

Pro & Contra:

Das Gutachterverfahren in der Psychotherapie

– Bericht über die DPTV-Veranstaltung am 26.08.2000 in Köln –

Das Thema „Gutachterverfahren“ rangiert nach dem Thema „Honorare“ an zweiter Stelle der z. Z. besonders relevanten Praxisfragen in der ambulanten Psychotherapie. Nachdem der DPTV öffentlich dazu aufgerufen hat, das Gutachterverfahren abzuschaffen¹, weil neueste empirische Daten (Köhlke, 2000²) ihm die Legitimation entzogen hätten, ist erheblich Bewegung in diese Auseinandersetzung gekommen, sowohl aufseiten der Psychotherapeuten als auch aufseiten der Kostenträger sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Während der DPTV fordert, das ungeeignete, dazu noch obligatorische Prüfverfahren durch geeignetere Maßnahmen der Qualitätssicherung (QS) und Wirtschaftlichkeitsprüfung zu ersetzen, sind andere Verbände, insbesondere psychoanalytische (DGPT, DPV) bzw. psychoanalytisch dominierte (BVVP) massiv bemüht, am Gutachterverfahren festzuhalten. Angesichts der anhaltenden Kontroverse zu Sinn und Zweck des Gutachterverfahrens und alternativer QS-Maßnahmen war es daher sehr zu begrüßen, dass der DPTV eine zentrale Pro- & Contra-Veranstaltung organisiert und dazu maßgebliche Vertreter auf beiden Seiten eingeladen hatte.

Die enorme berufspraktische Bedeutung, die dieses Thema für die Psychotherapeuten hat, wurde denn auch daraus deutlich, dass an der Veranstaltung in Köln am 26.08.00, von 14.00-17.30 Uhr, ca. 250-300 Personen teilgenommen hatten – und das an einem Sonnabendnachmittag bei strahlend blauem Sommerwetter! Die Veranstaltung, die zunächst als Podiums- und später als Plenumsdiskussion konzipiert war, wurde von dem erfahrenen Moderator **Wolfgang van den Bergh** (Ärzte-Zeitung) kompetent geleitet.

Auf dem Podium diskutierten:

- **Dr. med. Klaus Enderer**
Qualitätssicherungsbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
- **Dr. med. Holger Bertrand Flöttmann**
*FA für Neurologie und Psychiatrie,
FA für Psychotherapeutische Medizin*
- **Dr. med. Dipl.-Soz. Alf Gerlach**
FA für Psychotherapeutische Medizin,

Psychoanalyse, Stv. Vorsitzender der DGPT

- **Dr. Dipl.-Psych., Ass. Jur. Hans-Ulrich Köhlke**
*Psychotherapeut (VT),
Referat Qualitätssicherung des DPTV*
- **Dipl.-Psych. Detlev Kommer**
Präsidium des DPTV
- **Dr. Paul Lubecki**
*AOK-Bundesverband,
Referat Qualitätssicherung*
- **Beatrice Piechotta**
*FA für psychotherapeutische Medizin,
Psychoanalyse*
- **Dipl.-Psych. Anne-Marie Schlösser**
*Psychoanalytikerin, Gutachterin,
I. Vorsitzende der DGPT*
- **Dr. med. Ulrich Schubert**
*Referent Psychotherapeutische u.
Psychosomatische Versorgung des MDK
Baden-Württemberg*
- **Dipl.-Psych. Hans-Jochen Weidhaas**
Gutachter, I. Vorsitzender der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten
- **Prof. Dr. Klaus Grawe**
(war leider verhindert)

Die Veranstaltung wurde eröffnet durch den Präsidenten des DPTV, Herrn **Hans-Joachim Schwarz**.

Im Zusammenhang mit der Honorarmisere wies er auf die zum Teil absurden Punktwerte insbesondere bei den nicht genehmigungspflichtigen PT-Leistungen hin, zu denen auch der „Bericht an den Gutachter“ (EBM Nr. 866, 868) gehört. Tabellarisch zeigte er die desaströse Situation floatender Punktwerte etwa in Berlin (Primärkassen: 0,12 Pf.) und Bremen (3,3 Pf.) auf³. Dort wird für den Langzeit-Antragsbericht gerade einmal DM 1,68 (Berlin) bzw. DM 46,20 (Bremen) honoriert, was bei dem jetzt empirisch

nachgewiesenen durchschnittlichen Zeitaufwand von 4-5 Stunden für diese Leistung einem Stundenlohn von DM 0,40 bzw. DM 10,25 entspricht! Als Scherz zum Abschluss führte er ein neuestes Gerichtsurteil aus dem Bremer „Weser Kurier“ an: Hier hatte ein Gericht zur Klage eines Lagerarbeiters entschieden: „11 Mark brutto sind sittenwidrig“.

Die beiden Einführungsreferate hielten:

- Pro: **Dr. med. A. Gerlach**
„Das Gutachterverfahren: Ein bewährtes Instrument zur Qualitätssicherung.“
- Contra: **Dr. Dipl.-Psych. H.-U. Köhlke**
„Ist das Gutachterverfahren noch zu retten?“

Dr. Gerlach wies auf die Bedeutung des Gutachterverfahrens als ein Mittel der internen Qualitätssicherung hin, das seinen Platz neben Supervision und Intervision hat, indem es die kritische Reflexion zu therapeutischen Wahrnehmungen, Therapiezielen und Behandlungskonzepten fordere und fördere. In Bezug auf die Köhlke-Untersuchung machte er darauf aufmerksam, dass auch empirische Untersuchungen interessegeleitet sein können, zumal, wenn die Meinung „Betroffener“ erfragt würde. Die Auffassung von Köhlke, den Bericht als „Gutachten“ zu qualifizieren⁴, basiere auf einer Übertragungseinstellung und der Dynamik, dass der Gutachter von dem Zubegutachten in eine superiore Position gehoben wird, dem gegenüber er entweder die eigene Qualifikation de- ▶

¹ Vgl. DPTV-Nachrichten, *PsychotherapeutenFORUM*, 3/2000, S. 27.

² Köhlke, H.-U. (2000). *Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit*. Tübingen: DGVT-Verlag.

³ Siehe www.dptv.de

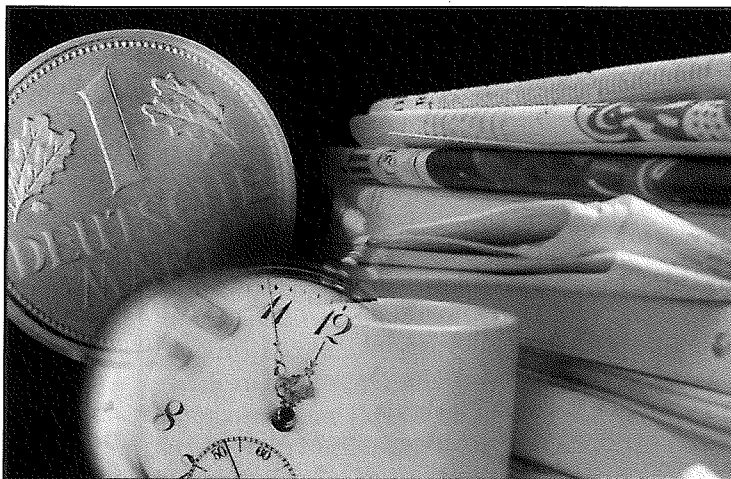
⁴ Köhlke, 2000, S. 57: „Es stellt sich hier die (honorarrechtlich relevante) Frage, ob die abverlangte Fallwürdigung des Praktikers im gutachterlichen Antragsverfahren tatsächlich noch als 'Bericht' zu klassifizieren ist oder ob nicht der ausführliche Antrags-Bericht eigentlich ein 'Gutachten' und das zumeist 3-sätzig 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).“

monstriert oder dem er sich unterlegen fühlt. Aus der Köhlke-Untersuchung sei ihm nachvollziehbar geworden, dass die Kollegen der kürzeren Therapieverfahren aufgrund der häufigen Antragstellungen im Rahmen kurzer Sitzungsbudgets eine Veränderung fordern.

Das Gutachterverfahren habe sich in den 30 Jahren seit seiner Einführung bewährt und leiste einen wichtigen Beitrag zur Reflexion und Dokumentation des Therapiegeschehens. Beim Verfassen des Berichts würden die bereits erhobenen Patientendaten vom Therapeuten noch einmal gedanklich geordnet, gegenüber einer dritten Person, dem Gutachter, reflektiert und somit die psychotherapeutische Behandlung sinnvoll geplant und strukturiert. Vor diesem Hintergrund stelle das Gutachterverfahren weiterhin ein unverzichtbares Instrument zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie dar. Dr. Gerlach schloss seine Ausführungen mit der Feststellung, das Gutachterverfahren ist unbeliebt, doch nicht überflüssig.

Im Anschluss daran hielt **Dr. Köhlke** sein Contra-Referat. (*Der überarbeitete Vortrag ist in dieser Ausgabe veröffentlicht [siehe Seite 17 ff.], sodass sich hier auf eine Kurzzusammenfassung beschränkt werden kann.*) Zunächst führte er aus, dass die Pro- und Contra-Haltungen erheblich mit unterschiedlichen Interessenslagen zusammenhängen. Die Vertreter der Berufsverbände rief er auf, doch zu realisieren, wie wenig Akzeptanz das Gutachterverfahren in der überwiegenden Praxis findet und wie „unzufrieden“ mit diesem Verfahren insbesondere die Verhaltenstherapeuten (83 %) und die „Tiefenpsychologen“ (80 %) sind. Die von ihm erhobenen Daten würden die Eignung des Gutachterverfahrens als ein adäquates Verfahren zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung stark in Zweifel ziehen. Vor allem aber sei der Aufwand völlig un-

verhältnismäßig. Wenn wie etwa im Verhaltenstherapiebereich die Kosten für das Gutachterverfahren bis zu 14 % der eigentlichen Behandlungskosten ausmachten und damit diese Art der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung das 54-fache vergleichbarer Prüfkosten in der Somatomedizin erreichen, dann sei das nur noch als absurd zu charakterisieren. Änderungen seien dringend geboten, mindestens solle eine Wahl der



Psychotherapeuten zwischen Teilnahme am Gutachterverfahren oder an alternativen Formen der Qualitätssicherung angeboten werden. Zur Kompensation der derzeitigen unvermeidbaren Belastung der kurzen Therapieverfahren (VT, TP) forderte Dr. Köhlke abschließend die Reduzierung der Antragsschritte (von drei auf zwei), eine erhebliche Vereinfachung des Antragsaufwands und dessen adäquate Vergütung.

Nach diesen stimmungsvollen Pro- und Contra-Einführungsreferaten wurden dann in der Diskussion folgende Positionen vertreten:

Herr Dr. Lubecki: Psychotherapie sei grundsätzlich wirksam, aber inwieweit diese Wirksamkeit auch in der Praxis umgesetzt werde, müsse dokumentiert werden können. Wenn Psychotherapeuten in ihren Therapien etwas anderes machen als gegenüber dem Gutachter dargestellt, dann sei dies zu kritisieren. Das Gutachterverfahren sei ein taugliches Instrument der Qualitätssicherung, das zwar auf den

Prüfstand gehöre, aber ein Teil eines Paketes mehrerer qualitätssichernder Maßnahmen sein sollte. Statt allgemein dessen Abschaffung zu fordern, sollte sich eher darauf konzentriert werden, welche Ansatzpunkte die Köhlke-Untersuchung liefere, das Gutachterverfahren zu modifizieren, zu verbessern bzw. zu ergänzen.

Herr Dr. Schubert: Weist auf die Erfahrung des MDK mit Gutachterverfahren im Rahmen der vergangenen Kostenerstattungen hin. Wegen der schwierigen Abgrenzung von Psychotherapie als Krankheitsbehandlung gegenüber anderen Formen psychologischer Dienstleistungen (z. B. coaching) müsse Psychotherapie überprüfbar sein. Das Gutachterverfahren und darauf basierende Leistungsgenehmigung seitens der Krankenkasse verschaffe dem Psychotherapeuten eine Sicherheit und gewissen Freiraum. Gleichwohl gehöre das Gutachterverfahren auch aus seiner Sicht überprüft und ggf. ergänzt.

Frau Dipl.-Psych. Schlösser: Das Gutachterverfahren habe sich bewährt. Sie nimmt Bezug auf die Ausführungen von Dr. Köhlke und erklärt, dass der „Bericht an den Gutachter“ durchaus die Interaktion und das Geschehen zwischen Psychotherapeuten und Patienten erfasse. Hierbei sei die Beschreibung des Patienten durch den Psychotherapeuten schon sehr aussagekräftig. Dieser Inhalt, nicht die Formulierungskunst des Berichtsverfassers, sei für den Gutachter entscheidend. Sie unterstütze die Forderung nach Anhebung des Berichtshonorars.

Herr Dipl.-Psych. Weidhaas: Angesprochen im Referat von Dr. Köhlke auf Kollisionslagen pekuniärer Gutachterinteressen mit Funktionen als Verbandsvorsitzender und Mitglied in maßgeblichen Gremien der KBV-Struktur: Er sei schon seit längerer Zeit Gutachter. Er wisse allerdings auch, dass sich unter anderem DPTV-Präsidiumsmitglieder (vergeblich)

um das Gutachteramt beworben hätten. Als Pro-Argument für das Gutachterverfahren zitiert er dann Prof. R. Richter (DPTV-Präsidium) aus einem Artikel in der Zeitschrift für Klinische Psychologie: Wenn Allgemeinärzte alle vier Monate die medizinische Behandlung schriftlich begründen müssten, würde es bedeutend weniger Benzodiazepin-Abhängige geben. Die Qualität der psychotherapeutischen Arbeit sieht Weidhaas grundsätzlich durch z. B. Supervision und Fallseminare gesichert. Natürlich wisse er auch um die Defizite des Gutachterverfahrens, deshalb solle es um einen Abschlussbericht bei Therapiebeendigung ergänzt werden.

Der große Vorteil des Gutachterverfahrens bestehe darin, dass es die Psychotherapeuten vor unangenehmen nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressforderungen bewahre.

Herr Dr. Enderer: Er sieht in geeigneten QS-Maßnahmen die Chance, der allgemeinen Entwertung der Ärzte entgegenzutreten. Aus seiner Sicht als Nichtpsychotherapeut, sondern Somatiker wären viele Ärzte glücklich darüber, wenn sie schwierige Fälle durch ein Gutachterverfahren abgesichert bekämen und damit der Bezahlung durch die Krankenkassen sicher wären. Er vermute, bei einer Einführung von ergebnisorientierter Honorierung die Gefahr, dass Schwere-Kranke auf der Strecke blieben und versucht würde, möglichst nur noch Weniger-Kranke zu behandeln. Als KV-Qualitätsbeauftragter verwies er darauf, dass in der KV Nordrhein die Qualitätssicherung konkret so gestaltet würde, dass Leistungsträger aus der Mitte der Leistungserbringer aufgefordert seien, angemessene QS-Maßnahmen aus der Praxis heraus zu entwickeln.

Herr Dr. Flöttmann: Er sei seit 18 Jahren in eigener Praxis tätig und habe Hunderte von Berichten geschrieben, von denen nur 1 Promille beanstandet worden seien. Diese geringe Ablehnungsquote spreche für die Untauglichkeit dieses Verfahrens. Auch sei die Drohung von Herrn Weidhaas

aufgebauscht, mit Abschaffung des Gutachterverfahrens seien folgeschwere Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressforderungen zu erwarten. Er habe in der gesamten Zeit seiner Praxiszulassung nicht ein einziges Mal eine solche Wirtschaftlichkeitsprüfung erlebt und den ihm bekannten ärztlichen Kollegen gehe es genauso. Er sehe im Gutachterverfahren keinerlei Instrument zur Qualitätssicherung. Um auf seine eigene Weise die Ergebnisqualität seiner Arbeit selbst zu erfassen, setze er regelmäßig entsprechende Patienten-Fragebögen ein. Nur ein akzeptiertes und selbstkritisches Vorgehen diene wirklich der Qualitätssicherung. Er dankt Herrn Dr. Köhlke ausdrücklich für das „Aufräumen mit dem Gutachterverfahren“. Es müsse andere Verfahren der Qualitätssicherung geben.

Frau Piechotta, ärztliche Psychoanalytikerin: Sie sehe einen zunehmenden Legitimations-, Kosten- und Mengensteuerungsdruck im Psychotherapiebereich. Allerdings sei eine adäquate Qualitätssicherung auch bei anderen Arztgruppen gerade hinsichtlich der Behandlung psychosomatischer Patienten zu fordern.

Der Vorteil des Gutachterverfahrens bestünde darin, dass hier eine Einzelfallprüfung stattfände. Würden ausschließlich Wirtschaftlichkeit und Mengenbegrenzung die Qualitätssicherung bestimmen, würden zunehmend fachfremde Überprüfungen zum Tragen kommen. Bei einer Orientierung an quantitativen Daten und Durchschnittsstandards würde zunehmend die Entscheidungskompetenz nicht mehr bei der eigenen Profession (wie jetzt beim Gutachterverfahren) bleiben. Damit würde

die Gefahr von allgemeinen Mengenbegrenzungsmodellen und Behandlungspauschalen näher rücken und die eigentliche Qualitätsfrage in den Hintergrund verbannt werden. Eine Entwicklung mit Vorgabe von Behandlungskontingenten für eine bestimmte Störung sei nicht geeignet, den Gegebenheiten eines Einzelfalles gerecht zu werden. Es käme ihr vor, als würde eine therapeutische Schablone angelegt, deren Anwendung dann letztlich auch durch Nicht-Fachleute erfolgen könnte. Das stelle eine Aufgabe der eigenen Professionalität in der Psychotherapie dar.

Die Begründung im Einzelfall müsse erhalten bleiben. Außerdem sei die Konzeptualisierung der Therapie, wie sie im Bericht an den Gutachter stattfände, ein wesentliches Qualitätssicherungsmerkmal, das bei einer QS-Orientierung primär an Daten und Patientenfragebögen aufgegeben würde.

Herr Dipl.-Psych. Kommer: Er wies darauf hin, dass der Leistungsanspruch der Versicherten auf Psychothera- ➤

Anzeige



EMDR-Institut Deutschland

autorisierter Partner des EMDR-Instituts von Dr. Francine Shapiro

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist eine neuartige Psychotherapiemethode, die die Möglichkeiten der Behandlung von seelisch traumatisierten PatientInnen nachweislich erheblich verbessern kann. Die Methode ist von APA und der Internationalen Fachgesellschaft (ISTSS) als effektiv anerkannt (Chemtob et al. 1999) und wird weltweit erfolgreich in der Behandlung von Traumafolgeerkrankungen eingesetzt.

2000/2001 bietet das EMDR-Institut folgende Einführungs-Seminare in Köln an:

- 9. - 11.2.2001 EMDR-Einführungs-Seminar
- 30.3. - 1.4.2001 EMDR-Einführungs-Seminar
- 22. - 24.6.2001 EMDR-Einführungs-Seminar

Infos unter:

Dr. Arne Hofmann

EMDR-Institut, Junkersgut 5a,
51427 Bergisch Gladbach

Tel: 02204-25866, Fax: 02204-963182

oder auf unserer Homepage:

<http://www.EMDR-Institut.de>

pie seit dem 1.1.1999 gesetzlich verankert sei und sich nun die Frage stelle, was geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung von Psychotherapie seien. Ein Gutachterverfahren, das einer Prüfung und ggf. Versagung dieser grundsätzlichen Leistungspflicht diene, müsse entsprechend strengen Anforderungen an Geeignetheit und Zuverlässigkeit genügen. Bei einer objektiven Überprüfung komme das Gutachterverfahren schlecht weg. So zeigten sich schon in der offiziellen KBV-Gutachterstatistik derart ausgeprägte Streuungen der gutachterlichen Entscheidungspraxis⁹, dass auch von daher ernsthafte Zweifel an Reliabilität und Validität dieses Verfahrens begründet seien. Das Gutachterverfahren stelle eine Pseudoabsicherung der Psychotherapie dar und sei inhaltlich eine Farce.

Herr Dr. Köhlke: Wenn die psychotherapeutische Praxis das Gutachterverfahren so mehrheitlich als ungeeignet beurteilt, dann könne darüber nicht einfach hinweggegangen werden, weil es ja nur die „interessensgefärbte Meinung der Betroffenen“ sei.

Gerade das Urteil sog. Betroffener sei doch ernstzunehmen. So müssten wir uns etwa doch auch fragen (lassen), ob wir etwas falsch machten, wenn die weit überwiegende Zahl unserer Patienten als „Betroffene“ von unseren Therapeuten sagte, sie seien sinnlos und ineffektiv. Niemand der am Gutachterverfahren Beteiligten habe eine bessere Übersicht über die vorherige Antrags- und spätere Therapiewirklichkeit als die Psychotherapeuten selbst. Von daher könnten sie Sinn und Zweck dieses Prüfverfahrens am besten beurteilen. Die Untersuchung habe gezeigt, dass es an erster Stelle noch nicht einmal der massive zeitliche Aufwand, die zu geringe Berichtsbühre oder die Unverhältnismäßigkeit zwischen Antragsaufwand und jeweiligem Bewilligungsabschnitt ist, die das Urteil so negativ ausfallen ließen, sondern dass die Praktiker dem Abfassen von Berichten kaum einen Sinn und praktische Bedeutung zumessen und sich daher diesem Zwang mit großer Unzufriedenheit unterzögen.

(Wortmeldung) **Frau Dr. Bell,** Psychoanalytikerin: An dem Gutachterverfahren könne man

tatsächlich kritisieren, dass es die Ergebnisqualität nicht erfasse. Dem solle zukünftig dadurch abgeholfen werden, dass das Gutachterverfahren um eine zwingend vorgeschriebene Abschlussdokumentation und eine Patientenbefragung über den Therapieverlauf zu ergänzen sei. Im Übrigen sei die Untersuchung von Dr. Köhlke eine reine Unlustbefragung, sodass die negativen Ergebnisse nicht zu verwundern bräuchten.

Frau Dr. Schlösser: Auf eine entsprechende Wortmeldung aus dem Plenum (seitens Dipl.-Psych.

Schmid): Sie könne sich durchaus unterschiedliche QS-Kriterien für die verschiedenen Therapiefachrichtungen vorstellen.

Herr Dr. Lubecki: Im Moment sei schwer zu übersehen, wie die Psychotherapeuten das Gutachterverfahren tatsächlich einschätzten. Er betrachte das kritisch, weil zum einen zurzeit bei der KBV mit Plädoyer für ein Beibehalten des Gutachterverfahrens viele „zufällige“ Briefe eingingen und zum anderen die Ablehnung in der Köhlke-Untersuchung auch aus einer Gruppe „zufällig“ ausgewählter Untersuchungsteilnehmer erhoben worden sei.

Herr Dipl.-Psych. Weidhaas: Nach Anfrage aus dem Plenum zu seiner Haltung zum Gutachterverfahren: Solange nichts Besseres gefunden sei, solle am Gutachterverfahren festgehalten werden. In Zusammenarbeit mit dem DVT (Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie) würde er an Änderungen arbeiten. Aber alle sollten sich klarmachen: Qualitätssicherung koste Geld und müsse auch angemessen bezahlt werden.

Herr Dr. Köhlke: Ging auf einige Beiträge ein, die sich mit seiner Untersuchung befassten. Anspielungen auf eine wohl „systematische Auswahl“ der Untersuchungsteilnehmer⁶ (in der Wortmeldung von Frau Dipl.-Psych. Bruckmayer, Psychoanalytikerin, München) oder auf eine „nur zufällige“ Stichprobe (Dr. Lubecki) begegnete er mit Hinweisen auf die nachgewiesene Repräsentativität der Ergebnisse und wissenschaftlich einwandfreie Stichprobenziehung und erklärte, dass gerade die Zufalls-Stichprobe ein Wesensmerkmal seriöser empirischer Untersuchungen sei und diese „Zufälligkeit“ nicht zu verwechseln sei mit „zufälligen“ Briefen einzelner Kollegen an die KBV.

An Frau Dr. Bell, die seine Untersuchung als „reine Unlustbefragung“ charakterisierte, stellte er die (unbeantwortete) Frage, in welcher Funktion und für wen sie denn in den verschiedenen KBV- und KV-Gremien und -Ausschüssen spräche, wenn sie

Anzeige

Psychologie Psychotherapie Fortbildung 2001

- **Supervision - Praxisberatung**
3-jährige, berufsbegleitende Ausbildung
- **Hypnose-Grundausbildung**
nach Milton H. Erickson
- **Gestalttherapie**
- **Neuropsychologie**
Internet-Supervision / Diagnostik / Rehabilitation
- **Familien- / Kinder-Therapie**
- **Autogenes Training**
Lehrgangleiter / Facharzt Ausbildung
- **Verhaltenstherapie-Weiterbildung**
Facharzt, Zusatztitel 'Psychotherapie'
- **Konflikt-Management, Moderieren von Teams**



WIT
WissensTransfer
Universitätsbund Tübingen
Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen
(07071) 29-76439, -76872 FAX: 29-5051
email: wit@uni-tuebingen.de

Universität Tübingen

die überwältigende Nicht-Akzeptanz und die empirisch fundierten Beurteilungen ihrer Kollegen als „reine Unlust“ diskreditiere. Er fragte sie dann, ob überhaupt und welche empirische Untersuchung sie denn ihrerseits anführen könne, um die von ihr vertretene Aufstockung des Gutachterverfahrens zu begründen.

Frau Piechotta, ärztliche Psychoanalytikerin: Sie forderte einen verbandsübergreifenden QS-Ansatz und regte als Plattform eine Internet-Diskussion an, die sich dort auch schon seit einiger Zeit entwickelt habe⁷. Sie sei der Auffassung, wer das Gutachterverfahren abschaffen wolle, müsse Alternativen benennen, da der Legitimationszwang für die Psychotherapeuten zunehmend steige.

Herr Dipl.-Psych. Kommer (auch auf drängende Wortmeldungen aus dem Plenum, was denn der DPTV als Alternative bei Abschaffung des Gutachterverfahrens vorschläge): Der DPTV sei dabei, ein QS-Konzept auszuarbeiten, das an den bewährten Systemen „Intervision“, „Supervision“ und „kollegiale Begutachtung“ anknüpfe und das um die Dimension einer auch von den Kostenträgern geforderten größerer Transparenz erweitert würde. Allgemein könne eine grundsätzliche Diskussion wirklicher, nachhaltiger Veränderungen am derzeitigen System des Gutachterverfahrens überhaupt nur in einem offenen, angstfreien Raum erfolgreich sein.

Herr van den Bergh (Ärzte-Zeitung) bedankte sich beim Plenum und Podium für das rege Engagement. Er sehe noch erheblichen Diskussionsbedarf bei den Beteiligten und erhoffe sich, dass diese Veranstaltung ein diesbezüglich weiterer Schritt sei. □

⁵ Siehe Köhlke, 2000, S. 68: „Die Streuungsbreite liegt bei gutachterlichen Ablehnungen zwischen 0-10% und bei gutachterlichen Änderungen bzw. Nachbesserungen zwischen 0-39%. Im Obergutachterverfahren werden 61% dieser gutachterlichen Negativ-Entscheidungen wieder aufgehoben.“

⁶ Hier werden die seinerzeit von Dr. Sasse in Umlauf gebrachten irrigen Unterstellungen aufgegriffen und benutzt (siehe dazu: Kommer in *Psychotherapeuten FORUM 4/2000*, 36-38).

⁷ vgl. www.psychotherapie.org/piechotta

Über IGEL und Igeleien

Ein Kommentar von Herrn Dr. Heini Holtenbeen, Bremen

Also mein Freund fragte mich bei unserem letzten interdisziplinären Arbeitssessen, ob ich was mit dem Begriff „IGEL“ anfangen könnte. Er machte mir schnell klar, dass es nicht um den Igel geht, der sommer-tags allabendlich über meine Terrasse

tapert, sondern um einen Kunstbegriff, der übersetzt „Individuelle Gesundheitsleistungen“ bedeutet. So genannte IGEL-Listen haben die niedergelassenen Ärzte erfunden, um

ihre budgetbegrenzten Einnahmen durch spezielle Angebote aufzubessern, die über die von den Kassen finanzierten Leistungen hinausgehen, z. B. Akupunktur oder den jährlichen totalen Gesundheitscheck.

Warum machen wir Psychotherapeuten das nicht auch, meinte mein Freund.

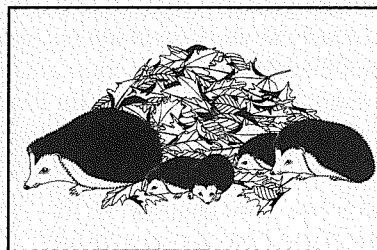
Was willst du denn als IGEL-Leistung anbieten, hab ich ihn gefragt.

Nun ja, meinte er, da sollten wir beide mal drüber nachdenken. Ich als Verhaltenstherapeut könnte z. B. Entspannungsübungen per Multimedia – so in kleinen Liegekabinen – anbieten oder Selbstsicherheitstraining nach dem Motto „Streiten verbindet“ oder „Wie sag ich's meinem Chef“. Und dann habe ich mir noch gedacht, ich biete das an, was Du als Tiefenpsychotherapeut machst, nur zu einem höheren Honorar.

Was meinst Du denn damit, gab ich konsterniert zurück.

Nun ja, meinte mein Freund, Du weißt doch, dass die Psychotherapierichtlinien es verbieten, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie zu kombinieren¹ und zur Verhaltenstherapie gehört – so steht es zumindest in den Lehrbüchern – nicht dazu, eine Störung nach tieferliegenden Motiven oder Konflikten zu hinterfragen. Eini-

ge Patienten wollen aber unbedingt wissen, was hinter ihren Symptomen steckt. Bislang bin ich – abweichend von den Therapierichtlinien – darauf eingegangen. Zukünftig könnte ich mich wieder auf die Richtlinien berufen, den Patienten die Rechtslage



erklären und psychodynamisches Hintergrundwissen und entsprechende Aufarbeitung als IGEL-Leistung mit dem 2,3-fachen GOP-Satz privat liquidieren. So kommt meine alte

Gestalt-Ausbildung auch wieder zu Ehren.

Das ist doch nicht dein Ernst, gab ich mit einer Mischung aus Skepsis und Gekränktheit zurück.

Doch, meinte mein Freund, auch du kannst von IGEL-Leistungen profitieren. Es gibt so viel, was Du außerhalb von Krankenbehandlung anbieten könntest: Partnerberatung, Scheidungsmediation, Coaching und bei deinen richtigen Patienten neben deiner kassenanerkannten Tiefenpsychologie auch Verhaltenstherapie. Machst du doch ohnehin schon, nur auf Einsicht und Klärungsarbeit stehst du doch gar nicht: Die Phobiker mit ihren Ängsten zu konfrontieren und Depressive wieder zu aktivieren ist doch ganz sinnvoll, du klagst doch dauernd darüber, dass immer weniger in sich gehen wollen und praktische Hilfen wünschen.

Zukünftig trennst Du deine Leistungen, eine Stunde Richtlinien-Tiefenpsychologie als Kassenleistung und eine Stunde verhaltenstherapeutische Problembewältigung, letzteres natürlich privat liquidiert.

Heute spinnt er mal wieder, dachte ich mir, oder geht so was wirklich? □

¹ Psychotherapierichtlinien, Teil B, Abschnitt I, Absatz 2: „Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sind nicht kombinierbar, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann.“