Berichtsaufwand ist in Relation zur beantragten Sitzungszahl unverhältnismäßig groß“ wird von Verhaltenstherapeuten signifikant häufiger als zutreffend angegeben als von allen anderen Therapiefachgruppen. "Tiefenpsychologen" bejahen diese Aussage signifikant häufiger als Psychoanalytiker.

Insbesondere Verhaltenstherapeuten beurteilen mit dem enormen Prozentsatz von 86 % Trifft-Zu-Angaben (gegenüber von nur 8 % Trifft-Nicht-Zu-Angaben) den Berichtsaufwand als unverhältnismäßig. Die Abstufungen der jeweiligen Anzahl von Trifft-Zu-Antworten spiegeln exakt die jeweilige Größe der beantragten Bewilligungsschritte. Da die Verhaltenstherapeuten einen gleichgroßen Antragsaufwand zu leisten haben wie die anderen Therapierichtungen, aber demgegenüber ein erheblich geringeres Kontingent zugewilligt bekommen, ist für sie die Unverhältnismäßigkeit auch am ausgeprägtesten.

Daß sogar über 50 % der Psychoanalytiker den Berichtsaufwand als "unverhältnismäßig" groß in Relation zur beantragten Sitzungszahl bewerten, ist verwunderlich, geht es doch bei ihnen um Kontingente von 160 - 80 - 60. Dies macht noch einmal deutlich, wie außerordentlich groß Aufwand und Anstrengung der Antragstellung im Gutachterverfahren sein müssen.

12.3 Zusammenfassung und Diskussion

Auch die Analyse der Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens nimmt neben der Prüfung der Zweckmäßigkeit einen besonders großen Raum in dieser Untersuchung ein.

Fragen zur Verhältnismäßigkeit betreffen Mittel-Zweck-Relationen, wobei hier nicht nur direkte Kosten für das Gutachterverfahren zu kalkulieren sind, sondern auch indirekte Kosten einschließlich etwaige "Nebenwirkungen" und unerwünschte Folgeeffekte.

Hinsichtlich der direkten Kosten wurde errechnet, daß das Gutachterverfahren zur Zeit etwa 24 Mio. DM kostet. Damit ist die von Meyer et al. (1991) im Forschungsgutachten geäußerte Empfehlung, das Gutachterverfahren beizubehalten, weil es relativ aufwandsarm sei, zurückzuweisen.

Diese Kalkulation erweist sich aber aus einer Verhältnismäßigkeitsabwägung noch nicht einmal als hinreichend, weil sie zwar von dem derzeit vergüteten Berichtshonorar (EBM-Nr. 868 1.400 Punkte) ausgeht, aber damit nicht ansatzweise dem (nun empirisch festgestellten) tatsächlichen Antragsaufwand gerecht wird. Eine entsprechende Korrektur führt (unter Zugrundelegung eines moderaten 8-Pf-Punktwerts) zu einem Honorarsatz von DM 500,- (4-5 h = 6.250 Punkte) für den Erstantrag und DM 250,- (2-3 h = 3.120 Punkte) für den Fortführungsantrag. Wird diese (tatsächlich entstandene Arbeitszeit-) Aufwendung einer seriösen Kalkulation zugrundegelegt, dann kostet das Gutachterverfahren das Doppelte, nämlich ca. 50 Mio. DM im Jahr.

Ein aufschlußreicher Vergleich der Kosten für Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung im Psychotherapiebereich gegenüber denjenigen im Somatomedizinbereich war dadurch ermöglicht, weil die WP- + QS-Kosten im Somatobereich von der KV Nordbaden (dankenswerter Weise) in buchhalterisch exakter Form ermittelt und zur Verfügung gestellt wurden. So ließ sich dann feststellen, daß die prozentuale Relation der Prüfkosten (WP + QS) zu den Behandlungskosten im organmedizinischen Bereich „ 0,25 % “ beträgt. Demgegenüber erwiesen sich die durchschnittlichen WP-QS-Prüfkosten im Psychotherapiebereich mittels Gutachterverfahren mit 2,3 % (bzw. korrekt kalkuliert 4,7 %) als 10-mal (bzw. 20-mal) so hoch. Rationale Erklärungen für diesen völlig überhöhten, ungleichen und unverhältnismäßigen Prüfaufwand im Psychotherapiebereich (der nur ca. 3 % des ambulanten Gesamthonorars ausmacht) waren nicht zu finden.

In einer weiter gefilterten Kosten-Analyse insbesondere für die Verhaltenstherapie (als „Repräsentant“ für die kurzen Psychotherapieverfahren) zeigte sich dann, daß sie im Vergleich zur Psychoanalyse einem stark ungleichen und unzumutbaren Mehraufwand an Arbeitszeit- und Prüfaufwand ausgesetzt ist.

Zu völlig überraschenden und empörenden Ergebnissen („Schieflagen“) führte dann ein Vergleich der Relationen von Prüfkosten (WP + QS) in der Somatomedizin mit denen in der Verhaltenstherapie.

Hier ergab sich, daß der derzeitige Prüfaufwand in Verhaltenstherapie im Vergleich zu dem in der Organmedizin (0,25 %) ein Vielfaches beträgt (Angaben in Klammern: bei aufwandskorrektem Berichtshonorar):

▪ Beim VT-Erstantrag:	das 18-fache	(bzw. 48-fache)	im Verhältnis zu WP+QS-Kosten in Somatomedizin
▪ Beim 1. VT-Fortführungsantrag:	das 54-fache	(bzw. 88-fache)	im Verhältnis zu WP+QS-Kosten in Somatomedizin
▪ Beim 2. VT-Fortführungsantrag:	das 41-fache	(bzw. 66-fache)	im Verhältnis zu WP+QS-Kosten in Somatomedizin
▪ Beim KZT-Antrag:	das 22-fache	(bzw. 49-fache)	im Verhältnis zu WP+QS-Kosten in Somatomedizin

Hier sind wohl die Prüfbedürfnisse gegenüber Psychotherapie, insbesondere gegenüber der (genuin psychologischen) Verhaltenstherapie und der entsprechende Prüfaufwand als dermaßen „absurd“ und „außer Kontrolle geraten“ zu beurteilen, daß Änderungen auch aus Rechtsgründen dringend geboten erscheinen.

Im empirischen Teil kommt zunächst zum einhelligen Ausdruck, daß die derzeitige EBM-Honorierung des Berichtsaufwands nicht stimmt. Über 85 % der untersuchten Vertragspsychotherapeuten lehnen in seltener Einmütigkeit über alle Therapiefachrichtungen hinweg die Aussage als "unzutreffend" ab, "die EBM-Bewertung für den Antragsbericht (1.400 Punkte) ist angemessen".

Bei einer derartigen Verletzung des sozialrechtlichen Gebots der Angemessenheit der Vergütung ärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung scheint die Frage nahezuliegen, ob denn dann anderweitig dieser Einkommensverlust durch unterbezahlten Antragsaufwand kompensiert wird. Die diesbezügliche Aussage, "*ich tendiere dazu, den Antragsaufwand durch Aufbrauchen der bewilligten Sitzungszahl zu 'amortisieren'*", beurteilte dann aber die Mehrzahl der Vertragspsychotherapeuten (60 %) als "unzutreffend".

Andererseits gibt auch immerhin etwa ein Viertel der Vertragspsychotherapeuten eine solche Tendenz zu ("Tiefenpsychologen" signifikant häufiger als Psychoanalytiker), wobei die Angaben zu dieser äußerst heiklen Frage wegen einer zu vermutenden beschönigenden Antworttendenz eher höher ausfallen könnten.

Als besonders unverhältnismäßig wird der Antragsaufwand in Relation zur bewilligten Sitzungszahl insbesondere von den Verhaltenstherapeuten (signifikant gegenüber allen anderen drei Therapierichtungen) eingeschätzt. Sie beurteilen die entsprechende Unverhältnismäßigkeits-Aussage mit 86 % als zutreffend gegenüber den "Tiefenpsychologen" (77 %), analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (66 %) und Psychoanalytikern (52 %). Damit zeigt sich auch, daß je kürzer die jeweiligen Bewilligungsschritte des jeweiligen Verfahrens sind, desto häufiger wird auch die Unverhältnismäßigkeits-Aussage bejaht. Das Ergebnis, daß selbst 52 % der Psychoanalytiker den Berichtsaufwand im Verhältnis zur jeweils beantragten Sitzungszahl (in der ersten Etappe immerhin 160 Sitzungen) als unverhältnismäßig bejahen (im Gegensatz zu 35 %, die diese Aussage als unzutreffend beurteilen), macht deutlich, wie extrem der Antragsaufwand zu beurteilen ist und wie dann erst recht die kurzen Therapieverfahren unter der permanenten Antragsbürde zu leiden haben.

Verhältnismäßigkeitsgrundsätze sind auch dann berührt, wenn die grundrechtlichen Datenschutzbelange durch das Gutachterverfahren tangiert werden. Es wurde aufgezeigt, daß gerade im Psychotherapiebereich besonders geschützte persönliche Daten durch den obligaten Berichtstransfer an "fremde Dritte" (Gutachter) in Verkehr gebracht werden und daß die Weitergabe solch hochprivativer Daten aus der Sicht einer Güterabwägung nur dann gerechtfertigt scheint, wenn das Gutachterverfahren überhaupt geeignet genug ist, den Schutz eventuell höherwertiger Interessen (der Solidargemeinschaft) zu gewährleisten. Außerdem erscheint eine Dechiffrierung der Angaben und Zuordnung zu konkreten Namen nicht besonders schwierig, so daß hier langjährige Aufbewahrungen dieser Daten bei den Gutachtern (zwei Jahre über den bewilligten Therapiezeitraum hinaus) kritisch zu sehen sind. In der empirischen Untersuchungen wurde über ein Aussage-Item danach gefragt, ob "*schon Datenschutzverletzungen im Gutachterverfahren beobachtet*" worden sind. Immerhin ca. ein Drittel beantwortet diese Aussage als zutreffend.

Weitere unerwünschte Nebeneffekte des Gutachterverfahrens könnten mit nicht rechtzeitig gestellten Anträgen (Umwandlungs- und Fortführungsanträgen) und dadurch veranlaßte Therapieunterbrechungen und therapiestörende Bewilligungs-Wartezeiten auftreten. Es zeigte sich, daß nur 24 % der Vertragspsychotherapeuten den Antrag immer rechtzeitig stellen. Bei den signifikant sich unterscheidenden Verhaltenstherapeuten fertigen ca. 45 % die Anträge "nie" oder nur "manchmal" rechtzeitig zum Fälligkeitstermin und nur ca. 15 % fertigen den Antrag so wie in den Psychotherapie-Vereinbarungen vorgesehen, "rechtzeitig genug" an. In der permanenten Antragsfälligkeit gerade bei den kurzen Verhaltenstherapie-Bewilligungsschritten wird ein permanenter "Leidensdruck" und "Streßfaktor" interpretiert. Verhaltenstherapeuten unterbrechen dann auch die laufende Therapie wegen der Antragsfälligkeit signifikant häufiger als die anderen Therapieverfahren. Unterbrechen Sie nicht, so daß sie quasi auf eigenes Risiko trotz Antragsfälligkeit weiterarbeiten, sagen fast 55 % dieser Verhaltenstherapeuten, daß es dadurch schon zu finanziellen Einbußen (etwa bei Umzug, Therapieabbruch des Patienten etc.) gekommen ist und damit signifikant häufiger als bei den analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Immerhin sagen von der Gesamtstichprobe von 640 Vertragspsychotherapeuten etwa ein Drittel (ca. 200), daß es bei ihnen zumindest schon manchmal zu finanziellen Einbußen gekommen ist. Hinter diesen alltagspraktischen Erfahrungen mit dem Gutachterverfahren verbergen sich erhebliche Demotivierung und Frustrationen.

Schließlich wurde noch ein möglicher negativer "Abschreckungseffekt" des Gutachterverfahrens untersucht: Vermeiden von gutachterpflichtigen Langzeittherapien und "Flucht" in das gutachterfreie KZT-Verfahren. Anhand von Frequenzstatistiken auf der Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konnte festgestellt werden, daß etwa 70 % der Therapien bei den "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten im Kurzzeitverfahren durchgeführt werden. Obgleich diesen Zahlen nicht zu entnehmen ist, wieviele als spätere Umwandlungsfälle dann doch als Langzeittherapien zu verbuchen sind, ist dennoch zu vermuten, daß ein erheblicher Teil der Kurzzeittherapie aus Gründen der Vermeidung des Antragsaufwands bei Langzeittherapien stattfinden. Dies ist umso mehr bei denjenigen Arztgruppen zu vermuten, die nicht hauptberuflich, sondern (als Frauenärzte, Kinderärzte etc.) nur nebenbei Psychotherapie im Kurzzeitverfahren durchführen. Es ist zu vermuten, daß sich die diesbezüglichen Leistungs-Häufigkeiten ändern werden, wenn ab 01.01.2000 auch die Kurzzeittherapie gutachterpflichtig wird.

Um zunächst die "Attraktivität" des KZT-Antrages zu untersuchen, wurde ihr diesbezüglicher Antragsaufwand erfaßt. Insgesamt benötigen 80 % der Vertragspsychotherapeuten weniger als 40 Minuten und davon die Hälfte sogar nur 20 Minuten für den Antragsaufwand einer Kurzzeittherapie.

Die Frage, "vermeiden Sie wegen des Antragsaufwands die Durchführung von Langzeittherapie", wurde von 46 % mit "nie" beantwortet, von ca. 40 % mit "manchmal" und von 12 % mit "häufig" beantwortet. Das Ergebnis war nicht erwartet worden, denn es besagt, daß mehr als die Hälfte der untersuchten Vertragspsychotherapeuten zumindest manchmal eine notwendige Sachleistung unterlassen und zwar nicht aus indikatorischen Gründen, sondern primär aus formalen Gründen ("wegen des Antragsaufwands"). Nach Therapierichtungen differenziert, unterscheiden sich die Verhaltenstherapeuten mit 66 % und die "Tiefenpsychologen" mit 58 % manchmaligem LZT-Vermeiden signifikant von den Psychoanalytikern mit nur 33 % gelegentlichen LZT-Vermeidern. Da in einer weiteren Frage festgestellt werden konnte, daß die Vertragspsychotherapeuten überwiegend Patienten nicht danach auswählen, ob eine Kurzzeittherapie bei ihnen ausreicht, führt dies zu der negativen Feststellung: Patienten werden grundsätzlich nicht danach ausgewählt, ob eine Kurzzeittherapie bei ihnen ausreicht, aber wenn sie dann eine Langzeittherapie bräuchten, kann es manchmal vorkommen, daß sie diese notwendige Behandlung wegen des abschreckenden Antragsaufwands nicht erhalten. Dieses Vorenthalten einer indizierten Langzeitbehandlung kommt bei "Tiefenpsychologen" und Verhaltenstherapeuten gegenüber Psychoanalytikern signifikant häufiger vor. Hierbei ist allerdings zu bedenken, daß die erhebliche Antragshäufigkeit bei den kürzeren Therapieverfahren den "Abschreckungseffekt" des Gutachterverfahrens ganz anders wahrnehmen läßt als bei den langen Therapieverfahren. In der Auseinandersetzung zur Unverhältnismäßigkeit des Anträgeverfassens der kurzen gegenüber den langen Therapieverfahren wurde aufgezeigt, daß in derselben Zeit, in der ein Psychoanalytiker für einen Fall einen Erstantrag stellt (160 Sitzungen), ein Verhaltenstherapeut insgesamt sechs Anträge für zwei Fälle zu stellen hat.

13 UNZUFRIEDENHEIT DER PSYCHOTHERAPEUTEN MIT DEM GUTACHTERVERFAHREN

Als ein Indikator zur Beurteilung der Effektivität (Wirksamkeit) und Effizienz (Wirtschaftlichkeit) einer Maßnahme (hier das Gutachterverfahren) wird die subjektive Bewertung, Erfahrung und Beurteilung seitens der Betroffenen (hier Psychotherapeuten) anerkannt.

Psychotherapie-Praktiker sind mehr noch als die Gutachter insofern "Experten" zur Beurteilung des Gutachterverfahrens, als sie sowohl mit dem ideellen Anspruch des Gutachterverfahrens als auch dessen praktischer Realisierung unmittelbar befaßt sind. Keine andere Gruppe kann so differenziert wie sie übersehen, ob der global erwartete Zweck des Gutachterverfahrens in praxi tatsächlich erreicht wird. Es sollte daher von Interesse sein, wie erfahrene Vertragspsychotherapeuten das Gutachterverfahren bewerten und wie zufrieden sie mit diesem benannten Qualitätssicherungsinstrument sind.

13.1 Erkenntnis- und Meinungsstand

Die Erfassung der Ergebnisqualität des Gutachterverfahrens, also das Maß der Übereinstimmung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, basiert auf einer Berücksichtigung multipler Beurteilungskriterien. Als eines dieser Beurteilungskriterien wird die Feststellung der Zufriedenheit und subjektiven Bewertung der Betroffenen gefordert. Während als eine Dimension von Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie etwa der Berücksichtigung von Patientenerfahrung und -zufriedenheit eine "wichtige Rolle" zugeschrieben wird (vgl. Schmidt-Bodenstein, 1998), finden sich gleiche Postulate nicht, wenn es um Beurteilungen und Erfahrungen der "betroffenen" Vertragspsychotherapeuten zum Gutachterverfahren geht.

Es ist fraglich, was Angaben zur Zufriedenheit und subjektiven Bewertung der Vertragspsychotherapeuten zum Gutachterverfahren aussagen sollen.

Sicherlich sind sie allein noch kein gültiges Maß für die Qualität dieses Prüfverfahrens.

Einzelaussagen erfahrener Praktiker sind von gleicher (subjektiver) Güte wie solche von Gutachtern, wobei aber letzteren bisher ein erhebliches Gewicht im diesbezüglichen Entscheidungsprozeß der KBV und Krankenkassen beigemessen wurde.

Daher muß es verwundern, wenn von verantwortlichen Stellen durchaus die "Kritik unterschiedlicher Seiten" (Dahm, 1996) oder "das Gutachterverfahren ist emotional hoch besetzt" (Schmidt-Bodenstein, 1998, S. 497) festgestellt, gleichwohl diese Praktikeräußerungen nicht näher nachgefragt werden.

Es soll hier nicht vertieft, aber darauf aufmerksam gemacht werden, daß sowohl Gutachter als auch Psychotherapiepraktiker in der Diskussion um das Gutachterverfahren "subjektiv betroffen" sind. Gutachter erzielen allein aus ihrer gutachterlichen "Nebentätigkeit" ein ganz erhebliches Einkommen (im Durchschnitt fast DM 100.000,-, im Maximum mehr als DM 250.000,-; errechnet aus Zahlenangaben siehe oben Seite 114), so daß ihren positiven Aussagen zur Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens ein gewisses Eigeninteresse unterstellt werden könnte. Fragte man etwa Gutachter zu ihrer Zufriedenheit mit dem Gutachterverfahren, wäre dieses wirtschaftliche Interesse sicher mit zu berücksichtigen. Im Gegensatz dazu stellt das Gutachterverfahren für den größten Teil der Praktiker nicht eine "Bereicherung", sondern eine zeitlich und inhaltlich äußerst aufwendige Belastung dar, die noch nicht einmal adäquat honoriert wird.

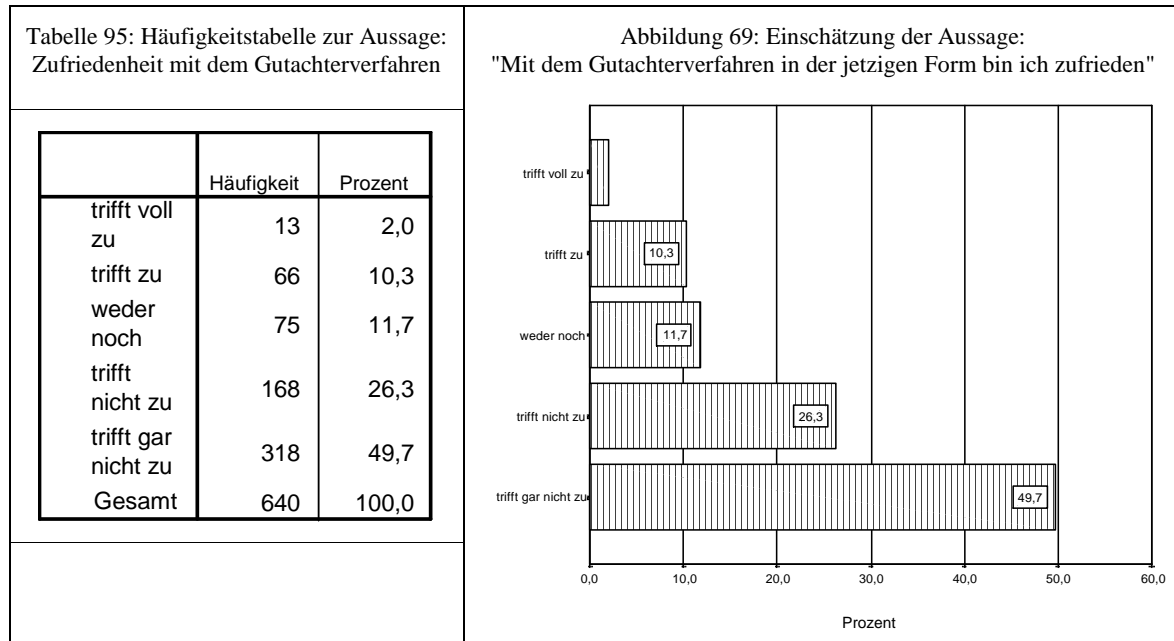
Aufgrund dieser Ausgangslage ist zu erwarten, daß diese negativen Rahmenbedingungen in eine Zufriedenheitsbeurteilung seitens der Vertragspsychotherapeuten einfließen werden. Andererseits aber werden von Teilen der Vertragspsychotherapeuten auch positive Aspekte mit dem Gutachterverfahren verbunden, etwa dessen Zwang zur Selbstkontrolle und nochmaliger Fallreflexion (37,5 % zustimmende Angaben).

13.2 Empirischer Teil

Direkte Aussage zur Zufriedenheit

Wie zufrieden Vertragspsychotherapeuten mit dem derzeitigen Gutachterverfahren sind, soll zunächst durch eine diesbezüglich sehr direkte Aussage erfaßt werden. Die entsprechende Formulierung im Fragebogen lautet:

*Im folgenden geht es um Ihre persönliche Einschätzung.
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage an, wie stark sie für Sie zutrifft bzw. nicht zutrifft:*
„Mit dem Gutachterverfahren in der jetzigen Form bin ich zufrieden.“



12,3 % der Vertragspsychotherapeuten stimmen der Aussage zu, "mit dem Gutachterverfahren in der jetzigen Form bin ich zufrieden". Dreiviertel (76 %) beurteilen diese Aussage als für sie "nicht zutreffend".

Besonders ausgeprägt sind die Maximalbewertungen: Fast die Hälfte (49,7 %) lehnt die GAV-Zufriedenheits-Aussage völlig ab, während umgekehrt ihr nur 2,0 % völlig zustimmen.

Auch dieses Ergebnis wurde in dieser Ausprägung nicht erwartet.

Immerhin stellt die Stichprobe einen repräsentativen Mix aus Eingangsberufen (Ärzte, Psychologen, Sonstige) und Richtlinien-Therapiefachrichtungen dar. Daß 75 % der Vertragspsychotherapeuten unzufrieden und 50 % sogar sehr unzufrieden und nur ca. 12 % zufrieden mit dem Gutachterverfahren sind, läßt nun verstehen, warum es immer wieder zu den emotionalisierten Diskussionen gekommen ist.

Einschätzung der Zufriedenheits-Aussage in Abhängigkeit zur Therapierichtung

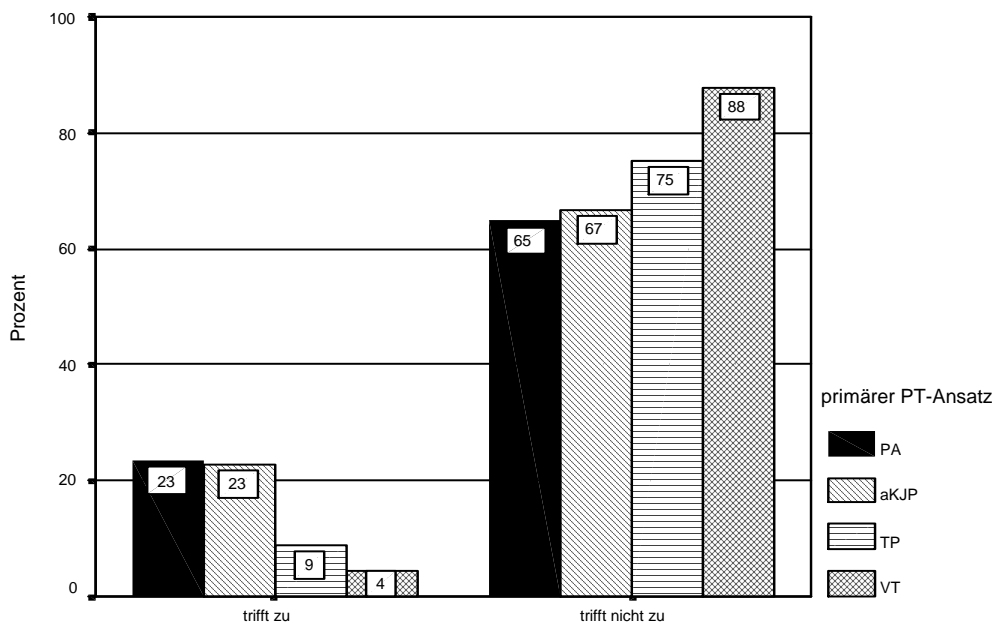
Im folgenden soll untersucht werden, ob sich die verschiedenen Therapierichtungen (PA, aKJP, TP, VT) hinsichtlich Zustimmung oder Ablehnung der Zufriedenheits-Aussage unterscheiden. Die Tabelle 96 mit den Variablen "Zufriedenheit mit jetzigem Gutachterverfahren " und "primärer Therapieansatz" gibt einen Überblick.

Tabelle 96: Zufriedenheits-Aussage in Abhängigkeit vom Therapieansatz

	Mit dem Gutachterverfahren in der jetzigen Form bin ich zufrieden"					Gesamt
	trifft voll zu	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu	
PA	6 3,7%	32 19,8%	19 11,7%	50 30,9%	55 34,0%	162 100,0%
aKJP	3 5,3%	10 17,5%	6 10,5%	14 24,6%	24 42,1%	57 100,0%
TP	3 1,4%	16 7,5%	34 15,9%	60 28,0%	101 47,2%	214 100,0%
VT	1 ,5%	8 3,9%	16 7,7%	44 21,3%	138 66,7%	207 100,0%
Gesamt	13 2,0%	66 10,3%	75 11,7%	168 26,3%	318 49,7%	640 100,0%

In der Fokus-Abbildung 70 treten die gruppenspezifisch unterschiedlichen Einschätzungen zur Zufriedenheits-Aussage deutlich hervor.

Abbildung 70: Zufriedenheits-Aussage in Abhängigkeit vom Therapieansatz



"Bin zufrieden mit Gutachterverfahren in jetziger Form"

Abbildung 70 zeigt, daß bei den Angaben zur GAV-Zufriedenheitsaussage über die allgemeine Ablehnung hinaus noch erhebliche Gruppenunterschiede zwischen den einzelnen Therapiefachrichtungen festzustellen sind.

- ➔ Die varianzanalytische Überprüfung der Gruppenunterschiede erbrachte folgendes Ergebnis:
Die Aussage: „*Mit dem Gutachterverfahren in der jetzigen Form bin ich zufrieden*“
wird von den Verhaltenstherapeuten signifikant häufiger als „nicht zutreffend“ abgelehnt gegenüber allen anderen Therapiefachgruppen (PA, aKJP, TP).
Die "Tiefenpsychologen" lehnen diese Aussage signifikant häufiger als die Psychoanalytiker ab.

Unzufrieden mit dem Gutachterverfahren ist der größte Teil der Vertragspsychotherapeuten. Aber während bei den Psychoanalytikern und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten immerhin noch etwa ein Viertel angibt, zufrieden mit dem GAV zu sein, sagen dies bei den "Tiefenpsychologen" weniger als 10 % und bei den Verhaltenstherapeuten sogar weniger als 5 %. Daß sich auch die "Tiefenpsychologen" signifikant von den Psychoanalytikern unterscheiden, zeigt, daß gerade die kürzeren Therapieverfahren eine erhebliche Frustration bezüglich des Gutachterverfahrens charakterisiert.

13.3 Zusammenfassung und Diskussion

Die verschiedenen Diskussionen um das Gutachterverfahren, bei denen Praktiker beteiligt waren, hatten gezeigt, daß mit einer Unzufriedenheit bezüglich des Gutachterverfahrens in seiner derzeitigen Form zu rechnen ist. Die empirische Untersuchung gibt nun Auskunft über das Ausmaß dieser Unzufriedenheit.

Die Aussage: "Mit dem Gutachterverfahren in der jetzigen Form bin ich zufrieden" wird von 76 % der Vertragspsychotherapeuten als "nicht zutreffend" abgelehnt, Dagegen wird sie von nur 12 % als "zutreffend" bejaht.

Ganz besonders unzufrieden, mit 88 % ablehnenden Angaben, sind die Verhaltenstherapeuten.

Damit unterscheiden sie sich in ihrer Ablehnung signifikant von den drei anderen Therapiefachrichtungen: PA (65 %), aKJP (67 %), TP (75 %).

Auch die "Tiefenpsychologen" geben signifikant häufiger als die Psychoanalytiker an, mit dem Gutachterverfahren unzufrieden zu sein.

14 GESAMTDISKUSSION ZUR ZWECKMÄßIGKEIT UND VERHÄLTNISSMÄßIGKEIT

Ziel der vorliegenden Praxisstudie war, das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie hinsichtlich seiner Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit zu untersuchen.

- ? Stellt das Gutachterverfahren wirklich einen Schutzmechanismus dar gegenüber unwirksamen, unnötigen, nicht ausreichenden oder übertriebenen Kassenleistungen (Wirtschaftlichkeitsprüfung) ?
- ? Kann das Gutachterverfahren tatsächlich einen ausreichenden Behandlungserfolg prognostizieren, wie es sein Auftrag nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarungen ist ?
- ? Ist es als Instrument zur „externen“ Qualitätskontrolle überhaupt geeignet, so daß es zumindest Strukturqualität absichert (Qualitätssicherung) ?
- ? Stehen der angestrebte und vor allem erreichte Zweck des Gutachterverfahrens in einem (auch öffentlich-rechtlich) vertretbaren Verhältnis zu dessen (berufsfreiheit-einschränkendem) Zwangsaufwand, Verausgabung von öffentlichen Mitteln, direkten und indirekten Kosten (Verhältnismäßigkeitsgebot)?

In einer repräsentativen Befragung wurden hauptberufliche Vertragspsychotherapeuten (N=640) umfassend in bezug auf gutachterverfahrensrelevantes Verhalten und Beurteilung des Gutachterverfahrens (Ergebnisqualität) untersucht.

Die Hauptergebnisse dieser Untersuchung werden hier thesenartig vorgestellt und diskutiert.

14.1 Zur Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens

➤ *Das Gutachterverfahren erfaßt primär Formulierungsgeschick, nicht Therapiequalität*

75 % der untersuchten Vertragspsychotherapeuten stimmen dieser Aussage zu ("zutreffend"). Wer könnte eine solche Bewertung besser abgeben als die Vertragspsychotherapeuten selber? Sie allein sind Verfasser des "Berichts an den Gutachter", der das Kernstück der gutachterli-

chen "Prüfung nach Aktenlage" darstellt. Nur sie selber wissen also, welche „theoretische“ Prüfgrundlage der Gutachter „zu Gesicht bekommt“ und wieviel dies mit realer Therapiequalität zu tun hat.

Mit dieser überwältigenden Mehrheit widersprechen sie der (von Gutachtern prinzipiell vertretenen) Behauptung, von einem schlechten Antrag könne mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf eine schlechte Therapie geschlossen werden und umgekehrt.

Vielmehr weisen sie dem Gutachterverfahren den Status zu, nicht viel mehr als äußere Darstellungsfertigkeiten prüfen zu können. Mit den eigentlichen Therapieinhalten, die Effektivität (Qualitätsaspekt) und Effizienz (Wirtschaftlichkeitsaspekt) einer erfolgreichen Behandlung ausmachen, hat das Gutachterverfahren nicht viel zu tun.

➤ *Die praktizierte „Therapiewirklichkeit“ weicht häufig vom „theoretischen Therapieplan“ ab, was das Gutachterverfahren zur Farce macht*

Die Aussage, "häufig weichen meine therapeutischen Maßnahmen erheblich vom beantragten Therapieplan ab", wird von 40 % aller befragten Vertragspsychotherapeuten und von 60 % der Verhaltenstherapeuten bejaht.

Die zweite diesbezügliche Aussage, "in meinen Therapien wende ich auch andere Methoden an als im Antrag aufgeführt", wird von 60 % aller Vertragspsychotherapeuten und von 80 % der Verhaltenstherapeuten bejaht.

Diese Angaben weisen auf eine erhebliche Divergenz zwischen theoretischer Antrags- und therapeutischer Praxiswirklichkeit hin.

Diese Daten belegen, daß der Gutachter aufgrund der schriftlichen Darlegungen nicht überprüfen kann, "ob der Therapeut die Behandlung auch so durchführt, wie er angibt. Das Verfahren lädt zur verfälschenden Darstellung ein" (von Pein, 1998, S. 496).

Linden, 1998, subsumiert als ärztlicher Gutachter derartige Abweichungen unter "Pseudoanträge" und führt aus, daß der "Bericht des Therapeuten integraler Bestandteil der Behandlungsleistung ist, auf dessen fachgerechte Erstellung der Patient einen Anspruch hat und der zudem so etwas wie einen Kostenvoranschlag darstellt. Wenn jemand tatsächlich unterstellen wollte, daß in der Praxis Psychotherapeuten in relevantem Umfang falsche Mitteilungen machen, dann würde dies juristisch wohl den Tat-

bestand des Betrugs erfüllen, und wenn es wesentlich und willentlich geschieht, sogar des schweren Betrugs" (S. 503).

Hinter all diesen „schweren Geschützen“ offenbart sich das angestammte ärztliche Denken in Rezeptologien: Hier habe ich eine Erkrankung, die ich klar „be-schreiben“ kann und dort habe ich eine anwendbare Behandlungsrezeptur, die ich klar „ver-schreiben“ kann.

Der gerade von Prof. Linden auch hier wieder bemühte Vergleich des Antragsberichts mit einem "zahnärztlichen Kostenvoranschlag" (Linden & Dankesreiter, 1996, S. 540) entlarvt dieses ärztliche Trivialisierungsmuster. So als ob die psychischen Krankheitszusammenhänge (vielleicht unter Zuhilfenahme eines zahnärztlichen Spiegels) "sichtbar", womöglich in einer Mängelliste ankreuzbar und die notwendigen therapeutischen Maßnahmen dann so "offen sichtlich" sind, daß all dies nur fachgerecht veranschlagt und dem sachverständigen Gutachter präsentiert werden muß.

Einem solchen, eher technischen Denkmodell entspricht das Gutachterverfahren.

Dies zeigt sich weniger bei den Psychoanalytikern, vielmehr bei den Verhaltenstherapeuten. Während die analytische Psychotherapie keine spezifischen Manuale, Standardverfahren, Therapieprogramme kennt, also solche weder im Antragsbericht benennen noch davon in praxi abgeweichen könnte, gibt es in der Verhaltenstherapie diese umschriebenen Maßnahmen, deren Anwendung bei bestimmten Störungen als Behandlung lege artis gefordert wird (z.B. Exposition in vivo bei Phobien, Zwängen etc.). Unter diesen Voraussetzungen zwingt (nötigt) das obligate Gutachterverfahren die Verhaltenstherapeuten (schablonenartige) Muster auszufüllen, die einer abstrakten, "fallfernen" theoretischen Gutachtersicht, aber nicht einer an der Person und am Einzelfall orientierten, „verstehenden“ Praktikersicht von Verhaltenstherapie entsprechen.

Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik mündet unmittelbar in die Theorie-Praxis-Diskussion, die seit vielen Jahren die Verhaltenstherapie kennzeichnet (vgl. zuletzt Reinicker & Fiedler, 1997).

Hier stellen sich dann bald „unbequeme“ Fragen (vgl. Köhlke & Kuhr, 1993):

Warum sollten etwa die Verhaltenstherapeuten in einem solchen Umfang von dem im Plan ausgeführten lege-artis-Standard abweichen, wenn er ausreichend funktionierte?

Warum sollten Verhaltenstherapie-Praktiker sich in eigenen Widerspruch setzen, Haftungs- und Identitätsprobleme auf sich nehmen?

Warum sollten sie nach dieser Logik ineffektive Therapien machen und die Patienten damit sogar schädigen wollen?

Müßte man bei diesen (unter anderem auch durch das Gutachterverfahren erzwungenen) Praxisnöten nicht eher umgekehrt fragen:

Welche Wirksamkeit wäre wirklich erreicht, wenn VT-Praktiker tatsächlich nur die Standardverfahren lege artis anwendeten wie im Antrag ausgeführt?

Verschiedentlich hat der Autor an die Forschung appelliert (Köhlke, 1992; 1993; 1997; 1998a), diese vermuteten (und jetzt empirisch bestätigten) "Devianzen" der verhaltenstherapeutischen Praxis nicht immer nur zu brandmarken, sondern sich endlich, wissenschaftlich seriös, damit zu beschäftigen:

“Warum weichen VT-Praktiker ab von den gut in ihrer praktischen Ausbildung erlernten, gut und plausibel in Anträgen darstellbaren, gut den Patienten erklärbaren und gewünschten und gut therapeutisch fachgerecht umsetzbaren VT-Standardprogrammen und -verfahren?“

Es ist daran zu erinnern, daß sich die Untersuchungsstichprobe überwiegend aus erfahrenen und lange zugelassenen Praktikern und nicht aus (unsichereren) Berufsanfängern rekrutiert. Die Wissenschaft wird sich damit auseinandersetzen haben, daß anscheinend die psychotherapeutischen Praxisbedingungen andere sind als die Forschungsbedingungen, unter denen sie (variablenisolierend) die Standardprogramme entwickelt und getestet hat. Bisher jedenfalls gibt es keinen vernünftigen Grund, warum sich ein Verhaltenstherapeut das Leben schwer machen sollte, wenn die im Antrag aufgeführten Standardverfahren tatsächlich ausreichend für Praxiszwecke funktionieren würden.

Für die verhaltenstherapeutische Praxis bedeutet das fortgesetzte Abweichen von gutachterlich geprüften Plänen fortgesetzte Widersprüche, Schuldempfinden und Identitätskrisen.

Dieses Theorie-Praxis-Phänomen der Verhaltenstherapie, das schon seit Jahren bis heute zu wissenschaftlichen Auseinandersetzungen führt (Literaturangaben siehe S. 95), ist sicher nicht mit noch mehr "Qualitätssicherung" und noch mehr -Kontrolle zur Ausbildung "braver Therapiesoldaten" zu lösen (vgl. Köhlke, 1998a).

↳ **Empirisch nicht gesichert ist der (dem Gutachterverfahren häufig unterstellte) Sekundäreffekt: Der sog. pädagogische Effekt**

Wenn schon nicht einen unmittelbaren Qualitätssicherungseffekt, dann soll das Gutachterverfahren doch wenigstens einen Sekundäreffekt in Form eines positiven Lerneffekts haben, der dann auch den Patienten zugute käme. Die Vorstellung eines "pädagogischen Effekts" durch das Gutachterverfahren ist weit verbreitet (vgl. Bender, 1998; Dahm, 1996; Enke, 1998; Faber & Haarstrick, 1996; Meyer et al., 1991). Die Existenz eines solchen, qualitätsfördernden Lerneffekts durch das Gutachterverfahren wurde mittels drei Variablen untersucht.

Die Aussage, den „Antrags-Begründungszwang zur Selbstkontrolle sowie zu differenzierter Fall- und Therapiereflexion zu brauchen“, fand bei den analytisch und tiefenpsychologisch orientierten Fachgruppen (PA, aKJP, TP) in etwa gleiche Zustimmung wie Ablehnung (jeweils um die 40 %), während die Verhaltenstherapeuten, diese Aussage signifikant häufiger ablehnten (56 %) als zustimmten (29 %).

Um zu erfassen, ob ein Lerneffekt durch eine Art interkollegiale "Supervision" gegeben sein könnte, sollten die Vertragspsychotherapeuten die Aussage beurteilen, "die Kommentare der Gutachter sind hilfreich".

Nicht einmal 10 % der Vertragspsychotherapeuten stimmten dieser Aussage zu, demgegenüber lehnten 65 % sie als "nicht zutreffend" ab.

Da die Gutachterkommentare bei positiven Stellungnahmen zumeist nur Satzschablonen beinhalten und sich dementsprechend hier eine "hilfreiche" interkollegiale Kommunikation gar nicht entfalten kann, wurde untersucht, ob denn diejenigen Vertragspsychotherapeuten, die schon einmal eine Ablehnung erhalten haben (N=342), von einem Supervisionseffekt bei Antragsablehnung profitieren.

Die entsprechende Frage: "Fanden Sie die jeweiligen Ablehnungsgründe berechtigt?" wurde von über 70 % mit "überwiegend nein" beantwortet und von nur 25 % mit "überwiegend ja". Auch hier unterschieden sich die Verhaltenstherapeuten mit ca. 85 % Nein-Antworten wieder signifikant von den Psychoanalytikern mit 66 % Nein-Antworten.

Es ist schon interessant, wie ohne jeglichen empirischen Beleg Wirkungen und Effekte nicht nur vermutet und verkündet, sondern als so gesichert unterstellt werden können, daß sie die

Normierung von weiterer Gutachterpflichtigkeit (ab 01.01.2000 auch für die Kurzzeittherapie) und von diesbezüglichen Befreiungstatbeständen für die "Lern-Erfahrenen" (ab 35 gutachtlich geprüften Anträgen ist eine Befreiung von der KZT-Gutachtenpflicht möglich) zu legitimieren vermögen.

Die nun ausgewiesene, gegenteilige empirische Datenlage verweist die Selbst-Zuschreibung der Gutachter, ihre gutachterlichen Hinweise als "interkollegiale" (vgl. Enke, 1998) "Art Supervision" (vgl. Bender, 1998) zu idealisieren, in den Bereich der nützlichen Fiktionen.

Daß die Gutachter ein genuines Interesse haben, dem Gutachterverfahren eine Zweckmäßigkeit als Instrument zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherungssicherung mit zusätzlichem positiven pädagogischen Begleiteffekt zu bescheinigen, ist bei einem durchschnittlichen jährlichen „Nebenverdienst“ von fast DM 100.000,- für ihre Antragsbegutachtungen verständlich (vgl. Köhlke, 1999b). Verwunderlich ist allenfalls, daß derartig einseitige und hochspekulative Ansichten so viel Gehör und Geltung bei den Verantwortlichen der gemeinsamen Selbstverwaltung beanspruchen konnten.

↳ **Die zentralen Wirkfaktoren von Therapiequalität kann eine „theoretische“ gutachterliche Prüfung „nach Aktenlage“ gar nicht erfassen. Aus diesem Grunde kann der Gutachter seine Aufgabe zur prognostischen Beurteilung des Behandlungserfolgs auch nicht erfüllen**

In einem zweiteiligen Beurteilungsvorgang, wurden die Vertragspsychotherapeuten zunächst aufgefordert, zentrale Wirkvariablen für Therapiequalität in eine Rangreihe zu stellen und dann deren gutachtliche Prüfbarkeit mittels Antragsbericht zu bewerten. Als Ergebnis zeigte sich, daß überhaupt eine gutachterliche Prüfbarkeit zentraler Wirkfaktoren insgesamt tendenziell negativ beurteilt wird. Insbesondere werden aber darüber hinaus gerade diejenigen Wirkvariablen, die sie als wichtigste für Therapiequalität beurteilt hatten (Beziehungskompetenz, Empathie und Erfahrung), als am wenigsten gutachterlich prüfbar eingeschätzt. Und umgekehrt werden gerade diejenigen Wirkvariablen, die als weniger wichtig für die Therapiequalität eingestuft wurden (Methodenanwendungs-lege-artis und Kenntnis der aktuellen Forschung) als, wenn überhaupt, dann noch am besten gutachterlich prüfbar beurteilt.

Konsequent weitergedacht führt dieser „blinde Fleck“ des Gutachterverfahrens, das gutachterliche Nicht-Erfassen(-Können) gerade solcher Wirkfaktoren, die (nach übereinstimmender Auffassung in Literatur und der hier befragten Praxis) am wichtigsten für Therapieeffizienz sind (z.B. therapeutische Empathie und Beziehungskompetenz) zu einem echten Legitimationsproblem für das Gutachterverfahren, wie aus nachfolgender Aufstellung der logischen Denkschritte einsichtig wird:

Gutachterverfahren: Primär Überprüfung von Fachkunde statt Therapiequalität

Wenn einerseits die Wichtigkeit zentraler therapeutischer Qualifikationen (z.B. Empathie- und Beziehungskompetenz) für Therapieeffektivität und Therapieeffizienz unbestritten ist, andererseits diese nun aber gerade nicht gutachterlich geprüft werden (können):

???

Verlagert sich dann nicht der Gegenstand des gutachterlichen Prüfverfahrens weg von der prognostischen Wirksamkeit beantragter Leistungen und hin zu einem (versteckten) Fachkunde-Nachweis ?

Und kommt es damit nicht letztendlich zu einer rein theoretischen Kontrolle eines geschickten Umgangs mit fachspezifischer Sprache und schülerhaftem Kenntnissnachweis ansatzspezifischer Methoden und Therapietechniken ?

Muß eine diesbezügliche fachliche Qualitätskontrolle nicht vielmehr als Abschlußprüfung der therapiespezifischen Ausbildung und im Fachkunde-Nachweis der KV-Zulassung erfolgen anstatt diese mit einem aufwendigen Gutachterverfahren in jedem neuen Antragsfall immer wieder nachzuholen ?

Die Untersuchung zur Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens hat eindeutig zu einem negativen Gesamtergebnis geführt.

Im folgenden sollen die Hauptergebnisse der Untersuchung zur Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens thesenartig vorgestellt und diskutiert werden.

14.2 Zur Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens

➤ *Das Gutachterverfahren verursacht erhebliche Kosten.*

Aus KBV-Statistiken ergibt sich, daß ca. 100.000 Antragsfälle in 1997 zu begutachten waren. Pro Antragsfall ist ein Mindest-Kostenaufwand von DM 240,- zugrunde zu legen (Berichtshonorar + Verwaltungskosten + Gutachterhonorar), so daß das Gutachterverfahren zur Zeit - bei äußerst moderater Rechnung - jährlich mindestens DM 24 Mio. Kosten (zu Lasten der Versicherten-Solidargemeinschaft) verursacht.

Insbesondere im Bereich der kurzen Therapieverfahren, mit kurzen Bewilligungsabschnitten und dementsprechend häufigem Antrags- und Prüfaufwand, entstehen ganz erhebliche Kosten, so daß die Einschätzung von Kassenvertretern, das Gutachterverfahren sei ein "relativ kostenintensives Instrument" (Schmidt-Bodenstein, 1998, S. 497) berechtigt ist.

➤ *Das Gutachterverfahren würde doppelt so viel kosten, wenn der Antragsaufwand (dem tatsächlichen Zeitaufwand entsprechend) korrekt honoriert und adäquat kalkuliert würde.*

Die derzeit völlig inadäquate Honorierung des Antragsaufwands kommt auch besonders darin zum Ausdruck, daß über 85 % der untersuchten Vertragspsychotherapeuten - in Übereinstimmung aller Therapiefachrichtungen - die Aussage als „unzutreffend“ ablehnen: "Die EBM-Bewertung für den Antragsbericht (1.400 Punkte) ist angemessen".

Da der zeitliche Aufwand zum Erstantrag nunmehr empirisch fundiert festgestellt ist: Erstantrag: 4-5 h, Fortführungsantrag: 2-3 h, kann auf dieser Grundlage jetzt auch die eigentlich angemessene EBM-Bewertung und entsprechend korrekte Kostenkalkulation erstellt werden.

Danach ist der Erstantrag, bei konservativer Annahme eines Punktwerts von 8 Pf., mit DM 500,- (6.250 Punkte) und der Fortführungsantrag mit DM 250,- (3.120 Pkte) zu honorieren und zu kalkulieren. Dazu kommen Verwaltungskosten und das Gutachterhonorar, so daß die korrekt kalkulierten Kosten des Gutachterverfahrens sich auf jährlich 50 Mio. DM belaufen.

- **Der Vergleich der Kosten für das PT-Gutachterverfahren mit denen für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung im somato-medizinischen Bereich zeigt eine krasse Unverhältnismäßigkeit.**

Die Durchführung des Gutachterverfahrens kostet derzeit mind. 24 Mio. DM, bei seriöser Kalkulation des Berichtsaufwands sogar 50 Mio. DM. Das sind nur die augenfälligen Mindestkosten. In Relation zu den jährlichen Psychotherapie-Gesamtausgaben (1996) von ca. 1 Mrd. DM bedeutet das, daß ca. 2,4 % (bzw. korrekt kalkuliert 5 %) Prüfkosten im PT-Bereich aufgewendet werden. Da dieser Prüfaufwand aber noch nicht einmal die PT-Gesamtbehandlungskosten „besichert“, sondern nur die gutachterpflichtige Langzeittherapie und diese nur ca. 50 % der Gesamtausgaben ausmacht, beträgt die Relation von Prüfkosten zu Behandlungskosten bei gutachterpflichtiger Psychotherapie letztendlich ca. 5 % (bzw. 10 %). Entsprechende Kosten für Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung im somatomedizinischen Bereich belaufen sich – nach dankenswert exakter Kostenaufstellung der KV Nordbaden – auf ca. 0,25 %.

Bei der Suche nach Gründen, warum im Leistungsbereich Psychotherapie 10 x (bzw. 20 x), nur auf den LZT-Bereich bezogen sogar 20 x (bzw. 40 x), höherer Prüfaufwand als in der Organmedizin betrieben wird, wurden keine schlüssigen Erklärungen entdeckt.

Weder ist angesichts von PT-Sitzungshöchstgrenzen und reiner Zeitgebundenheit der Leistungen eine ungezügelter Mengenausweitung zu befürchten („Psychotherapeuten sind Opfer, nicht Täter des sog. Hamsterradeffekts“), noch sind mehr Fehlbehandlungen oder mehr Abrechnungsmißbrauch als in der Somatomedizin zu erwarten.

Es kann daher nur vermutet werden, daß den Verantwortlichen der gemeinsamen Selbstverwaltung diese „entglittene“ Prüfkostenstruktur mittels Gutachterverfahren bisher nicht aufgefallen war.

Vielleicht wird auch übersehen, daß die ambulante Psychotherapie gerade einen Kostenanteil von ca. 0,5 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen und von nur ca. 3 % der ambulanten ärztlichen Versorgung ausmacht, so daß umso mehr die Frage bleibt, warum nun gerade in einem solch peripheren Kostenbereich ein derart ungleicher, ungerechtfertigter und unverhältnismäßiger Prüfaufwand stattfindet.

- **Der Berichtsaufwand ist in Relation zur jeweils beantragten Sitzungszahl unverhältnismäßig, im Bereich der kurzen Psychotherapieverfahren (VT, TP) sogar als absurd zu beurteilen.**

86 % der Verhaltenstherapeuten und damit signifikant mehr als alle anderen drei Therapierichtungen stimmen der Aussage zu, „*der Berichtsaufwand ist in Relation zur jeweils beantragten Sitzungszahl unverhältnismäßig groß*“.

Diese Beurteilung der Unverhältnismäßigkeit des Antragsaufwands ist spiegelbildlich auf die jeweiligen Budgets der einzelnen Bewilligungsetappen zurückzuführen. So kommen als nächste die „Tiefenpsychologen“ mit 77 %, die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit 66 % und schließlich die Psychoanalytiker mit 52 % zu einer mehrheitlichen Einschätzung des Berichtsaufwands als unverhältnismäßig in Relation zur beantragten Sitzungszahl.

Daß selbst Analytiker den Aufwand als unverhältnismäßig einschätzen, obwohl es bei ihnen um Etappen von 160 - 80 - 60 geht, macht deutlich, wie aufwendig, sowohl zeitlich quantitativ als auch fachlich qualitativ, der Antragsaufwand eingeschätzt wird und wie sehr dann gerade die Vertragspsychotherapeuten der kurzen Therapieverfahren mit ihrer typischen „Antragspermanenz“ belastet sind.

- **Die Kosten des Gutachterverfahrens für die kurzen Bewilligungsetappen bei VT und TP sind völlig entglitten und unverantwortlich**

Es wurde aufgezeigt, daß die Relation von Prüfkosten zu Behandlungskosten bei den einzelnen Bewilligungsetappen der kurzen Therapieverfahren (hier am Beispiel Verhaltenstherapie) irrationale Züge aufweist.

Hier zeigt sich, daß die derzeitige Relation von:

- 4,6 % Prüfkosten beim Erstantrag
- 13,8 % (!) Prüfkosten beim 1. FA
- 10,3 % (!) Prüfkosten beim 2. FA

völlig abwegig ist.

Würde der Antragsaufwand auch noch entsprechend seinem tatsächlichen Zeitaufwand korrekt kalkuliert, dann ergäben sich Relationen, die fern jeder Rationalität und Wirtschaftlichkeit sind: Erstantrag: 12,1 %; 1. Fortführungsantrag: 22,0 % (!) und 2. Fortführungsantrag: 16,4 %.

Der auch hier durchgeführte Vergleich des Prüfkostenaufwands durch Gutachterverfahren zu den WP+QS-Prüfkosten im organmedizinischen Bereich erbrachte die fast schon unglaublichen und absurden Relationen von einem 20- bis fast 90-fachen Prüfmehraufwand im VT-Bereich.

Ein solcher Kosten-„Kontrollverlust“ kann aus betriebswirtschaftlicher und sozialgesetzlich-sparungs verpflichtender Perspektive nur als völlig unverantwortbar beurteilt werden.

➤ ***Unerwünschte Folgeeffekte und Nebenwirkungen des Gutachterverfahrens stellen erhebliche "indirekte" Kosten dar***

Als unerwünschte Nebeneffekte haben sich herausgestellt, daß ca. ein Viertel der Vertragspsychotherapeuten eine Tendenz angibt, den Antragsaufwand durch Aufbrauchen der bewilligten Sitzungszahl zu *"amoritisieren"* und weiterhin, daß immerhin ca. ein Drittel der Aussage zustimmt, *schon Verletzungen des Datenschutzes* im Gutachterverfahren beobachtet zu haben.

Aufgrund permanenter Fälligkeit von neuen Erst- oder Fortsetzungsanträgen fertigen nur 15 % der Verhaltenstherapeuten die laufenden Anträge wie in den Psychotherapie-Vereinbarungen vorgesehen *"rechtzeitig genug"* zum Fälligkeitstermin.

Sie *unterbrechen* wegen dieser Antragsfälligkeit dann die laufenden Therapien signifikant häufiger als die anderen Therapierichtungen. Unterbrechen sie nicht, arbeiten sie also trotz eines nicht rechtzeitigen Antrages quasi auf eigenes Risiko weiter, ist es dadurch bei immerhin 55 % dieser Verhaltenstherapeuten zumindest manchmal zu *finanziellen Einbußen* (etwa bei Umzug des Patienten oder Therapieabbruch etc.) gekommen.

Schließlich wurde auch ein *Abschreckungseffekt* durch Gutachterverfahren und dessen Folge untersucht.

Die Frage, *"vermeiden Sie wegen des Antragsaufwands die Durchführung von Langzeittherapien"* wurde von 12 % mit *"häufig"* und von weiteren 40 % mit *"manchmal"* beantwortet.

Damit bringen mehr als die Hälfte der untersuchten Vertragspsychotherapeuten zum Ausdruck, daß sie zumindest manchmal die Durchführung einer notwendigen Sachleistung unterlassen und zwar nicht aus Indikationsgründen, sondern primär aus Gründen, die mit der Bürde des Antragsaufwands bei gutachterpflichtiger

Langzeittherapie zusammenhängen.

Dieses *Vorenthalten einer indizierten Langzeitbehandlung* kommt bei Tiefenpsychologen und Verhaltenstherapeuten signifikant häufiger vor als bei Psychoanalytikern. Dies ist erklärlich, denn die kurzen Therapieverfahren mit ihren häufigeren Neuaufnahmen von Patienten und damit verbundenen permanenten Antragsnotwendigkeiten für nur kleine Bewilligungshappen lassen den *"Abschreckungseffekt"* des aufwendigen Gutachterverfahrens viel stärker wirksam werden.

Es wurde ausgeführt, daß in derselben Zeit, in der ein Psychoanalytiker für einen neuen Fall einen Erstantrag erstellt (160 Sitzungen), ein Verhaltenstherapeut insgesamt sechs Erst- und Fortführungsanträge für zwei Fälle zu erstellen hat. Diese Unverhältnismäßigkeit in bezug auf den ungleichen Antrags-Arbeitsaufwand findet als negativer Nebeneffekt seine Entsprechung in einer erheblich höheren LZT-Vermeiderquote.

➤ ***Das Gutachterverfahren verursacht anhaltende Unzufriedenheit bei den Vertragspsychotherapeuten***

Die Untersuchung hat gezeigt, daß das Gutachterverfahren von den Vertragspsychotherapeuten aller Fachrichtungen in der überwiegenden Mehrzahl kritisch und negativ bewertet wird. Die simple Aussage, *"mit dem Gutachterverfahren in seiner jetzigen Form bin ich zufrieden"*, wird von nur 12 % als zutreffend bejaht, aber von 76 % als *"nicht zutreffend"* abgelehnt.

Extrem „unzufrieden“ sind die Verhaltenstherapeuten mit 88 % ablehnenden Beurteilungen, womit sie sich noch einmal signifikant von den anderen Therapiefachrichtungen unterscheiden: PA (65 %), aKJP (67 %) und TP (75 %). Das Abfassen von Antragsberichten ist für die Mehrzahl der untersuchten Vertragspsychotherapeuten besonders zeitaufwendig, aber ohne Sinn und praktische Relevanz, dem sie sich nur gezwungenermaßen unterziehen.

Auch diese anhaltende Unzufriedenheit der Vertragspsychotherapeuten, die sich bereits in den verschiedenen Diskussionen zum Gutachterverfahren abzeichnete und durch diese Untersuchung jetzt empirisch belegt ist, deutet noch einmal auf den Mangel an Verhältnismäßigkeit hin.

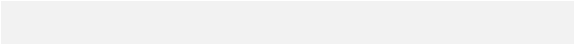
Die Vertragspsychotherapeuten mit einem obligaten Antragsverfahren zu überziehen, das sich weder als zweckmäßig noch als verhältnismäßig legitimieren läßt und zudem den erheblichen zeitlichen und anstrengenden Aufwand noch nicht einmal adäquat honoriert, trägt obrigkeitsstaatliche Züge.

Wenn hier schon nicht die Kassenvertreter allein aus fragwürdiger Mittelverwendung der Solidargemeinschaft Einsicht zeigen, so darf man sich diese doch zumindest von den Organen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in ihrer auch Fürsorge- und nicht ausschließlichen Aufsichtsfunktion erwarten.

Es ist hier daran zu erinnern, daß sich der Gesetzgeber (trotz Stimmen für ein „Sektionsmodell“) für das „Integrationsmodell“ entschieden hat – auch aufgrund entsprechender Voten Kassenärztlicher (Bundes-)Vereinigung(-en). Mit dieser gesetzgeberischen Weichenstellung sind zugelassene und in das Arztregister eingetragene Psychologen „ordentliche Mitglieder“ der KVen, was nicht nur zu Pflichten (etwa zum prozentualen Abzug von vierteljährlichen Verwaltungskosten), sondern auch zu Rechten führt.

Aus dieser Sicht ist zu fragen, ob es sich mit der Aufgabe der KVen hinsichtlich der Wahrnehmung der Rechte ihrer Mitglieder vereinbaren läßt, wenn ein kassenseitig eingerichtetes Prüfverfahren derart starken Widerspruch, Unzufriedenheit und Inakzeptanz des größten Teils ihrer „ordentlichen“ psychotherapeutischen Mitglieder, insbesondere der (psychologischen) Verhaltenstherapeuten verursacht?

Und wird hier, bei derartigem Zweifel an der Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit eines sehr aufwendigen, dazu noch die Praxis obligat verpflichtenden, die Berufsfreiheit einschränkenden Verfahrens, insbesondere auch wegen der diesbezüglichen Duldung und Mitwirkung von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht die Aufsichtspflicht der obersten Landesbehörden berührt?



15 SCHLUßFOLGERUNGEN UND ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE

Nach der vorliegenden Datenlage ist das Gutachterverfahren als Instrument zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht geeignet.

Gegenteilige Behauptungen gründen sich nicht auf objektiven Daten und Untersuchungsergebnissen, sondern auf subjektiven Erhaltungsinteressen, indem sie auf einem Niveau von Mutmaßungen und Ansichten dem Gutachterverfahren gewünschte Zwecke quasi zuschreiben bzw. unterstellen.

Es darf darauf aufmerksam gemacht werden: Die Teilnahme am Gutachterverfahren ist nicht freiwillig, sondern eine Zwangsmaßnahme, der sich sowohl die beantragenden Patienten als auch die „berichtenden“ Psychotherapeuten zu unterstellen haben.

Ein Prüfverfahren, das so massiv in Rechte der Patienten (Leistungsanspruch) und der Psychotherapeuten (Berufsfreiheit) eingreift, bedarf einer adäquaten Legitimation und einer gesicherten Rechtfertigungsgrundlage.

Die vorliegende repräsentative empirische Untersuchung hat die Legitimation des Gutachterverfahrens nicht nur nicht begründen können, sondern im Gegenteil diesbezügliche Zweifel erhärtet.

Nach alledem wäre das Gutachterverfahren eine unzweckmäßige und unverhältnismäßige Verausgabung öffentlicher Mittel der Solidargemeinschaft, dessen Zwangscharakter mit erheblichen negativen Folgen nicht zu legitimieren ist.

Sollte das Gutachterverfahren abgeschafft werden?

Die Bejahung der Forderung, das Gutachterverfahren abzuschaffen, drängt sich angesichts seiner Ungewissenheit und Unverhältnismäßigkeit geradezu auf.

Das Gutachterverfahren ist aber nicht wirklos. Die Daten belegen eindeutig, daß das Gutachterverfahren eine enorme Leistung, starke zeitliche Belastung und erhebliche konzentrierte Anstrengung („Qual“) für die Vertragspsychotherapeuten bedeutet. Die Mehrheit der „Tiefenpsychologen“ und Verhaltenstherapeuten gibt an, zumindest manchmal die Durchführung von Langzeittherapie gerade wegen des Antragsaufwands zu vermeiden.

Wenn das Gutachterverfahren auch viele zentrale Wirkungen, die ihm zugeschrieben werden, nicht hat, einen Sekundäreffekt scheint es zu haben: einen „Abschreckungseffekt“.

Die Frage ist, ob dieser Sekundäreffekt „Abschreckung“ bei all seinen aufgezeigten „Nebenwirkungen“ ausreicht, den erheblichen Aufwand dieses Prüfverfahrens zu rechtfertigen.

Mengenbegrenzung durch "Abschreckungseffekt" des Gutachterverfahrens

Ein nochmaliger Blick auf Tabelle 6 (siehe oben Seite 22) macht deutlich:

➔ Der überwiegende Anteil an Psychotherapie (EBM G IV.- Leistungen) wurde bisher als gutachterfreie Kurzzeittherapie durchgeführt.

Insbesondere auch Arztgruppen, die "nicht überwiegend" Psychotherapie durchführen und eventuell auch solche, die "nur nominell über eine psychotherapeutische Schulung verfügen" (Enke, 1998, S. 487), hatten in den bisher fast hürdenlosen KZT-Leistungsziffern (EBM-Nr. 871, 881) eine schnelle, unbürokratische Abrechnungsmöglichkeit.

Wenn schon bei der hier befragten Stichprobe „hauptberuflicher“ Psychotherapeuten mit langjähriger Psychotherapie-Kassenzulassung und erheblicher Antragserfahrung mehr als die Hälfte angibt, zeitweilig die Durchführung von Langzeittherapien nicht aus indikativen Gründen, sondern „wegen des Antragsaufwands“ zu vermeiden (siehe Seite 144), dann ist dies erst recht bei solchen Arztgruppen anzunehmen, die ihr Haupteinkommen als Organmediziner erzielen und Psychotherapie nur „nebenberuflich“ durchführen. Sie werden kaum bereit und eventuell auch nicht in der Lage sein, sich diesem zeitlichen und qualitativen Aufwand des Berichtsverfahrens zu unterziehen.

Die hiermit verbundene Möglichkeit massiver Mengenausweitung belastete das knappe Psychotherapiebudget ganz erheblich. Insbesondere die hauptberuflichen Psychotherapeuten, die ausschließlich mit Psychotherapie ihr Einkommen bestreiten und wegen der Zeitgebundenheit ihrer Leistungen zumeist keine sonstigen "kompensatorischen" Abrechnungsziffern umsetzen, waren/sind mit einem Punktwert konfrontiert, der das Psychotherapiehonorar ins Absurde fallen ließ/läßt.

Zeigte sich also in der Vergangenheit, daß ein ganz erheblicher Anteil des Psychotherapieumsatzes über gutachterfreie Kurzzeittherapien angefordert wird, dann ist zu vermuten, daß eine ungefilterte Zugänglichkeit bei Abschaffung des Gutachterverfahrens zu einer Mengenausweitung führt.

Insofern ist die ab 01.01.2000 eingeführte neue Gutachterpflichtigkeit von Kurzzeittherapie konsequent.

Es ist zu erwarten, daß die neue KZT-Antragsbürde für viele der bis dahin ausschließlich KZT-Durchführenden als zu hoch beurteilt wird und damit das PT-Leistungsvolumen „abgeschottet“ wird.

Ob dies allerdings aus Versorgungsperspektive tatsächlich wünschenswert ist, sei hier dahingestellt.

Auch aus weiteren Gründen, auch rechtlichen, erscheint es äußerst zweifelhaft, einen Filter in Form des Gutachterverfahrens zu installieren, damit in Rechtspositionen von Patienten und Psychotherapeuten einzugreifen und dies nicht aus primär inhaltlichen Gründen, sondern wegen eines abschreckenden Begleiteffektes.

Dies ist noch einmal besonders hervorzuheben:

Legitimation des Gutachterverfahrens wegen seines „Abschreckungseffektes“ ?

Der mit dem Gutachterverfahren verbundene erhebliche Aufwand hat für viele Leistungserbringer einen hemmenden, abschreckenden Effekt. Läßt sich damit das Gutachterverfahren rechtfertigen?

Wenn eine solche Sekundärwirkung „Abschreckungseffekt“ das Gutachterverfahren im Psychotherapiebereich legitimieren soll, dann stellt sich doch die Frage:

Warum wird nicht ein „Gesuch“ mit schriftlicher Begründung auch vor allen anderen größeren medizinischen Leistungen eingeführt?

Wenn vor eigentlicher Leistungserbringung zunächst ein aufwendiger, unterbezahlter, obligater Bericht einzureichen und zu prüfen wäre, dann ist damit ein gewünschter Leistungs-Abschreckungseffekt gesichert, so daß dieser Sekundäreffekt als wirksamer Mengenbegrenzung-Filter je nach Wunsch quasi überall eingesetzt werden könnte.

Bei näherer Auseinandersetzung mit dem anscheinend einzig verbleibenden wirksamen Effekt des Gutachterverfahrens, dem Abschreckungseffekt, zeigt sich, daß dessen Beliebigkeit, Willkür und Manipulierbarkeit keinesfalls rechtsstaatlichen Anforderungen an ein Zwangs-Prüfverfahren genügen kann. So fällt auch diese Sekundär-Legitimation aus.

Die Fortführung des bestehenden Gutachterverfahrens läßt sich aus der Überschau der verschiedensten hier untersuchten möglichen Rechtfertigungsgründe rational nicht legitimieren.

Aber was heißt das schon?

Im Gutachterverfahren bündeln sich verschiedene Interessen: Interessen der Krankenkassen an Mengengrenzung. Egal wie? Interessen der Kassenärztlichen Vereinigungen an einer vermeintlichen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, deren Kosten hier primär von den Krankenkassen getragen werden. Interessen der Psychoanalytiker aus Befürchtungen alternativer „externer“ Qualitätskontrollen (vgl. Köhlke, 1999c). Interessen der Gutachter an dem Fortbestehen ihrer Nebeneinkünfte, die im Durchschnitt höher sind als das PT-Haupteinkommen der Psychotherapeuten.

In einer solchen interessegeleiteten Situation Änderungen aus „rationaler Einsicht“ zu erwarten, erscheint berufspolitisch naiv.

Der Verfasser gibt sich hier keinen optimistischen Trugschlüssen hin, sondern (ver-)zweifelt, wie wenig, wie langsam und ob überhaupt Änderungen in bürokratischen Systemen möglich sind.¹

Von daher sind nachfolgende Änderungsvorschläge nur als Mindestforderung und „Übergangslösung“ zu verstehen.

Also, wenn schon die einzig echte Wirkung des Gutachterverfahrens in seiner Sekundärwirkung als "Abschreckungseffekt" liegt und dieser erhalten bleiben soll, dann sollten sich alle Änderungsüberlegungen auch auf diesen einzig verbleibenden Sinn und Zweck des Gutachterverfahrens konzentrieren.

Aus dieser konzentrierten Perspektive sind die nachfolgenden Änderungsvorschläge entwickelt worden.

¹ Nur ganz nebenbei soll hier wieder auf die absurden, zur Kenntnis gebrachten und dennoch nicht veränderten Rahmenbedingungen von „*Gruppenpsychotherapie als Kasernenleistung*“ aufmerksam gemacht werden (vgl. Köhlke, 1992b und fast zehn Jahre später: Köhlke, 2000b).

Änderungsvorschläge

Aus den Schlußfolgerungen dieser Untersuchung sind nachfolgende Änderungsvorschläge abgeleitet worden, die zunächst in Tabelle 97 vorgestellt werden.

Tabelle 97: Änderungsvorschläge zum Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie

1.	Änderung des EBM-Berichtshonorars Erstantrag: 6.250 Punkte (4-5 h) Fortführungsantrag: 3.120 Punkte (2-3 h)
2.	Reduzierung auf zwei Bewilligungsetappen bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie Eingangsstufe: TP: 1-50 VT: 1-50 Verlängerungsstufe: TP: 50-100 VT: 50-80 ¹
3.	Antrags-Vereinfachung für „Erfahrene“ für „erfahrene“ Vertragspsychotherapeuten (Dispens) mit 35 erfolgreichen Langzeittherapie-Erstanträgen 1. Erstantrag in Kurzform (Dispens) - Einsatz spezifischer „Rationalisierungsformulare“ ² . - Entsprechend abgestufte EBM-Bewertung 2. Vereinfachung des Fortführungsantrags - Einsatz spezifischer „Rationalisierungsformulare“ - Entsprechend abgestufte EBM-Bewertung

Erläuterungen zu den Änderungsvorschlägen

Adäquates EBM-Berichtshonorar

Mit dieser Untersuchung liegen jetzt erstmalig konkrete Daten über den mittleren Zeitaufwand vor:

- Erstanträge (4-5 h)
- Fortführungsanträge (2-3 h).

Die empirischen Untersuchungsergebnisse belegen, daß der seit nunmehr fast 10 Jahren öffentlich von Praktikerseite beklagte Aufwand an Zeit und Anstrengung nicht übertrieben war und schon seit langem von dem EBM-Bewertungsausschuß zu korrigieren gewesen wäre.

¹ Auf die durchaus begründete Überlegung, den Höchstumfang für Verhaltenstherapie quasi in einem Zug auch auf 100 Sitzungen zu erweitern, soll hier nicht weiter eingegangen werden.

² Köhlke, H.- U (2000a). Psychotherapie-Gutachterverfahren: Formulare zur Rationalisierung des Berichtsaufwands. Materialie Nr. 42. Tübingen: DGVT-Verlag (Bezugsadresse siehe Fußnote auf folgender Seite)

Das SGB V schreibt eine Verpflichtung zur „angemessenen Vergütung“ vor. Es sei auch hier noch einmal daran erinnert, daß Vertragspsychotherapeuten wegen ihrer fast ausschließlich zeitgebundenen Leistungen keine Möglichkeit offensteht, eine derart inadäquate Honrierung mit anderen Leistungsziffern zu kompensieren.

Selbstverständlich sind die vorgeschlagenen Vereinfachungen für „Erfahrene“ auch nur entsprechend abgestuft zu honorieren.

Reduzierung auf zwei Bewilligungsetappen für Verhaltenstherapie und „Tiefenpsychologie“

Die Untersuchung hat aufgezeigt, daß den kurzen Bewilligungsschritten bei Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie ein völlig unverhältnismäßiger Antragsaufwand sowohl auf der Kostenseite als auch in bezug auf den Arbeitsaufwand gegenübersteht.

Ein Vergleich mit der Psychoanalyse macht deutlich, daß im Verhaltenstherapiebereich ein bis zu sechsmal höherer Berichtsaufwand gegeben ist. Vor allem aber hat eine dezidierte Analyse der Verhältnismäßigkeit aufgezeigt, daß hier eine absurde Relation der gutachterlichen Prüfkosten zu den eigentlichen Therapiekosten (vgl. Tabelle 69, oben Seite 122) vorliegt.

Die drei Bewilligungsschritte, die aufgrund der großen Sitzungsumfänge der Psychoanalyse ihre Berechtigung hatten, sind für die kürzeren Therapieverfahren (TP, VT) aus Kosten- und Arbeitsgründen auf zwei Schritte zu reduzieren

Kurzform beim ersten Antragsschritt (Dispens)

Es wurde aufgezeigt, daß der erhebliche, sich immer wiederholende, gleichbleibende, gerade nicht routinierbare Antragsaufwand auch auf diejenigen Psychotherapeuten „abschreckend“ wirkt, die eigentlich seriös, zuverlässig und (antrags-)erfahren sind. So werden qualifizierte Psychotherapeuten in die Kurzzeitalternative gedrängt und damit gerade deren wertvolle Kompetenz den schwierigeren Langzeitfällen entzogen. Dieser ungünstige Effekt wird auch durch die Gutachterpflichtigkeit von Kurzzeittherapie (ab 1.1.2000) nicht entfallen, denn diese (antrags-)erfahrenen Psychotherapeuten könnten die Befreiungsmöglichkeit (nach 35 nachgewiesenen Langzeitanträgen) nutzen und dann nach wie vor ein für sie gutachterfreies Kurzzeittherapieverfahren als attraktive Alternative zum LZT-Antragsaufwand haben.

Diese negativen Nebenwirkungen sollte eine zukünftige Lösung vermeiden.

Als Lösung wird für die kürzeren Therapieverfahren (Tiefenpsychologie u. Verhaltenstherapie) eine starke Vereinfachung (Kurzform) des ersten gutachterlichen Antragsschritt vorgeschlagen, wenn eine bestimmte Anzahl befürworteter Langzeitanträge nachgewiesen ist. (Um hier den Verwaltungsaufwand der KVen gering zu halten, könnte an den derzeitigen Nachweis zur Befreiung von der KZT-Gutachterpflichtigkeit angeknüpft werden und das Schwellenkriterium von 35 gutachterlich geprüften Anträgen übernommen werden.)

Es sei daran erinnert: Das Gutachterverfahren hat keine objektive Legitimation, stiftet eine Menge Arbeit und Ärger und läßt die Praxis Ausweichtatbestände entwickeln, die auch die Krankenkassen nicht gutheißen können, wenn sie es mit der „qualitativ hochwertigen“ Versorgung ernst meinen. Diesen Mängeln hilft dieser Vorschlag wenigstens zum Teil ab. Ein solcher Vereinfachungsschritt bei nachgewiesener Qualifikation scheint auch unter Kostenspargesichtspunkten adäquat.

Im Bereich der Psychoanalyse erscheint ein solcher Erlaß wegen des großen ersten Bewilligungsschrittes von 160 Sitzungen aus Gründen der Verhältnismäßigkeit nicht angebracht.

Psychotherapeuten, die eine große Zahl genehmigter Langzeitanträge erreicht haben, haben damit nachgewiesen, daß sie es sich „nicht leicht machen“, sondern den erheblichen Berichtsaufwand leisten können und wollen. Mit dieser Leistungsbereitschaft kommt eine gewisse intrinsische Berufsmotivation zum Ausdruck, die ein Ausnutzen der nach außen wenig transparenten „Therapiefreiheit“ und mißbräuchliche Ausdehnung von Leistungsmengen nicht erwarten läßt. Diesen ohnehin motivierten Personenkreis immer wieder mit dem unbestreitbaren „Abschreckungseffekt“ des Gutachterverfahrens zu konfrontieren, ist gerade wegen der aufgezeigten Nebenwirkungen eher kontraproduktiv.

Rationalisierungsformulare

Aufgrund des beschriebenen, einer psychotherapeutischen Routinepraxis nicht zumutbaren Antragsaufwands, sind Lösungen zu suchen, die einerseits dem Rationalisierungswunsch der Praxis, andererseits dem Informationsbedarf der Gutachter Rechnung tragen.

Der vom Verfasser bereits seit 1995 praktizierte Vorschlag sieht eine stärkere Einbindung der Patienten in dieses Antragsprocedere vor, soweit dies im Einzelfall keine intellektuelle Überforderung darstellt. Die Patienten erhalten dabei - spezifisch für das gutachterliche Antragswesen vom Verfasser

ausgearbeitete - Formulare¹ (Köhlke, 2000a), die eine starke Verdichtung von Informationen und einen schnellen unmittelbaren Überblick sowohl für den Therapeuten, gegebenenfalls Konsiliararzt und den Gutachter gewährleisten. Die Patienten bearbeiten diese Formulare als Hausaufgabe in einer - zumeist maschinenschriftlichen, zumindest druckschriftlichen - Form, die sich zur direkten Weitergabe an den Gutachter eignet. Ein Einverständnis der Patienten mit der anonymisierten Weitergabe ist gewährleistet. Diese „unmittelbare Berührung“ mit dem Patienten soll dem Gutachter in einer sehr komprimierten Form eine prägnante „In-vivo-Perspektive“ ermöglichen und entsprechend den Antragsaufwand für den Therapeuten reduzieren.

Für den *Erstantrag* werden folgende vom Patienten bearbeitete Formulare beigefügt:

- a) „*Statuserhebung zum Therapiebeginn*“ beinhaltet eine Selbstauskunft des Patienten zu: Krankheitssymptomatik, Medikamenteneinnahme, Verhaltensproblematik (-defizite), kritischer Lebenssituation, aktuellen Stressoren sowie seine Krankheits-Kausalvermutungen.
- b) „*Selbstexploration*“ im Sinne eines Schnellüberblicks zu den wichtigsten lebens- und krankheitsgeschichtlichen Eckdaten: Therapieanlaß, Ätiologie, Erstausslösung, Sozialisation, Schule/Beruf, evtl. Krankheiten, Partnerbeziehung, Freizeit, soz. „Netzwerk“ und Therapieerwartungen.

Für den *Fortführungsantrag* werden folgende vom Patienten bearbeitete Formulare beigefügt:

- a) „*Statuserhebung zum Therapie-Fortführungsantrag*“ umfaßt eine Selbstauskunft des Patienten zu Veränderungen: Symptomatik, Medikamenteneinnahme, Verhaltensproblematik (-defizite), Lebenssituation, "Stressoren" bzw. Entlastungen, Krankheits-Kausalattribution.
- b) „*Schriftliche Reflexion des Patienten zum bisherigen Therapieprozeß*“ im Sinne einer Darstellung und Einschätzung der therapeutischen Arbeit und des bisherigen Veränderungsprozesses, konkrete Veränderungen hinsichtlich Symptomauftreten, Verhaltensmuster und Denkstile (Einstellungen), Veränderung von Selbstbewußtsein und "self efficacy" sowie eine Auseinandersetzung

¹ Köhlke, H.- U (2000a). Psychotherapie-Gutachterverfahren: Formulare zur Rationalisierung des Berichtsaufwands. Materialie Nr. 42. Tübingen: DGVT-Verlag

Zu beziehen beim: DGVT-Verlag, Hechinger Str. 203, 72072 Tübingen, Tel.: 07071 – 792850, Fax: 07071 – 792851, e-mail: dgvt-verlag@dgvt.de

zung, weshalb eine weitere Verlängerung nötig ist.

Diese Aufgaben veranlassen genau zu der Selbstreflexion, die das Gutachterverfahren als Sekundäreffekt erreichen soll, nur mit dem Unterschied, daß hier quasi auch der Patient mitdenkt.

Da der o.g. Statusbogen zum Fortführungsantrag auf einen Vergleich zum Status bei Therapiebeginn konstruiert ist, erlaubt er sowohl dem Therapeuten, ggf. Konsiliararzt als auch dem Gutachter eine „Zwischenbilanz“ zum bisherigen Therapieverlauf und -erfolg aus Patientenperspektive.

Diese Formulare sind äußerst platzökonomisch entworfen und gestatten tatsächlich einen gutachterlichen Schnellüberblick, so daß der bisherige Einsatz dieser bearbeiteten jeweils zweiseitigen Formblätter ganz überwiegend zu positiven Reaktionen geführt hat¹.

Um einen Eindruck zu vermitteln, werden im Anhang zu jeder Kategorie ein „echtes Fallbeispiel“ zu den jeweiligen Fragebogenformulare beigelegt (siehe Anhang).

Zusammenfassung der Änderungsvorschläge

Die Untersuchung hat ergeben, daß das Gutachterverfahren weder einer Zweckmäßigkeit- noch Verhältnismäßigkeitsüberprüfung standhält und daß sein Zweck sich nur auf eine Sekundärwirkung beschränkt: "Abschreckungseffekt" vor ungezügelter Mengenausweitung. Auf diesen einzig verbleibenden Sinn des Gutachterverfahrens sollten die unbedingt notwendigen Änderungen konzentriert werden. Um die negativen Auswirkungen des „Abschreckungseffekts“ des Antragsaufwands im Gutachterverfahren zu reduzieren, sind für die tiefenpsychologisch fundierte Therapie und Verhaltenstherapie folgende Änderungen notwendig: Reduzierung von bisher drei auf zwei Bewilligungsetappen und starke Vereinfachung des Erstantrags (Dispens) für Vertragspsychotherapeuten mit 70 nachgewiesenen Langzeit-Erstanträgen.

Von einer solchen Änderung darf erwartet werden, daß überzogener Aufwand und unverhältnismäßige, nicht legitimierbare Kosten für das Gutachterverfahren eingespart werden sowie die Abwanderung erfahrener und engagierter Therapeuten in die gutachtenfreie Kurzzeitalternative beendet und damit deren wichtige Therapiekompetenz für die Behandlung der schwierigen Langzeitfälle zurückgewonnen wird. Diese Korrekturvorschläge sind sowohl aus qualitativer als auch wirtschaftlicher Perspektive notwendig und sinnvoll.

Zur Verringerung des Antragsaufwands der Therapeuten und zur Herstellung eines gewissen gutachterlichen „Patientenkontakts“ wird die Einbindung hoch verdichteter, vom Patienten zu bearbeitender Explorations- und Evaluationsformulare vorgeschlagen.

Weniger als Korrektur, sondern eher als Selbstverständlichkeit ist zu realisieren, daß der tatsächliche Berichtsaufwand der Therapeuten im EBM auch angemessen bewertet und honoriert wird.

¹ Siehe vorhergehende Fußnote.

16 KURZZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUßWORT

Die vorliegende Untersuchung, die im empirischen Teil auf einer repräsentativen Befragung hauptberuflicher Vertragspsychotherapeuten (N = 640) beruht, hat ergeben, daß Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens in der Vertragspsychotherapie nicht gewährleistet sind.

Die überwiegende Mehrheit der untersuchten Vertragspsychotherapeuten gibt an, daß die von ihnen erstellten, zu begutachtenden Berichte keine Beurteilung der Therapiequalität, sondern primär nur des Formulierungsgeschicks zulassen. Auch weicht der tatsächliche Therapieverlauf nach Angaben vieler Vertragspsychotherapeuten häufig und erheblich von dem vorgelegten schriftlichen Therapieplan ab, so daß der Gutachter etwas auf Zweckmäßigkeit hin prüft, was später gar nicht umgesetzt wird und das nicht prüfen kann, was in der konkreten Therapie tatsächlich geschieht.

Die Gutachter können den Auftrag nicht erfüllen, eine Prognose über den Behandlungserfolg abzugeben. Gerade die Therapie-Wirkvariablen, die für therapeutische Effektivität und Effizienz als am wichtigsten eingeschätzt werden: Beziehungsdynamik, -kompetenz, Sensitivität, Empathie sind nach Einschätzung der Praktiker am wenigsten über einen Antragsbericht prüfbar.

Das Gutachterverfahren erfüllt noch nicht einmal den ihm häufig zugeschriebenen "pädagogischen Effekt". Die Gutachterkommentare werden ganz überwiegend als nicht hilfreich beurteilt. Auch werden die speziellen Begründungen in Ablehnungsfällen ganz überwiegend als "nicht berechtigt" eingeschätzt, so daß das Gutachterverfahren nicht - wie von einigen Gutachtern beansprucht - als "interkollegiale Kommunikation" und schon gar nicht als eine "Art Supervision" verstanden werden kann. Allenfalls wird der mit dem Bericht verbundene Zwang zur Selbstkontrolle und differenzierten Fall- und Therapier reflexion als positive Begleiterscheinung gesehen, dies aber auch nur von den analytisch und tiefenpsychologisch orientierten Fachgruppen.

Eine Überprüfung der Verhältnismäßigkeit führte zu dem Ergebnis, daß insbesondere in den kürzeren Psychotherapieverfahren (VT, TP) der Berichtsaufwand in Relation zur beantragten Sitzungszahl unverhältnismäßig hoch ist. Auch besteht hier ein „absurdes“ Verhältnis zwischen Kostenaufwand des Gutachterverfahrens und den eigentlichen Therapiekosten.

Als indirekte Kosten müssen auch festgestellte "Nebenwirkungen" des Gutachterverfahrens in Ansatz gebracht werden. So wurde in einem nicht unerheblichen Maße angegeben, den Antragsaufwand durch Aufbrauchen der bewilligten Sitzungszahl zu "amortisieren" oder durch Ausweichen auf Kurzzeittherapie zu vermeiden.

Als einziger Zweck des Gutachterverfahrens verbleibt nur ein "Abschreckungseffekt", der vor einer Mengenausweitung schützen kann, aber bei näherer Prüfung auch fragwürdig erscheint.

Aus den Ergebnissen und Schlußfolgerungen dieser Untersuchung wurden notwendige Änderungsmaßnahmen des Gutachterverfahrens entwickelt.

Schlußwort

Bei allem notwendigen und verständlichen Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung an einer Optimierung der eingesetzten Mittel sollte die „Kirche im Dorf gelassen“ werden.

„Qualitätssicherung“ ist zu einem Modewort geworden (Kordy, 1992), hinter dessen pathetischem Anspruch sich teilweise erhebliche Interessen verbergen. Ob für den Praktiker und dessen Patienten am Ende tatsächlich eine Qualitätsverbesserung herauskommt, bleibt abzuwarten.

Angesichts seiner Erfahrungen gerade mit dem sog. qualitätssichernden Gutachterverfahren muß er befürchten, daß von den neuen Qualitätspostulaten auf ihn nur immer mehr Aufwand zukommt, der seine eigentliche Arbeit beeinträchtigt und eher anderen als ihm und den Patienten nutzt.

Wenn gerade im Psychotherapiebereich ein aufwendiges Prüfverfahren für notwendig erachtet wird, dessen kosten- und arbeitsintensiver Aufwand weit entfernt ist von jeglicher Qualitätskontrolle anderer Arztgruppen, dann muß man sich fragen, ob hier nicht mit Kanonen auf Spatzen geschossen wird.

Es sei deshalb zum Abschluß daran erinnert, daß dieses besonders aufwendige Gutachterverfahren für Psychotherapie und dessen Legitimation mit Kosten- und Qualitätskontrolle ausgerechnet in einem Sekundärbereich der Medizin statuiert ist, der mit seinem 0,5 % Anteil an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens pro Jahr nach Huber (zitiert bei Vogel, 1993) gerade soviel ausmacht, „wie für Ginkgo-Baum-Extrakte“ aufgewendet wird (a.a.O. S. 95).

Und passend dazu kann der Psychotherapie-Praktiker die Forderung, daß Qualitätssicherung in der Medizin möglichst einfach und wenig aufwendig sein soll („Keep it simple“), aus seiner konkreten Alltagsperspektive nur als Hohn empfinden.

17 ANHANG

A. Untersuchungsmaterialien

1. Befragungs-Anschreiben
2. Fragebogen

B. Formular-Beispiele zur Rationalisierung des Berichtsaufwands

1. Formular-Beispiele zum Erstantrag
 - a) Stuserhebung zum Therapiebeginn
 - b) Selbst-Exploration
2. Formular-Beispiele zum Fortführungsantrag
 - a) Stuserhebung zur Therapiefortführung
 - b) Selbst-Reflexion zum Therapieprozeß

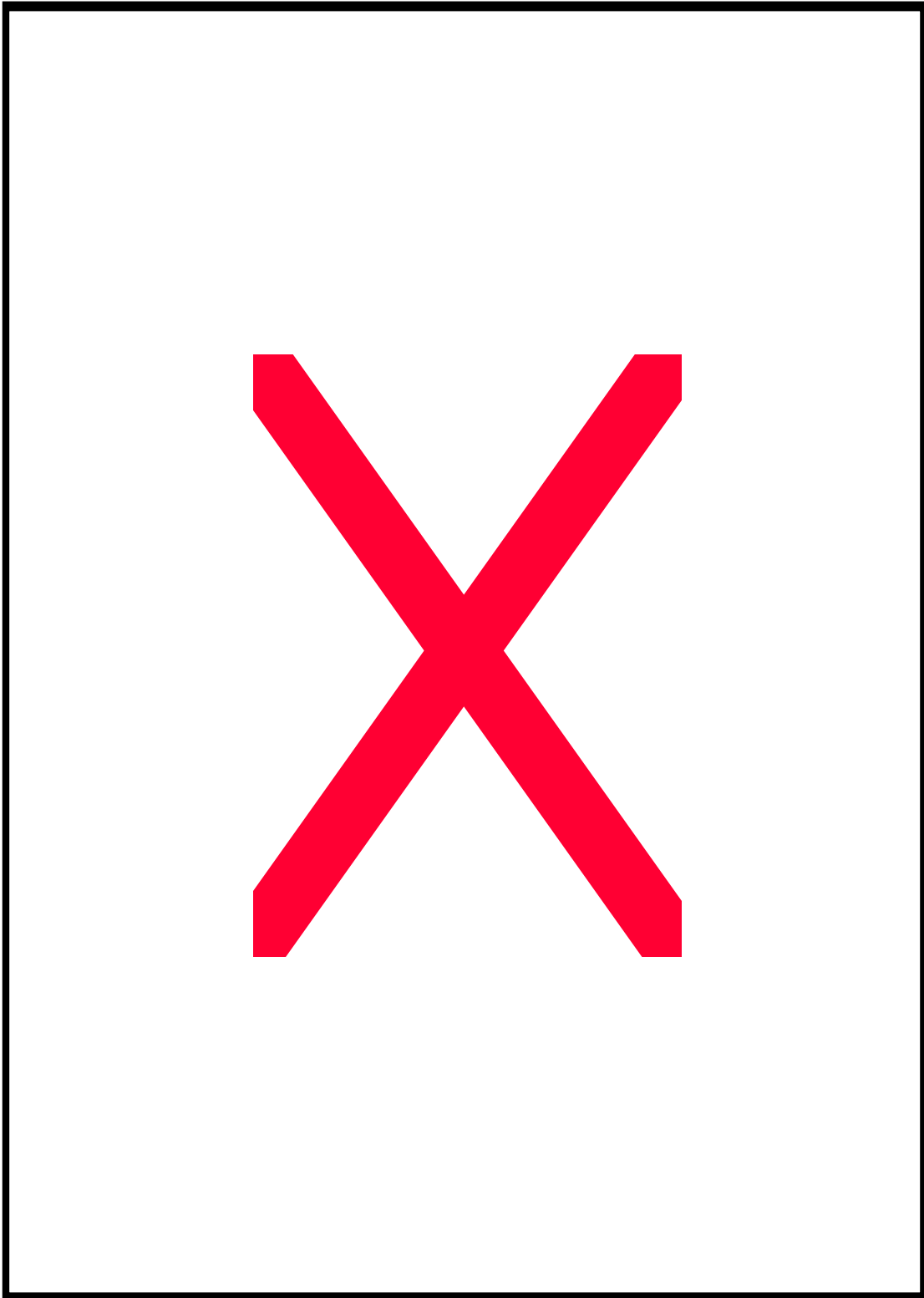
Anhang

A. 1. Untersuchungsmaterialien: Befragungs-Anschreiben

UNIVERSITÄT HAMBURG	PSYCHOLOGISCHES INSTITUT III
	Von-Melle-Park 5 20146 Hamburg
	Fernsprecher (040) 4123 - 5360 Telefax (040) 4123 - 6170
Universität Hamburg, Psychologisches Institut III <u>Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg</u> An	
Vertragspsychotherapeuten des KV-Bereichs Bayern	
	Datum: siehe Poststempel
Untersuchung zum „Gutachterverfahren“ in der Vertrags-Psychotherapie	
Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,	
das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie soll dazu dienen, einen ausreichend hohen Standard der psychotherapeutischen Versorgung zu gewährleisten. Ob es diese Aufgabe einer „Qualitätssicherung“ im Psychotherapiebereich wirklich leistet, überhaupt leisten kann oder in anderer Weise leisten sollte, diese Frage führt immer wieder zu Erörterungen grundsätzlicher Art. Derartige inhaltliche Auseinandersetzungen erscheinen auch sinnvoll, denn mit der Durchführung des Gutachterverfahrens ist ein ganz erheblicher Arbeits- und Kostenaufwand für alle Beteiligten verbunden, und dieser Aufwand, auch öffentlicher Mittel, muß selbstverständlich als „notwendig und effektiv“ begründet sein.	
Empirische Daten, die das Gutachterverfahren als „zweckmäßige“ Maßnahme legitimieren, fehlen. Eine systematische Befragung etwa der Richtlinien-Psychotherapeuten ist bisher nicht durchgeführt worden. Dabei weisen gerade sie eine besondere Sachnähe zum Gutachterverfahren auf, indem sie mit dessen theoretischem Anspruch und konkreter Wirksamkeit direkt konfrontiert sind. Um die „Ergebnisqualität“ des Gutachterverfahrens selbst zu erfassen, sehen wir in der vorliegenden Befragung der Vertragspsychotherapeuten eine längst fällige Untersuchungsmaßnahme.	
Wir benötigen daher Ihre Mithilfe und bitten Sie, sich an dieser Praktiker-Befragung zu beteiligen. Die Beantwortung des anliegenden Fragebogens basiert auf einfachem Ankreuzverfahren, erfordert keinen größeren Aufwand und geht relativ rasch vonstatten. Die Durchführung und Auswertung sind vollkommen anonym! Wir verweisen auf diese selbstverständliche Tatsache, weil wir auf Ihre Offenheit und Ehrlichkeit hoffen. Angaben, die ein Praktiker kaum in der Öffentlichkeit zu äußern vermag, zum Beispiel zu seinem „wahren“ Antrags-Zeitbedarf, seiner eigenen Erfahrung und Bewertung des Gutachterverfahrens oder zum etwaigen Ausweichen auf Kurzzeittherapie, können in dieser Befragung einen persönlich geschützten Ausdruck finden. Wir bitten auch diejenigen sich zu beteiligen, die ausschließlich Kurzzeittherapien (gutachterfrei) durchführen. (In diesem Fall ist nur die erste Seite des Fragebogens auszufüllen!)	
Da das Gutachterverfahren zur Zeit wieder einmal grundsätzlich diskutiert wird, bitten wir Sie, diesen Fragebogen sobald wie möglich mit beiliegendem Freiumschlag ohne Absenderangabe zurückzusenden. Wir versichern, daß die Ergebnisse unserer Untersuchung an die Adresse der für das Gutachterverfahren verantwortlichen Stellen gelangen, so daß Ihre Mitarbeit eine praktische Relevanz haben soll.	
Mit herzlichem Dank für Ihre Mitarbeit	
Prof. Dr. B. Dahme	H.- U. Köhlke, Dipl.- Psych. u. Jurist

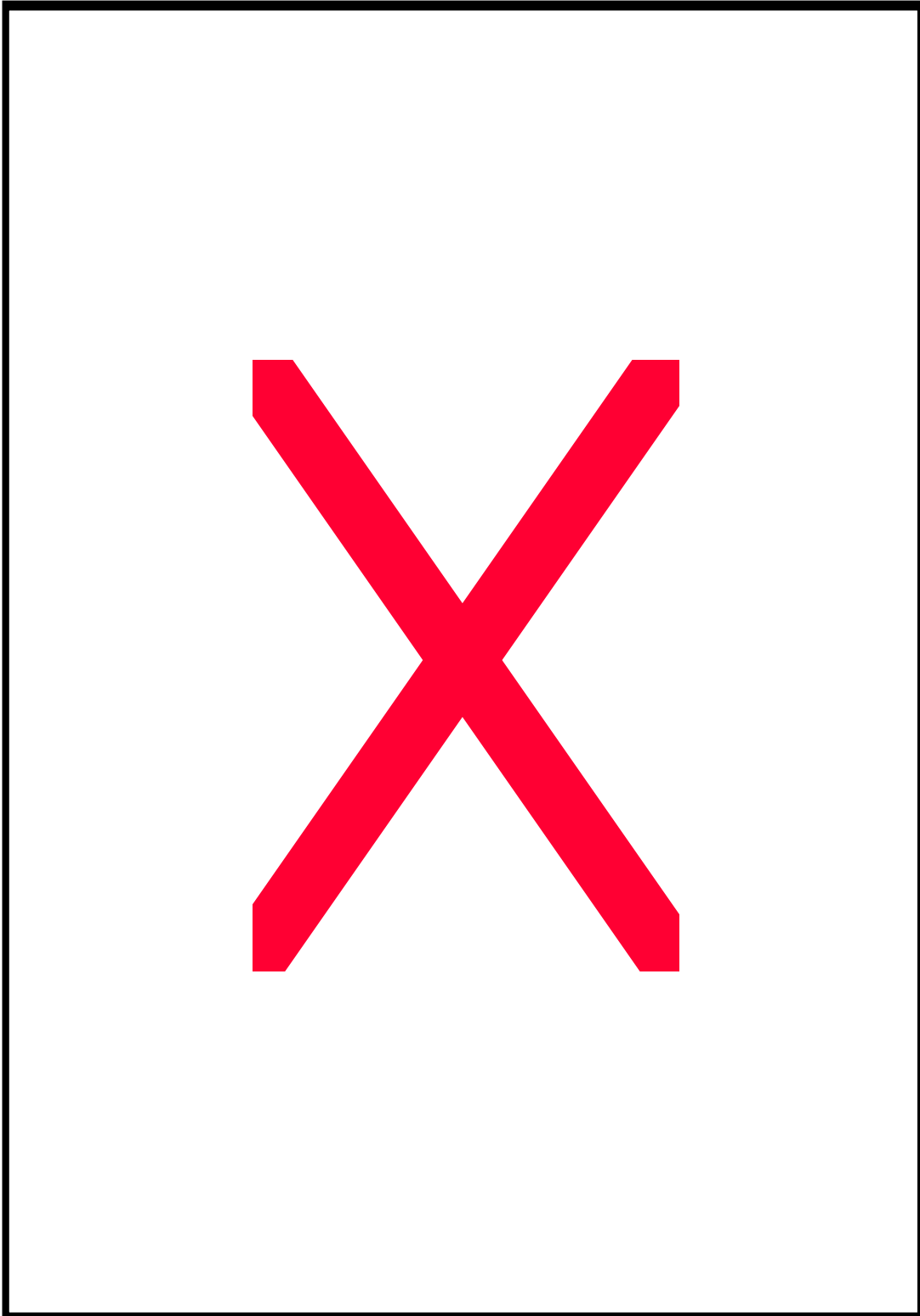
Anhang

A. 2. Untersuchungsmaterialien: Fragebogen - Vorderseite



Anhang

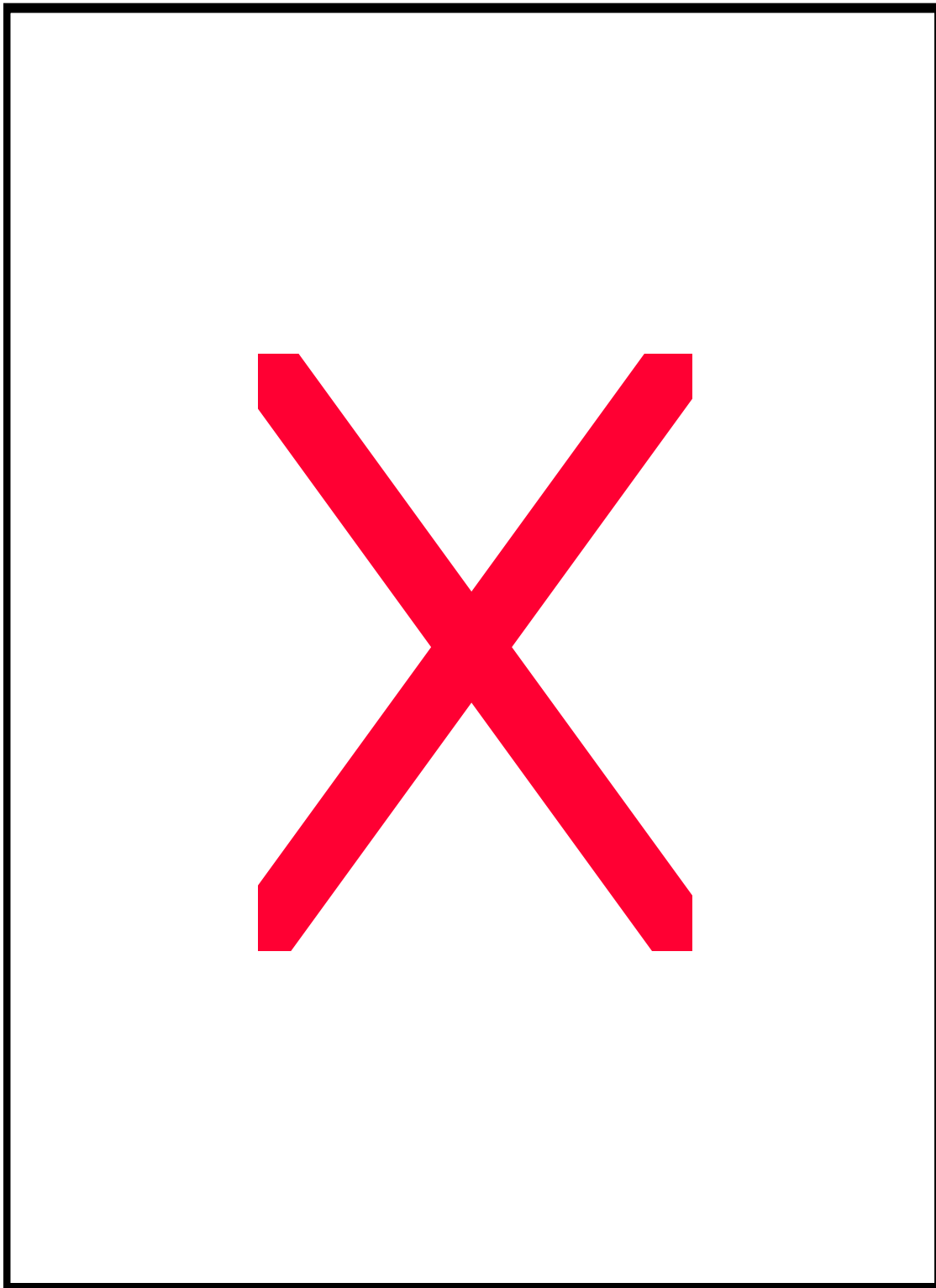
A. 2. Untersuchungsmaterialien: Fragebogen - Rückseite



Anhang

B. Formular-Beispiele zur Rationalisierung des Berichtsaufwands

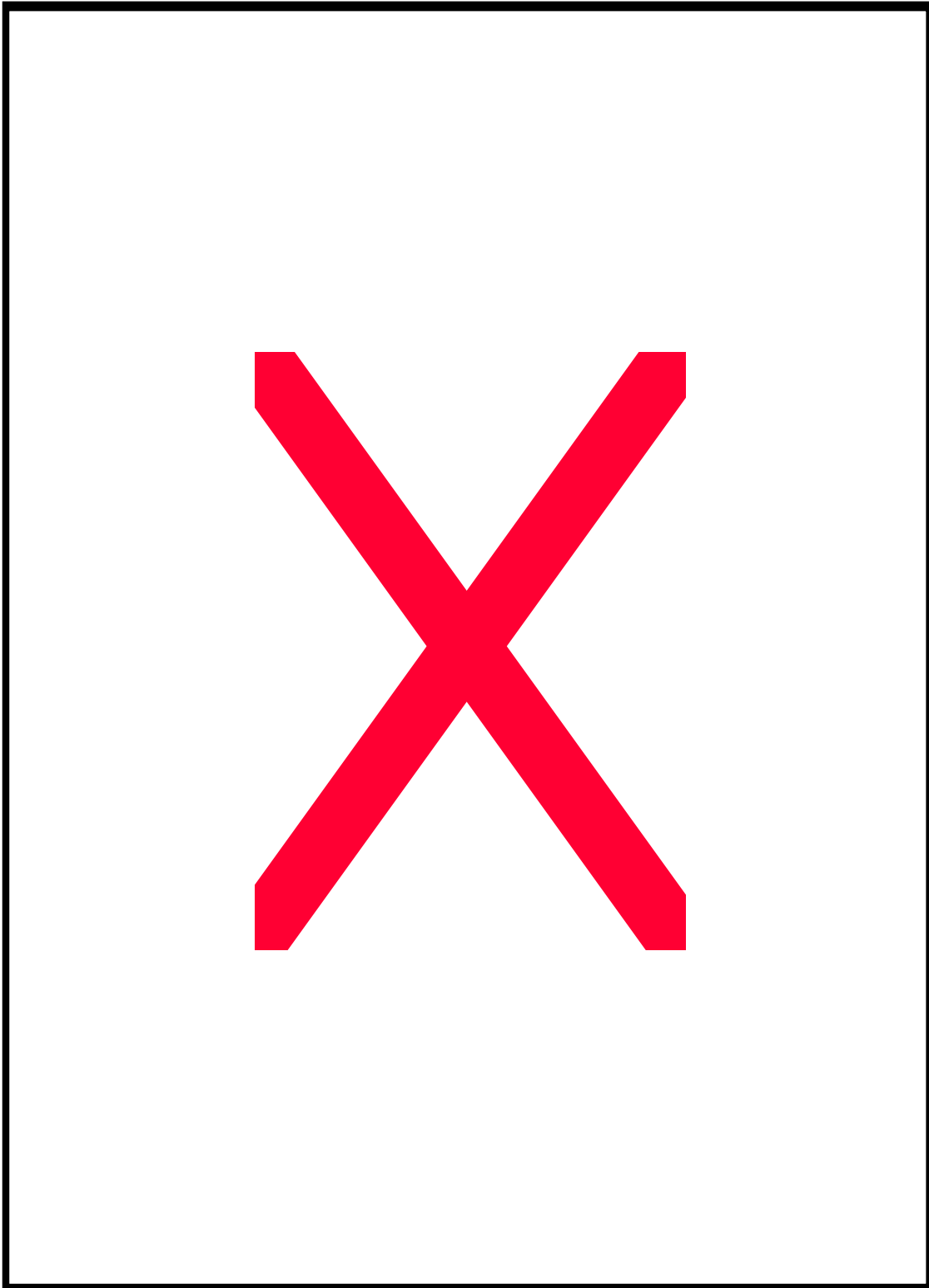
1.a) Stuserhebung zum Erstantrag -Vorderseite



Anhang

B. Formular-Beispiele zur Rationalisierung des Berichtsaufwands

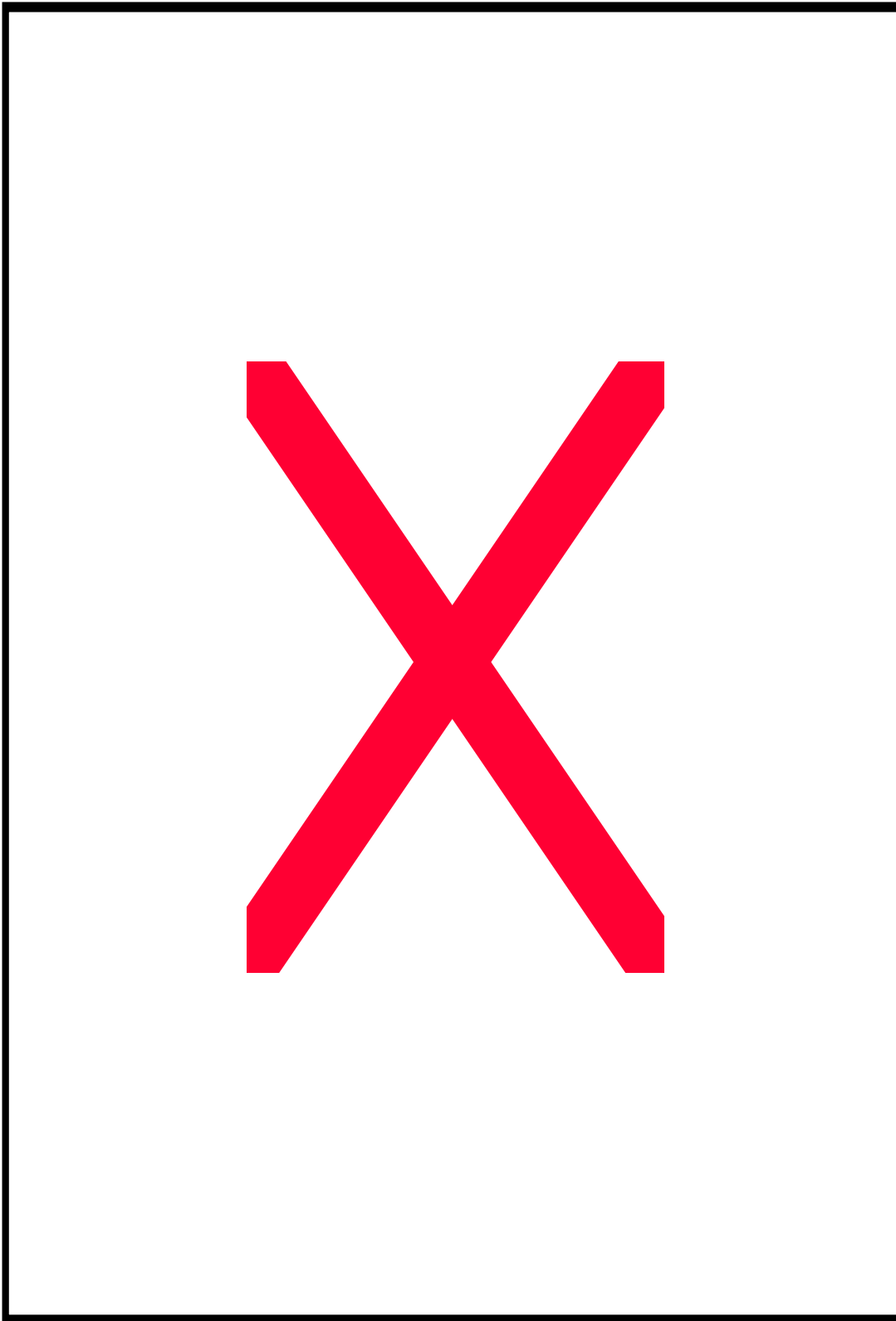
1.a) Stuserhebung zum Erstantrag - Rückseite



Anhang

B. Formular-Beispiele zur Rationalisierung des Berichtsaufwands

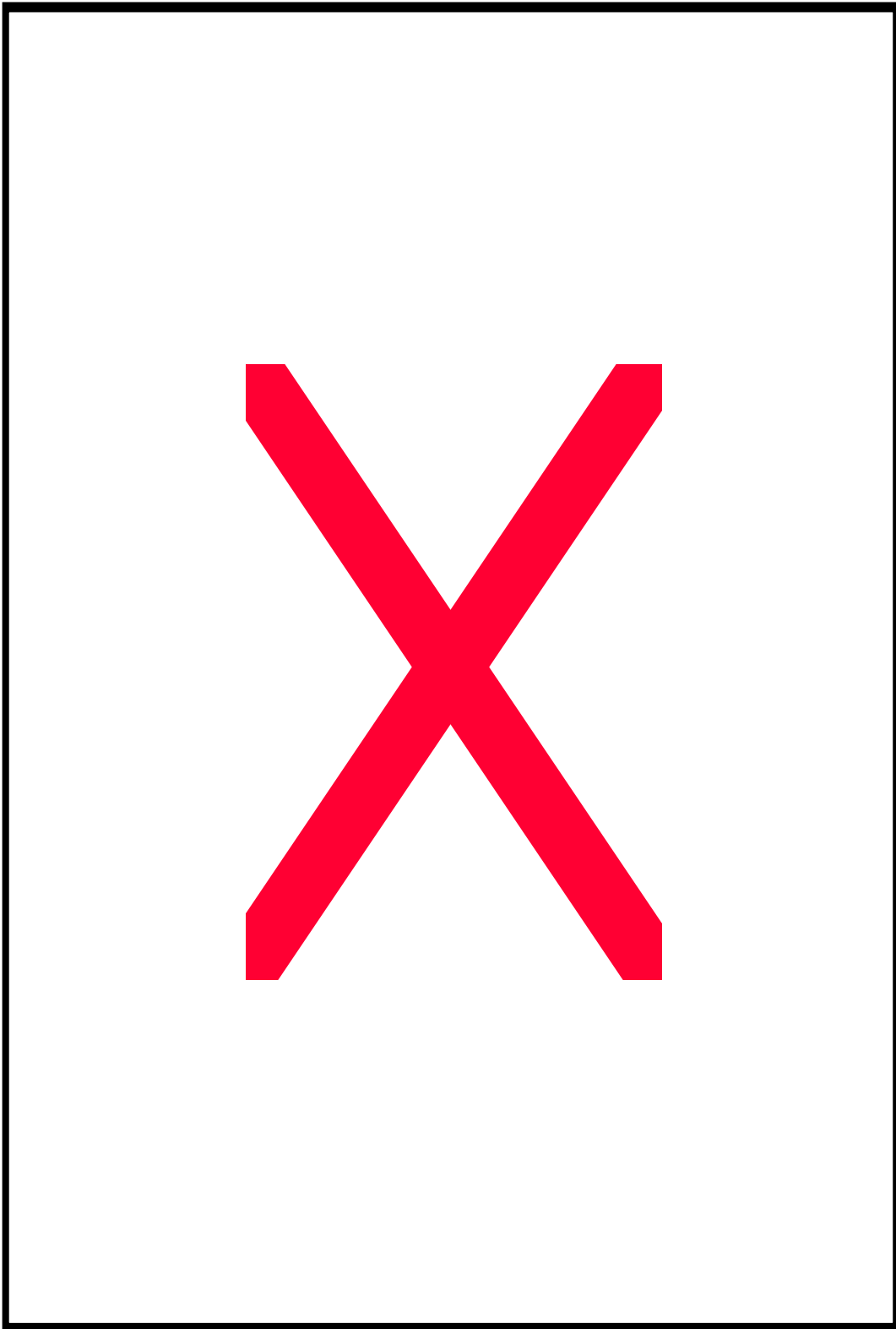
1. b) Selbst-Exploration - Vorderseite



Anhang

B. Formular-Beispiele zur Rationalisierung des Berichtsaufwands

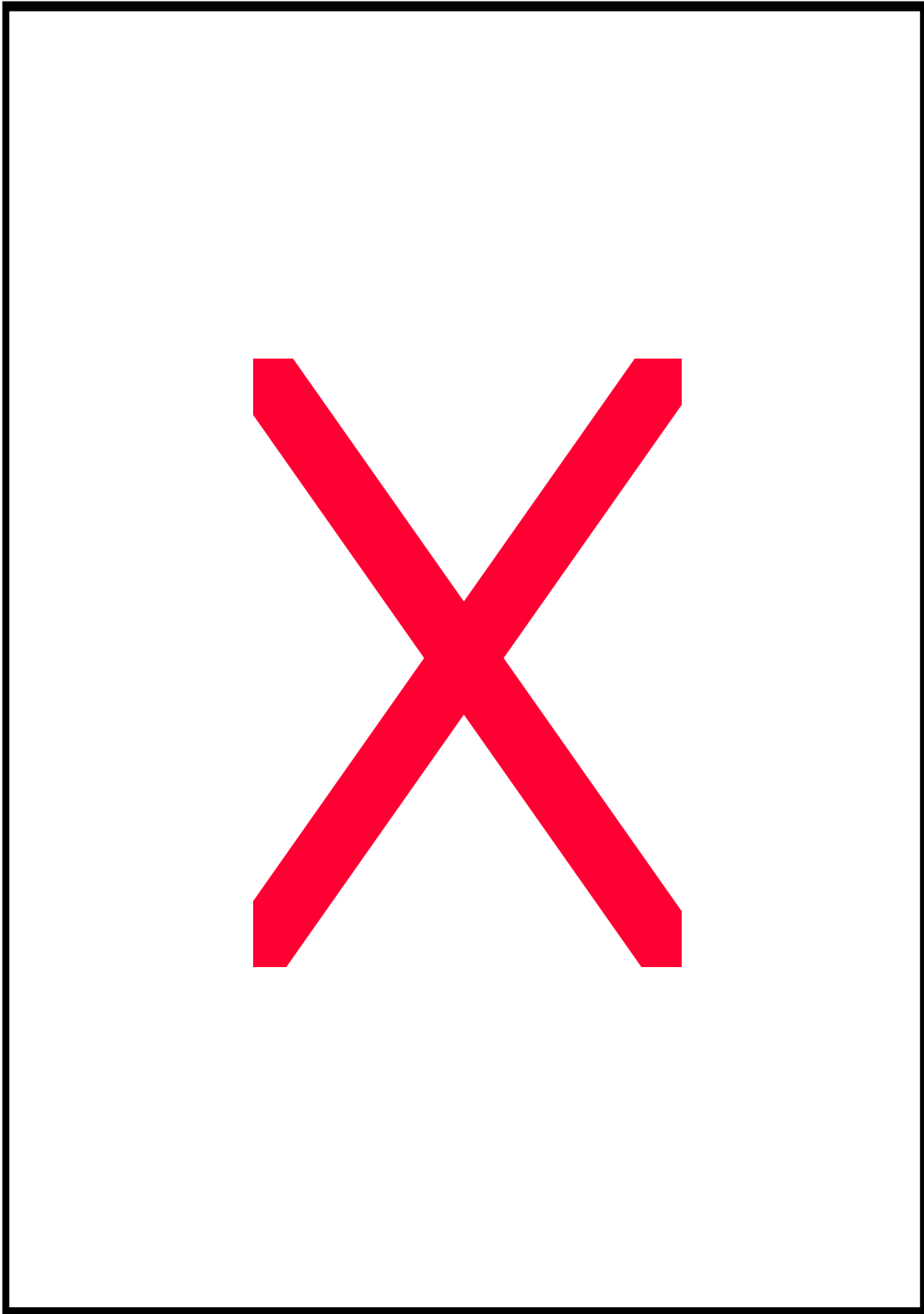
1. b) Selbst-Exploration - Rückseite



Anhang

B. Formular-Beispiele zur Rationalisierung des Berichtsaufwands

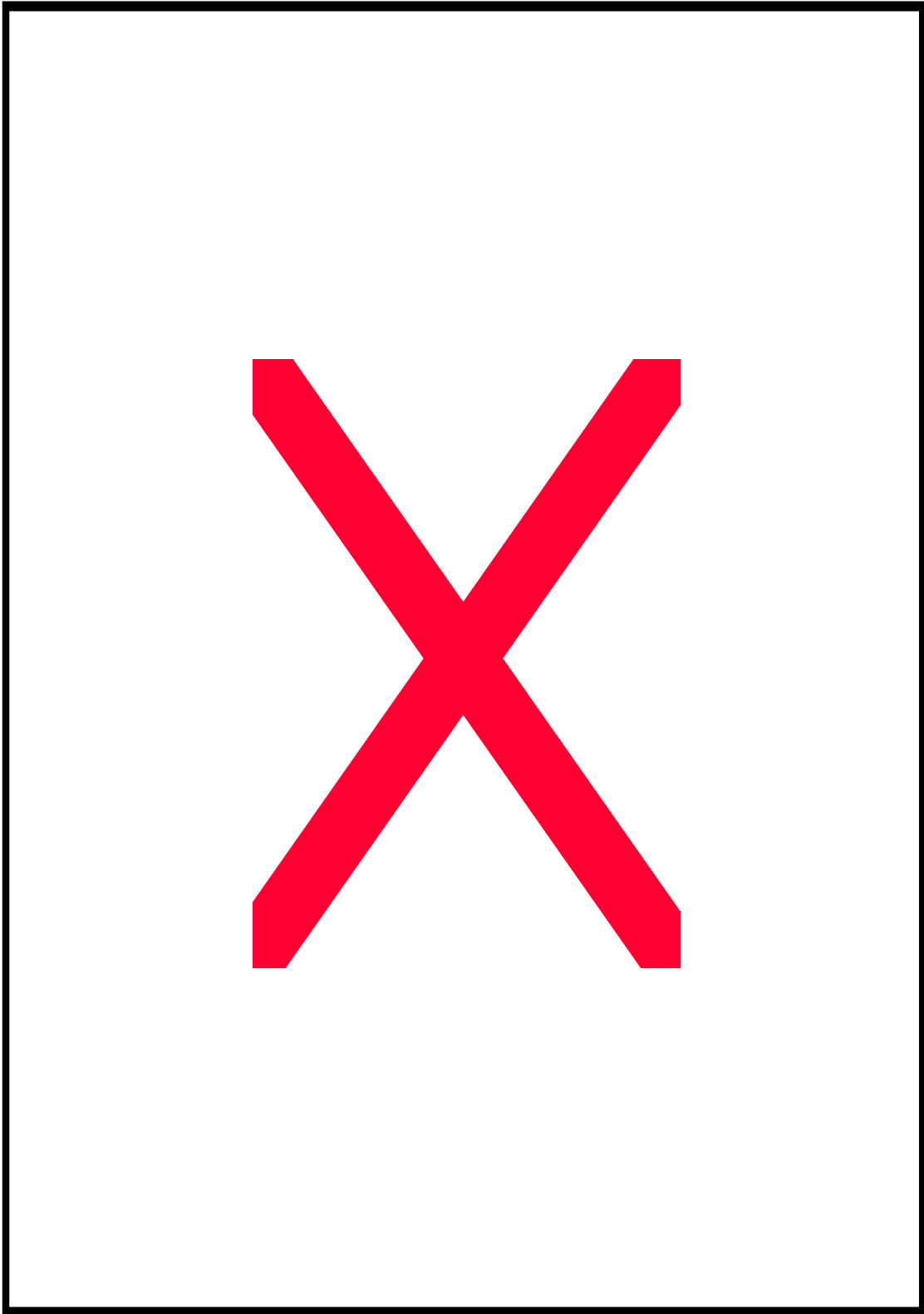
2.a) Stuserhebung zum Fortführungsantrag - Vorderseite



Anhang

B. Formular-Beispiele zur Rationalisierung des Berichtsaufwands

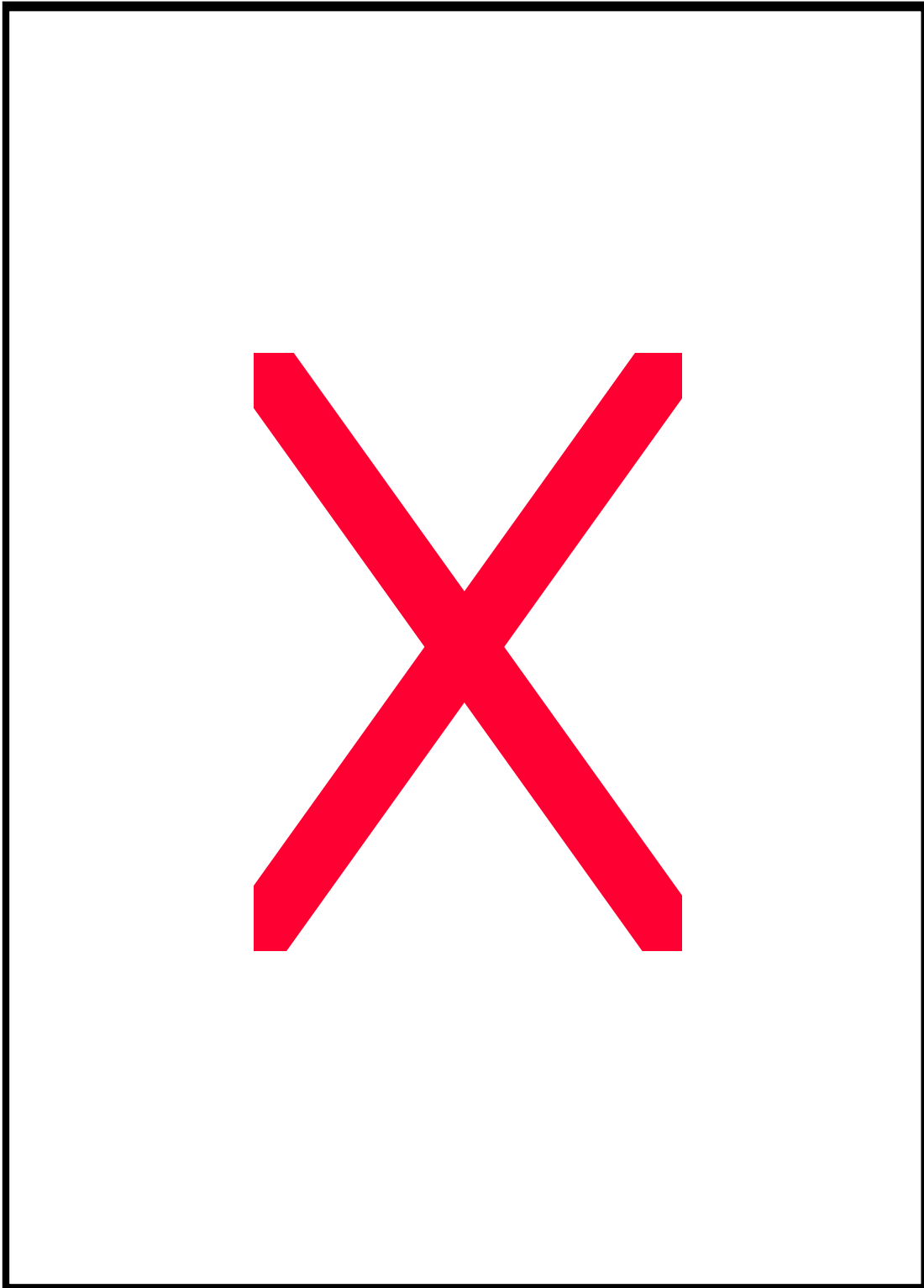
2.a) Stuserhebung zum Fortführungsantrag - Rückseite



Anhang

B. Formular-Beispiele zur Rationalisierung des Berichtsaufwands

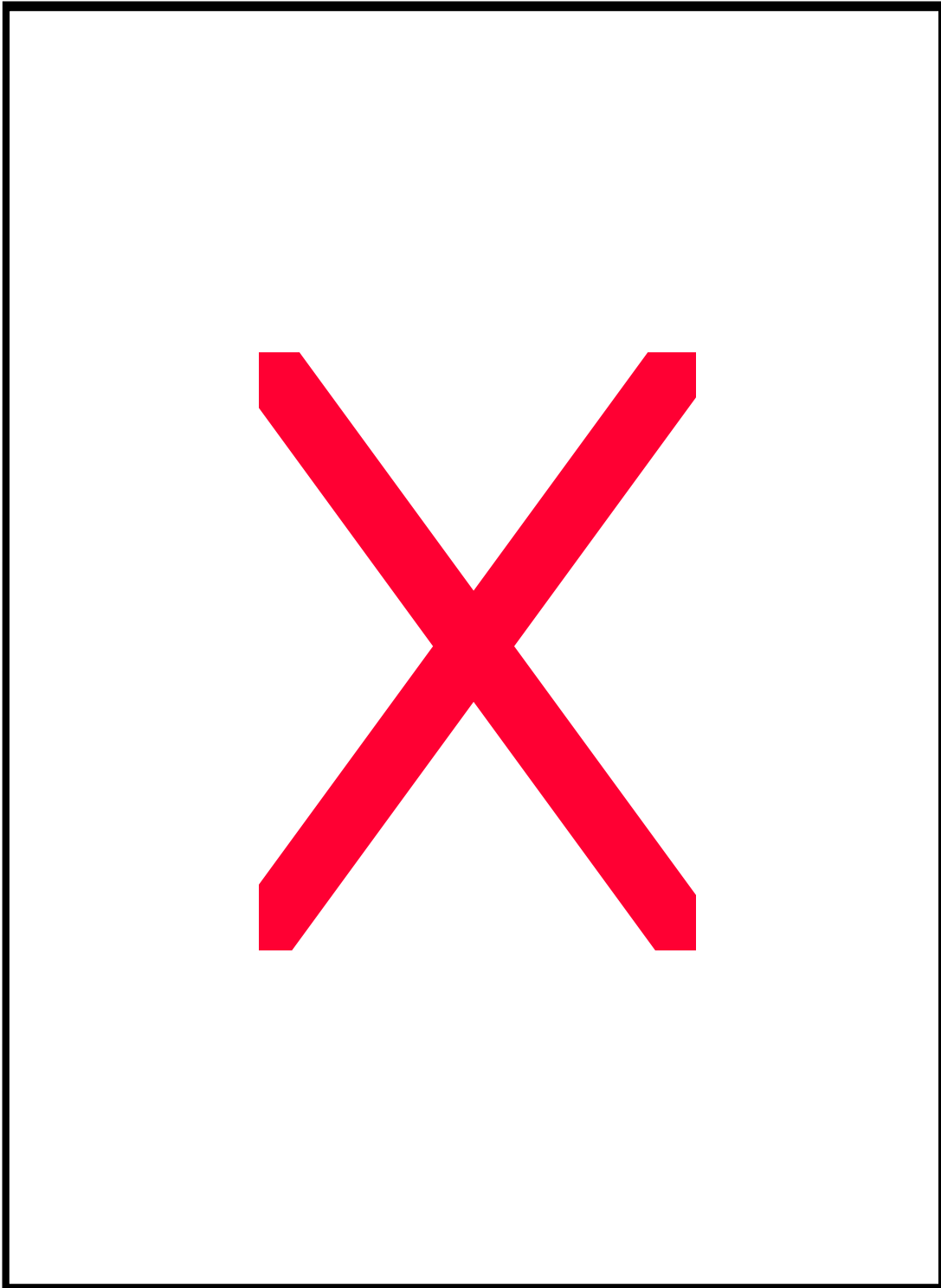
2.b) Selbstreflexion zum Therapieprozeß für den Fortführungsantrag - Vorderseite



Anhang

B. Formular-Beispiele zur Rationalisierung des Berichtsaufwands

2.b) Selbstreflexion zum Therapieprozeß für den Fortführungsantrag - Rückseite



18 LITERATUR

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. und Weiber, R. (1996). *Multivariate Analysemethoden*. Heidelberg: Springer).
- Baumann, U. (1996). Wissenschaftliche Psychotherapie auf der Basis der wissenschaftlichen Psychologie. *Psychologie Report*, 21, 686-699.
- Bell, K. (1998). Thema: Umfrage zum Gutachterverfahren der Universität Hamburg. *Rundschreiben der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) v. 21. Juli 1998*, Hamburg: DGPT.
- Bell, K., Janssen, P.L., Meermann, R., Senf, W. & Wirsching, M. (1996). Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Medizin. *Psychotherapeut*, 41, 250-253.
- Bender, C. (1998). Thesen und Diskussionsbeiträge. In H. Vogel. & R. Merod, Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie. Bericht über eine Podiumsdiskussion beim DGVT-Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin am 19.2.1998, moderiert und zusammengestellt von Heiner Vogel und Rudi Merod. ? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*,30, 481-508.
- Caspar, F. (1996). Die Anwendung standardisierter Methoden und das individuelle Neukonstruieren therapeutischen Handelns. In H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement* (S. 23-47). Göttingen: Hogrefe.
- Caspar, F. (1997). Ist die "alte" Problemanalyse wirklich so hinterwäldlersich? In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 51-59). Lengerich: Pabst.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1996). Was spricht für, was gegen individuelle Fallkonzeptionen? Überlegungen zu einem alten Problem aus einer neuen Perspektive. In F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (S. 65-86). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Comer, R.J. (1996). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Wissenschaft.
- Cullmann, H. (1998). Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Kritische Bemerkung zur Einschränkung von Verfassungsrechten. *Integrative Therapie*, 23, 524-534.
- Dahm, A. (1996). Gesundheitspolitische Grundlagen der ambulanten Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie* (S. 495-498). Stuttgart: Thieme.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quart*, 44, 166-203.
- Effer, E. (1995). Rahmen und Regeln für Psychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung. In P. Buchheim, M. Cierpka & Th. Seifert (Hrsg.), *Spielregeln in der Psychotherapie* (S. 233-243). Berlin Heidelberg: Springer.
- Effer, E. (1997). Berufspolitik - Die Kassenärztliche Bundesvereinigung. ? In P.L. Janssen, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf*. (S. 147-154). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Enke, H. (1998). Thesen und Diskussionsbeiträge. In H. Vogel. & R. Merod, Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie. Bericht über eine Podiumsdiskussion beim DGVT-Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin am 19.2.1998, moderiert und zusammengestellt von Heiner Vogel und Rudi Merod. ? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*,30, 481-508.
- Faber, F.R. & Haarstrick, R. (1996). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien 4.Aufl.* Neckarsulm: Jungjohann.
- Fiedler, P. (1996). Psychotherapie. In W. Bungart, G.E. Dlugosch, P. Fiedler, D. Frey, R.S. Jäger u.a. (Autoren), *Perspektiven der Psychologie. Eine Standortbestimmung* (S. 169-201). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (1997a). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Von der allgemeinen zur phänomen- und störungsspezifischen Behandlung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 7-39.
- Fiedler, P. (1997b). Die Zukunft der Verhaltenstherapie lag schon immer so ziemlich genau in der Mitte . zwischen Phänomen- und Störungsorientierung. Ein zusammenfassender Kommentar. In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 51-59). Lengerich: Pabst.

- Fiedler, P. (1998). Mythen, Gegenwart und die Zukunft psychologischer Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 19, 39-57.
- Fiegenbaum, W., Freitag, M. & Frank, B. (1992). Konfrontative Behandlung: Erfolg ohne Akzeptanz in der Praxis. *Verhaltenstherapie*, 2, 339 - 340.
- Fischer, N. (1995). Qualitätsorientierte Anforderungen. Integration der psychotherapeutischen Versorgung. *Gesellschaftspolitische Kommentare*, (3), 100-101.
- Flöttmann, H.-B. (1991). Wider das Gutachterverfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien. *Neuro date aktuell*, 21-22.
- Frey (1992). Wortbeiträge zur Plenardiskussion „Auf dem Prüfstand: Das Delegations- und Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie“. In H. Lieb & R. Lutz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Ihre Entwicklung - ihr Menschenbild*. (S. 73-78). Stuttgart: Hogrefe
- Fydrich, T, Laireiter, A.R., Saile, H. & Engberding, M. (1996). Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 161-168.
- Grawe, K. (1988). Der Weg entsteht beim Gehen: Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 20, 39-49.
- Grawe, K. (1997). "Moderne" Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie? . In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 28-50). Lengerich: Pabst.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 338-361.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. & Ehlers, A. (Hrsg.). *Psychische Störungen und ihre Behandlungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hand, I. (1992). Wortbeiträge zur Plenardiskussion „Auf dem Prüfstand: Das Delegations- und Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie“. In H. Lieb & R. Lutz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Ihre Entwicklung - ihr Menschenbild*. (S. 73-78). Stuttgart: Hogrefe.
- Hand, I. (1993). Expositions-Reaktions-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 3, 61-65.
- Jaeggi, E. (1991). Der Wechselbalg Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 117-129.
- Kallinke, D. (1992). Das Gutachterverfahren in der Verhaltenstherapie - „Muster-Fälle“? -. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 5, 60-63.
- Keil-Kuri, E. & Görnitz, G. (1995). *Vom Erstinterview zum Kassenantrag*. 2. Aufl. Neckarsulm: Jungjohann.
- Kleiber, D. (1985). Durch praktische Forschung zu einer forschen(den) Oraxis? *Zeitschrift für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4, 297-311.
- Köhlke, H.-U. (1992a). Gruppen-Verhaltenstherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung der BRD. Eine kritische Auseinandersetzung aus Praxis-Perspektive. *Verhaltenstherapie*, 2, 55-61.
- Köhlke, H.-U. (1992b). Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: Moderner Rückschritt in die Symptomtherapie?! *Verhaltenstherapie*, 2, 256-262.
- Köhlke, H.-U. (1992c). Wortbeiträge zur Plenardiskussion „Auf dem Prüfstand: Das Delegations- und Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie“. In H. Lieb & R. Lutz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Ihre Entwicklung - ihr Menschenbild*. (S. 73-78). Stuttgart: Hogrefe
- Köhlke, H.- U. (1993). Symptomzentrierte Standardtherapie oder eine am Verstehen orientierte Verhaltenstherapie ? Erwiderung auf kritische Stellungnahmen. *Verhaltenstherapie*, 3, 45-49.
- Köhlke, H.-U. (1995). EBM-Reform: Psychotherapie - Dringend gebotene Änderung der Gruppenpsychotherapie-Ziffern. *Mitteilungen des Verbands der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden*.
- Köhlke, H.-U. (1996). Integrationsmodell oder Sektionsmodell? Versuch einer objektiven Darstellung und sachlichen Abwägung. *Psychotherapeut*, 41, 267-274.

- Köhlke, H.- U. (1997). Die Zukunft der verhaltenstherapeutischen Praxis - Spezialisierung? Ein Versuch zur Verständigung zwischen Forschung und Praxis. . In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 63-79). Lengerich: Pabst.
- Köhlke, H.- U. (1998a). Praxis ohne Forschung - Forschung ohne Praxis? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 19*, 59-71.
- Köhlke, H.- U. (1998b). Qualitätssicherung durch Gutachterverfahren: Aber - wie qualitätsgesichert ist das Verfahren selbst? In A.R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 785-832). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Köhlke, H.- U. (1999a). *Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit*. Hamburg: Dissertationsdruck.
- Köhlke, H.- U. (1999b). Hat das Psychotherapie-Gutachterverfahren (noch) eine Legitimation? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 31*, 435-447.
- Köhlke, H.- U. (1999c). Vom Regen in die Traufe? Neue „freiwillige“ *Qualitätskontrollen*. *Psychotherapeuten FORUM, 6*, 28-30.
- Köhlke, H.- U. (2000a). *Psychotherapie-Gutachterverfahren: Formulare zur Rationalisierung des Berichtsaufwands*. Materialie Nr. 42. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Köhlke, H.- U. (2000b). Keine Sicherstellung von Gruppenpsychotherapie als Kassenleistung. Dringend notwendige Reform der PT-Richtlinien und EBM-Ziffern (*eingereicht*).
- Köhlke, H.-U. & Kuhr, A. (1993). Standard-Symptom-Therapie versus hintergrund-orientierte Verhaltenstherapie: Vorgeschichte und Fortsetzung einer aktuellen Kontroverse zwischen wissenschaftlicher Therapievorstellung und „renitenter“ Praxiswirklichkeit. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 25*, 229-246.
- Kommer, D. (1998). Thesen und Diskussionsbeiträge. In H. Vogel. & R. Merod, Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie. Bericht über eine Podiumsdiskussion beim DGVT-Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin am 19.2.1998, moderiert und zusammengestellt von Heiner Vogel und Rudi Merod. ? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis,30*, 481-508.
- Koppenhöfer, E. (1998). Thesen und Diskussionsbeiträge. In H. Vogel. & R. Merod, Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie. Bericht über eine Podiumsdiskussion beim DGVT-Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin am 19.2.1998, moderiert und zusammengestellt von Heiner Vogel und Rudi Merod. ? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis,30*, 481-508.
- Kordy, H. (1992). Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 38*, 310-324.
- Langlotz-Weis, M. & Koppenhöfer-Lorenzen, E. (1992). Begutachten und Begutachtetwerden. Welche Auswirkungen hat das Gutachterverfahren auf die ambulante Praxis. In H. Lieb & R. Lutz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Ihre Entwicklung - ihr Menschenbild*. (S. 73-78). Stuttgart: Hogrefe.
- Liebold, R. (1994). *Handlexikon für den Vertragsarzt (4. Aufl.)*. Sankt Augustin: Asgard.
- Lieb, H. & Lutz, R. (1992). Auf dem Prüfstand: Das Delegations- & Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie. In Lieb, H. & Lutz, R. (Hrsg.). *Verhaltenstherapie. Ihre Entwicklung - ihr Menschenbild*. Stuttgart: Hogrefe.
- Lienert, G.A., Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse (5. Aufl.)*. Weinheim: Beltz
- Linden, M. (1992). Wortbeiträge zur Plenardiskussion „Auf dem Prüfstand: Das Delegations- und Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie“. In H. Lieb & R. Lutz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Ihre Entwicklung - ihr Menschenbild*. (S. 73-78). Stuttgart: Hogrefe.
- Linden, M. (1998). Thesen und Diskussionsbeiträge. In H. Vogel. & R. Merod, Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie. Bericht über eine Podiumsdiskussion beim DGVT-Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin am 19.2.1998, moderiert und zusammengestellt von Heiner Vogel und Rudi Merod. ? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis,30*, 481-508.
- Linden, M. & Dankesreiter, R. (1996). Die Durchführung von Verhaltenstherapie im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung: Fallbericht, Antragsverfahren und Kassenabrechnung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 537-542). Berlin: Springer.
- Linden, M., Förster, R., Oel, M. & Schlötelburg, R. (1993). Verhaltenstherapie in der kassenärztlichen Versorgung: Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. *Verhaltenstherapie, 3*, 101-111.

- Lubecki, P. (1990). Qualitätssicherung der Verhaltenstherapie aus Sicht der Krankenkassen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 3, 303-306.
- Lubecki, P. (1995). Qualitätssicherung. Positionen für die Ausgestaltung bei der Gesundheitsreform. *DOK*, 23/24, 766-769.
- Lubecki, P. (1997). Was darf der "Psychotherapie-Patient" von seiner Krankenkasse erwarten? In P.L. Jansen, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf*. (S. 164-172). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Margraf, J. (1992). Reizüberflutung: In der Forschung gut belegt, in der Praxis nicht angewandt? Teil I. *Verhaltenstherapie*, 2, 334.
- Margraf, J. (Hrsg.) (1996). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1 und 2). Berlin: Springer.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Graf v. d. Schulenburg, J.M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des BMJFFG*. Hamburg-Eppendorf: Universitäts-Krankenhaus.
- Nedelmann, C. (1990). Die Psychoanalyse als Krankenbehandlung in der kassenärztlichen Versorgung. 2. Teil. Ein Leitfaden zur Antragstellung. *Forum der Psychoanalyse*, 6, 147-162.
- Neher, M. (1996). Kassenantrag: Verhaltenstherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. (S. 514-519). Stuttgart: Thieme.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 49-74). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Aufl. (S. 270-376). New York: Wiley.
- Palm, W. (1998). Computerunterstützte Prozeßkontrolle für die ambulante Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 8, 208-213.
- Pein von, A. (1998). Thesen und Diskussionsbeiträge. In H. Vogel. & R. Merod, Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie. Bericht über eine Podiumsdiskussion beim DGVT-Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin am 19.2.1998, moderiert und zusammengestellt von Heiner Vogel und Rudi Merod. ? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30, 481-508.
- Psychotherapie-Richtlinien (1993). In der geänderten Fassung vom 31.8.1993. Abgedruckt in Faber, F.R. & Haarstrick, R. (1996). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien 4.Auflage*. (S. 37-151). Neckarsulm: Jungjohann.
- Psychotherapie-Vereinbarung (1993). Gültig ab 31.8.1993 mit Änderungen vom 1.1.94 und 1.9.94 mit Änderungen und Ergänzungen zur Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung vom 17. Oktober 1991. Abgedruckt in Faber, F.R. & Haarstrick, R. (1996). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien 4.Auflage*. (S. 153-188). Neckarsulm: Jungjohann.
- Reinecker, H. (Hrsg.). (1994). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (2. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.
- Richter, R. (1994). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 233-235.
- Scheidt, C.E. & Wirsching, M. (1996). Qualitätssicherung in der ambulanten Fachpsychotherapie - erste Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. *Mitteilung des DKPM*, 29, 67-73.
- Schmelzer, D. (1997). Kooperationsprobleme zwischen Forschung und Praxis in der Verhaltenstherapie. . In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 80-86). Lengerich: Pabst.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (1994). Qualitätssicherung in der Psychotherapie - Teil 1: Grundlagen, Hintergründe und Probleme. *Zeitschrift Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie*, 26, (3), 15-25.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (1995). Qualitätssicherung in der Psychotherapie - Teil 2: Realisierungsvorschläge, Modellprojekte und bereits laufende Maßnahmen. *Zeitschrift Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie*, 26, (3), 42-53.

- Schmidt-Bodenstein, S. (1998a). Versorgungsstrukturelle Aspekte der Qualitätssicherung. In A.R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 493-511). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schmidt-Bodenstein, S. (1998b). Wortbeiträge zur Podiumsdiskussion. In H. Vogel. & R. Merod, Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie. Bericht über eine Podiumsdiskussion beim DGVT-Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin am 19.2.1998, moderiert und zusammengestellt von Heiner Vogel und Rudi Merod. ? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*,30, 481-508.
- Schottky, A. (1996). Menschen – Fälle – Gutachten. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Heilen und Bilden – Behandeln und Beraten. Individualpsychologische Leitlinien heute* (S. 23-32). München: Reinhardt.
- Schulte, D. (1992). Reizkonfrontation: Standardtherapie nur für Standardpatienten. *Verhaltenstherapie*, 2, 335-338.
- Schulte, D. (1995). Standardisierung des Individuellen. Individualisierung des Standardisierten: Versuch einer Klärung aus Anlaß eines Artikels von Caspar und Grawe. *Verhaltenstherapie*, 5, 42-46.
- Schulte (1996a). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe
- Schulte, D. (1996b). Lohnt sich eine Verhaltensanalyse? In F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (S. 65-86). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schulte, D. (1997). Störungsbezogene Therapieplanung. In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 60-62). Lengerich: Pabst.
- Seipel, K.H. (1998). Qualitätssicherung in der ambulanten Praxis: Ein Modell und seine kritische Evaluierung. In A.R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 103-135). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Sponer, K. (1987). *Wirtschaftlichkeitsprüfung kassenärztlicher Leistungen und Verordnungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Sulz, S.K.D. (1992). *Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS. Von der Anamnese zum Therapieplan*. München: CIP-Mediendienst.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1988). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 2. Praxis*. Berlin: Springer.
- Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten (1997). Kosten der Richtlinienpsychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 6, 258-265.
- Vogel, H. (1993). Was heißt Qualitätssicherung in der Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 25, 93-100.
- Vogel, H. (1996). Psychotherapie in der ambulanten Gesundheitsversorgung - eine kritische Übersicht -. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28, 105-1126.
- Vogel, H. & Merod, R. (1998). Gutachterverfahren in der ambulanten Verhaltenstherapie. Bericht über eine Podiumsdiskussion beim DGVT-Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin am 19.2.1998, moderiert und zusammengestellt von Heiner Vogel und Rudi Merod. ? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*,30, 481-508.
- Wagner, R.F. (1997). Verhaltenstherapie in der Integration von Individualität und Standardisierung. In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 98-103). Lengerich: Pabst.
- Weigeldt, I. (1996). Kassenantrag: Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Therapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. (S. 507-514). Stuttgart: Thieme.
- Wittchen, H.-U. (1996). Die Zukunft der Klinischen Psychologie - Zwischen Glanz und Erosion. In W. Bungart, G.E. Dlugosch, P. Fiedler, D. Frey, R.S. Jäger u.a. (Autoren), *Perspektiven der Psychologie. Eine Standortbestimmung* (S. 145-167). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wittchen, H.-U. (1997). Therapieplanung in der Verhaltenstherapie: Geht es so? . In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 104-109). Lengerich: Pabst.
- Zarbock, G. (1996). *Heilen durch Erfahrung*. Freiburg i.B.: Herder.

