

Antrags- und Gutachterverfahren

Erste Eindrücke nach der Richtlinien-Reform

Am 1. April 2017 traten die neuen Psychotherapie-Richtlinien in Kraft. Im Vorfeld der umfassenden Reform der seit 1967 immer wieder erneuerten Richtlinien kam es zu umfangreichen und kontrovers diskutierten Änderungen. Inzwischen ist über ein Jahr vergangen. Dies wollen wir zum Anlass nehmen, einige Eindrücke aus der Praxis zu den Veränderungen aus supervisorischer, therapeutischer und gutachterlicher Perspektive wiederzugeben. Der Schwerpunkt unserer Betrachtung liegt dabei auf dem Antrags- und Gutachterverfahren.

1. Teilbefürwortungen

Einer der strittigsten Punkte im Zuge der Reform dürfte im Gutachterverfahren in der Frage der »Teilbefürwortungen« (sogenannte »Kürzungen«) zu sehen sein¹. Da es seit der Reform im Ermessen der Krankenkasse liegt, ob Fortführungsanträge berichtspflichtig sind, bekommen die Psychotherapie-Gutachterinnen und -Gutachter problematische Fälle eventuell nur einmal mit dem Erst- bzw. Umwandlungsbericht vorgelegt. Es wurde gemutmaßt, dass die Gutachterinnen und Gutachter aus diesem Grund nach der Reform viel eher geneigt seien, Teilbefürwortungen auszusprechen. Auf diesem Wege sollte dann bei problematischen Fällen eine erneute Begutachtung bei der Fortführung einer ambulanten Psychotherapie nahegelegt werden. Genau das aber widerspricht dem Geist der Reform, die dem Versorgungsstrukturgesetz folgend eine Entbürokratisierung des Gutachterverfahrens anstrebt. So richtete sich auch ein berechtigter und lautstarker Protest der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gegen eine vermutete Ausweitung dieser Teilbefürwortungen.

Für die Gutachterinnen und Gutachter sind – wie für alle an der Psychotherapie Beteiligten – die Psychotherapie-Richtlinien als untergesetzliche Norm und die Psychotherapie-Vereinbarung als Vertragsrahmen bindend. Das bedeutet auch, dass für die Auslegung dieser Regelwerke für die Gutachterinnen und Gutachter der »Faber/Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinien« (Dieckmann, Dahm & Neher, 2018) einen Orientierungspunkt darstellt. In der neuesten, elften Ausgabe des »Faber/Haarstrick-Kommentars« ist auf diese Kritik an den Teilbefürwortungen insofern eingegangen worden, als dass erläutert wurde, dass Teilbefürwortungen nur im Ausnahmefall und nicht in zu kleinen Abschnitten ausgesprochen werden sollten (Dieckmann et al., 2018, S. 83). Stattdessen solle die Gutachterin bzw. der Gutachter im Zweifelsfalle lieber eine Vorablehnung erwägen, damit im Obergutachterverfahren ein neuer und unvoreingenommener Blick auf die Fallkonzeption

geworfen und die Therapie dann gegebenenfalls im vollen Umfang bewilligt werden könne.

Diese Idee war sicher nicht im Sinne derjenigen Therapeutinnen und Therapeuten, die sich gegen Teilbefürwortungen zur Wehr gesetzt hatten. Das Obergutachterverfahren ist der letzte Schritt vor einer sozialrechtlichen Klage, die für alle Beteiligten ungünstig ist. Vor allem aber war mit der »alten« Praxis der Teilbefürwortung für die Patientinnen und Patienten der Vorteil verbunden, dass ihre psychotherapeutische Behandlung nicht unterbrochen bzw. unnötig verzögert wurde. So entsteht der Eindruck, dass den Betroffenen mit der oben genannten neuen Empfehlung eher ein Bärendienst erwiesen wird, wenn die Teilbefürwortungen nun gegen Vorablehnungen eingetauscht würden.

2. Veränderungen im Berichtswesen

Als größte Änderungen im Bereich der Antragsberichte (»Bericht an den Gutachter«) sind die Vereinheitlichung der Berichtsgliederung für alle drei Verfahren (PTV3) sowie die anspruchsvolle Verkürzung des Berichts auf zwei Seiten anzusehen. Erste Eindrücke aus der supervisorischen und gutachterlichen Praxis weisen in folgende Richtung: Während der neue Berichtsleitfaden PTV3 für die Therapierenden in inhaltlicher Hinsicht eine hohe Herausforderung darstellt, scheint in zeitökonomischer Hinsicht hingegen tatsächlich ein Gewinn zu bestehen². Mit anderen Worten: Die »neuen« Berichte sind zwar schwieriger zu schreiben, ihre Abfassung erfordert aber bei richtiger Anwendung weniger Zeit als zuvor. Dabei ist wichtig zu betonen, dass die Berichte auch länger als zwei Seiten sein dürfen, wenn die Komplexität des Falls dies erfordert (vgl. Dieckmann et al., 2018, S. 50, 60).

Die Zusammenlegung von Biografie und Psychodynamik/Verhaltensanalyse in einen Berichtspunkt birgt Chancen und Risiken zugleich: Es besteht die Möglichkeit, den Bericht prägnanter abzufassen und die störungsrelevanten Hypothesen direkt aus der Biografie abzuleiten. Es besteht aber auch die doppelte Gefahr, entweder zu wenig von den biografischen Geschehnissen zu abstrahieren oder umgekehrt die abstrakten Störungsmodelle psychogenetisch zu wenig auf die konkrete Biografie zu beziehen³.

Durch die Erleichterung des Behandlungsbeginns (durch Akutbehandlung und grundsätzlich berichtsfreie Kurzzeittherapie) wird nur noch selten gleich zu Beginn ein Antrag auf Langzeittherapie gestellt, auch wenn die

2 Eine Umfrage unter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits einen Monat nach der Reform im Mai 2017 ergab das erste Stimmungsbild, dass etwa drei Viertel der Befragten die neue Gliederung als arbeitsverkürzend erlebten (vgl. Jungclaussen & Hauten, 2018). Diese Einschätzung wurde aus unserer Sicht in der Praxis im vergangenen Jahr bestätigt.

3 Eine ausführliche Diskussion dieser Aspekte findet sich bei Jungclaussen & Hauten (2017a, 2017b, 2018) sowie Hauten & Jungclaussen (2018). Hilfreiche Hinweise für die Erstellung der Verhaltensanalyse/Psychodynamik finden sich bei Bockwyt (2018) und Jungclaussen (2018).

1 Vor der Reform war es gängige Praxis der Psychotherapie-Gutachter, in manchen Fällen nur einen Teil des Stundenkontingentes zu bewilligen, statt abzulehnen oder Informationen nachzufordern. Auf diese Weise konnte die Therapie bereits anlaufen, und der Gutachter bekam die im Antragsbericht noch als fehlend eingeschätzten Informationen im Verlauf übermittelt.

Noch kein Mitglied der Sektion VPP?

Dann einfach eine E-Mail mit Beitrittswunsch und Mitgliedsnummer senden. Bitte die Regelungen zu Primär- und Sekundärsektion sowie den Sektionsbeitrag beachten.

E info@vpp.org
Informationen unter:
[www.vpp.org/
verband/intern/
mitgliedschaft.shtml](http://www.vpp.org/verband/intern/mitgliedschaft.shtml)



Foto: privat

Lars Hauten ist Diplom-Psychologe und als Psychologischer Psychotherapeut (TP/AP) in Berlin niedergelassen. Er ist Dozent, Supervisor und Einzelselbsterfahrungsleiter am Institut für psychologische Psychotherapie Berlin e.V. (ppt) und hat einzelne Lehraufträge an der International Psychoanalytic University (IPU). Zudem ist er als Psychotherapie-Gutachter (TP) tätig.

E mail@praxis-hauten.de



Foto: privat

Ingo Jungclaussen ist Diplom-Psychologe und Sonderpädagoge, lehrt an der Universität zu Köln im Department Psychologie sowie an der Fachhochschule in Düsseldorf und ist in freier Praxis in Köln tätig. Schwerpunkte seiner Arbeit als Autor und Fortbildungsveranstalter sind die Entwicklung und Erforschung neuer didaktischer Konzepte in der Vermittlung psychodynamischen Verstehens (www.psy-dak.de). Zudem lehrt er als Gastdozent an Ausbildungsinstituten.

E info@psy-dak.de

Indikation hierfür eindeutig ist. Dadurch werden insbesondere schwierige Fälle einer frühzeitigen Qualitätssicherung entzogen, was aus gutachterlicher Sicht ausgesprochen kritisch zu werten ist.

3. Kodex im Gutachterverfahren

Ebenfalls überarbeitet wurden im neuen »Faber/Haarstrick-Kommentar« die formalen und inhaltlichen Kriterien für die Psychotherapie-Gutachten (Dieckmann et al., 2018, S. 82 ff.). Neu daran sind nicht die inhaltlichen Kriterien, diese wurden lediglich an die Reformbedingungen angeglichen. Neu ist vielmehr die dadurch unter den Gutachterinnen und Gutachtern angestoßene Diskussion auch um kommunikative Standards in der Abfassung der gutachterlichen Stellungnahmen. Dies ist weder rechtlich bindend noch selbstverständlich: Die Gutachterin bzw. der Gutachter hat im Prinzip nur eine Empfehlung gegenüber der Krankenkasse zu geben und diese zu begründen. Sie bzw. er ist dabei weisungsunabhängig und hat fachlich und neutral den Einzelfall zu beurteilen. Gerade die Neutralität hat in der Vergangenheit zu einem kühl-distanzierten Stil der Stellungnahmen geführt, der von den Therapeutinnen und Therapeuten oft als brüsk erlebt wurde. Gerade bei ablehnenden Stellungnahmen wird im »Faber/Haarstrick-Kommentar« nun ein kollegialer und wertschätzender Ton angemahnt (Dieckmann et al., 2018, S. 82, 84). Die in der Gruppe der Gutachterinnen und Gutachter angestoßene Diskussion um solche kommunikativen Kriterien könnte in einen neuen »Kodex« münden, der dazu geeignet wäre, das traditionell eher schwierige Verhältnis zwischen ambulanten Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Psychotherapie-Gutachterinnen und -Gutachtern zu verbessern.

Die Therapierenden tun auf der anderen Seite gut daran, sich an die neuen Regeln der Berichterstellung zu halten. Hierdurch zeigen sie, dass sie mit den jeweils gültigen Psychotherapie-Richtlinien vertraut sind. Ein Antrag auf Psychotherapie darf zwar nicht allein deshalb abgelehnt werden, weil er länger als zwei Seiten ist oder die neue Gliederung nach PTV₃ ignoriert, es erhöht aber die Chancen einer positiven gutachterlichen Empfehlung, wenn durch die formale Gestaltung schon eine Orientierung an den Richtlinien erkennbar wird.

4. Indikation

Eine der wichtigsten konzeptionellen Neuerungen in der elften Ausgabe des »Faber/Haarstrick-Kommentars« betrifft Fragen der Indikation. Da alle drei Psychotherapieverfahren für alle Arten von psychischen Störungen innerhalb des Richtlinienkatalogs zugelassen sind, kann die ICD-10-Diagnose allein nicht das einzige Kriterium der Indikation darstellen. Die Autoren des Kommentars weisen darauf hin, dass für eine ganzheitliche Indikation vor allem auch die Ziele der Therapie zu berücksichtigen sind (Dieckmann et al., 2018, S. 22). Eine Depression zum Beispiel kann mit jedem der zugelassenen Psychotherapieverfahren erfolgreich behandelt werden. Um herauszufinden, welche Behandlung die »richtige« (also notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche) ist, sollte neben Diagnose und Ätiologie vor allem auch

das Behandlungsziel berücksichtigt werden (auch unter Berücksichtigung von Rahmenbedingungen und Patientenvariablen). Das heißt: Was verspricht sich die Patientin bzw. der Patient von der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung? Passt diese Therapie-motivation zur Fokussierung der Therapeutin bzw. des Therapeuten? Diese Idee verdeutlicht in besonderem Maße das integrative Potenzial des neuen »Faber/Haarstrick-Kommentars«: Anstatt die unterschiedlichen Therapieverfahren gegeneinander in Stellung zu bringen, wird eine ganzheitliche Sicht vorgeschlagen, die allgemeine Erkenntnisse über psychische Störungen sowie die spezifischen Umstände in der diagnostischen Situation berücksichtigt (vgl. Dieckmann et al., 2018, S. 22).

Fazit

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass sich die Richtlinien-Reform in der Praxis ohne größere »Reibungsverluste« hat umsetzen lassen. Die möglicherweise »heimliche Hoffnung« der Kostenträger, mehr Psychotherapie ohne zusätzliche Kosten zu erhalten, lässt sich indes nicht durch eine verschlankende Reform der Richtlinien erfüllen. Ohne eine vernünftige Bedarfsplanung lässt sich unser hoher Standard psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland nicht halten. Das bedeutet angesichts eines steigenden Bedarfes an (vor allem Langzeit-)Behandlungen⁴ eben auch, finanzielle und personelle Mittel hierfür bereitzustellen.

Lars Hauten & Ingo Jungclaussen

Literatur:

Die Literaturliste kann bei den Autoren angefordert werden.

⁴ Zur Zunahme an Krankheitstagen durch psychische Krankheiten siehe:

www.aerzteblatt.de/nachrichten/87477/Berlin-Brandenburg-Psychische-Erkrankungen-sind-Hauptgrund-fuer-Erwerbsunfaehigkeit

sowie:

www.aerzteblatt.de/archiv/199366/Techniker-Krankenkasse-Deutsch-mehr-Verordnungen-von-Antidepressiva

Psychologie in Prävention und Rehabilitation



Lebenszufriedenheit von
Langzeitarbeitslosen S. 348

Ethische Herausforderungen
der Digitalisierung S. 359