Zur Bewertung des Gutachterverfahrens für die ambulante Verhaltenstherapie durch die GutachterInnen

Replik auf den Text von Altherr et al.: Stellungnahme der Gutachter für Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie 2002;12:75–76.

H. Vogel^a W. Lemisz^b H. Liebeck^c W. Palm^d

^aInstitut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg

^bPsychotherapeutische Praxis, Köln

^cInstitut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Göttingen

^dPsychotherapeutische Praxis, Karlsruhe

In Heft 1/2002 (S. 75–76) der VERHALTENSTHERAPIE äußern sich 52 von insgesamt 78 Gutachtern [Stand 3/02, vgl. Vollmer und Vollmer, 2002] der ambulanten Verhaltenstherapie im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie zur Kritik am Antrags- und Gutachterverfahren. Das ist ein erfreulicher Schritt von wichtigen Insidern des Systems, der es ermöglicht, die bislang vor allem in Newsgroups oder im Kollegenkreis geführte Diskussion nun öffentlich und damit auch transparent weiterzuführen.

Die Notwendigkeit von Qualitätssicherung muss nicht diskutiert werden. Sie ist im Sozialgesetzbuch für alle Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschrieben. Die Frage ist aber, ob das Antrags- und Gutachterverfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien und -vereinbarungen tatsächlich als Qualitätssicherungsinstrument bezeichnet werden kann, und falls ja, in welchem Bereich, auf welcher Ebene und mit welcher Qualität (Güte) damit Qualität gesichert wird bzw. gesichert werden kann [vgl. Vogel und Laireiter, 1998].

Angesichts des breiten Spektrums an Qualitätsanforderungen in der ambulanten Psychotherapie merken Altherr et al. an, dass es beim Antrags- und Gutachterverfahren weder um Prozess- noch um Ergebnisqualität geht, sondern um spezifische Aspekte der Strukturqualität, zu denen, systematisch betrachtet, folgende Fragen gestellt werden können:

- A Ist ein Therapeut hinreichend kompetent, eine Therapie angemessen zu konzipieren?
- B Erfüllt das berichtete Leiden des Patienten die Zugangskriterien des SGB V für Krankenbehandlung, die für die ambulante Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien konkretisiert sind?
- C Hat der Therapeut die beste und wirtschaftlichste Therapieform gewählt?

Prüfung der psychotherapeutischen Kompetenz des antragsbegründenden Therapeuten (A)

Die psychotherapeutische Qualifikation des Behandlers ist – dies braucht hier nicht näher sozial- oder berufsrechtlich ausdifferenziert zu werden – mit der Approbation, dem Fachkundenachweis oder bei Ärzten mit der Weiterbildungsbezeichnung gegeben. Über diese grundsätzliche Kompetenz hinaus ist es durchaus denkbar, in jedem Anwendungsfall die spezifische Kompetenz zu überprüfen, um so jeden Internisten, jeden Chirurgen oder jeden Handwerksmeister nach seiner Eignung zur Durchführung einer besonderen Aufgabe zu befragen. Bekanntlich ist dies aber nur bei Psychotherapeuten der Fall. Sozialrechtler melden zudem Zweifel an, ob ein solches Nachprüfungsprozedere im Rahmen des SGB V – auch unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher und anderer Vorgaben des StGB – überhaupt zulässig ist [Bämayr, 2001]. Im Rahmen ihres Kommentars zu den Psychotherapie-Richtlinien heben Faber et al. [1999] auch nicht unmittelbar den Aspekt der Kompetenzprüfung hervor. Vielmehr gehe es darum, ob für einen speziellen Patienten ein adäquates Therapiekonzept erstellt worden ist. Dies ist eine geschickte Umdeutung und als solche leicht zu erkennen. Die Psychotherapie-Richtlinien und die sich darauf stützenden Psychotherapeuten gehen davon aus, dass mit allen zugelassenen Verfahren alle Patienten des Indikationsspektrums behandelbar sind. Sollten die Rahmenbedingungen für einzelne Patienten doch einmal problematisch sein, so liegt es an der Kompetenz des Therapeuten, die Ressourcen des Patienten hervorzuheben und die Erschwernisse zu kaschieren, wenn er eine Therapiegenehmigung haben will. Dabei darf unterstellt werden, dass jeder Therapeut, der eine Therapie beantragt, auch wünscht, dass sie genehmigt wird. Die zu einer entsprechenden Darstellung erforderlichen Kompetenzen werden in jedem Aus-

bildungsgang gelehrt oder spätestens nach den ersten Ablehnungen umgehend erworben. Faktisch wird also nur noch seine Kompetenz zur Darstellung überprüft, und das ist eigentlich nicht zulässig.

Überprüfung, ob die Patienten tatsächlich ins Spektrum der Psychotherapie-Richtlinien fallen (B)

Bei dieser Prüfung stellen die Psychotherapeuten quasi die Avantgarde der ambulanten Behandler im Bereich des SGB V dar, denn ähnliche Überprüfungen gibt es – außer in der Zahnmedizin – bislang nicht. Auf der Grundlage der Auskünfte des Therapeuten im formalisierten Therapieantrag sowie der eher mageren Daten der Krankenkassen wird eingeschätzt, ob eine Psychotherapie notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Altherr et al. schreiben dazu: «Es erscheint schwer vorstellbar, wie diese unverzichtbare Synopsis relevanter Einflussgrößen außerhalb des Gutachterverfahrens adäquat erfolgen könnte». Kann sein, dass unsere Vorstellungskraft etwas zu begrenzt ist – allein, wir können uns nur schwer vorstellen, wie eben diese Beurteilung einigermaßen solide *innerhalb* des Gutachterverfahrens erfolgen kann: Weder wird der Patient zu seiner Störung befragt, noch gibt es ein standardisiertes Bewertungsschema. Zudem zeigt die Varianz zwischen den Gutachtern in den Bewertungen (die Ablehnungsquoten von 48 VT-Gutachtern lagen im Jahr 2000 bei durchschnittlich 2250 Begutachtungen pro Gutachter zwischen 1% und 7% [Dahm, 2001]), dass keinesfalls von einer einheitlichen Bewertung auszugehen ist. Ein Prüfverfahren ohne akzeptable Objektivität (hier insbesondere: Auswertungs- und Interpretationsobjektivität) kann keine annehmbare Reliabilität erreichen, und damit rückt die Validität der Begutachtung naturgemäß in weiter Ferne [Wirtz und Caspar, 2002].

Die Frage, ob der Therapeut die wirtschaftlichste Behandlung gewählt hat (C)

Es entspricht den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung, nur notwendige und wirtschaftliche Behandlungen zu finanzieren. Dieser hohe Anspruch wird im Rahmen des Gutachterverfahrens aber gar nicht eingelöst. Welche Therapieform (von den drei gegenwärtig zur Auswahl stehenden) bei einer Störung angemessen ist, wird überhaupt nicht geprüft. Differenzielle Indikationsstellungen lassen sich zumindest nicht nachweisen [Puschner und Kordy, 2001] und sind wohl auch nicht beabsichtigt. Sollte es aber (wie von Altherr et al. angesprochen) um die alternative Indikation einer somatischen Therapie oder gar einer Psychopharmakotherapie gehen, wozu bedarf es dann noch des Konsiliarberichtes eines persönlich untersuchenden Arztes? Kann der Gutachter besser als ein persönlich untersuchender Arzt beurteilen, ob die gewählte Psychotherapie die beste Behandlung ist? Außerdem ist der Konsiliararzt gesetzlich vorgeschrieben. Wie kann überhaupt begründet werden, dass hier eine doppelte Kontrolle verlangt wird?

Erstes Resümee

Nimmt man also die drei genannten Prüfaufträge kritisch unter die Lupe, so bleibt nur Auftrag B übrig – A ist eigentlich unzulässig, C ist nicht stimmig. B ist sinnvoll und zweckmäßig, aber es ist fraglich, ob das Antrags- und Gutachterverfahren diesen Anspruch erfüllen kann. Ohne ins Detail zu gehen, sei darauf verwiesen, dass es hinsichtlich der Interraterreliabilität von Begutachtungen im Gesundheitswesen – und um die geht es hier – bislang nur höchst unzureichende Forschung gibt. Die wenigen vorliegenden Befunde lassen auf mäßige Übereinstimmungen schließen [z.B. Frank et al., 2002]. Für Psychotherapieantragsbegutachtungen liegen bislang nur Erhebungen zu tiefenpsychologischen/psychoanalytischen Therapieanträgen vor [Rudolf et al., 2002], zu verhaltenstherapeutischen Anträgen leider noch keine [vgl. zur Übersicht Merod und Vogel, 2002b].

Weitere Aspekte der Antragsbegutachtungen

Die Autoren betonen, dass das Gutachterverfahren vergleichsweise *wirtschaftlich* sei. Bei Wirtschaftlichkeitsberechnungen setzt man üblicherweise die direkten und indirekten Kosten zu dem geschätzten direkten und indirekten Nutzen in Beziehung. Darüber hinaus zieht man Vergleichswerte heran. Die Berechnungen von Köhlke [2001] erscheinen uns in diesem Zusammenhang als wegweisend. Köhlke kann zwar – ebenso wenig wie Altherr et al. – keinen unmittelbaren finanziellen Nutzen des Verfahrens benennen, berechnet aber die Kostenseite wesentlich umfassender und realistischer (DM 240,- bei einem Langzeittherapieantrag, DM 145,- bei einem Kurzzeittherapieantrag). Er rechnet sie auf eine «per Gutachten genehmigte» Therapiestunde um und vergleicht sie mit den entsprechenden Zahlen für die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (differenziert für die einzelnen Antragsschritte und für die gesamte Therapie). Diese Kostenschätzung zeigt, dass die durch das Gutachterverfahren verursachten Kosten in der Verhaltenstherapie mit 7,8% der Kosten einer genehmigten Therapie deutlich höher liegen als bei der Psychoanalyse mit 2,1% oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit 6,2%, obwohl für die Verhaltenstherapie ein höherer Grad an empirischer Evidenz bzw. eine höhere Wirksamkeit angenommen werden kann. Dabei berücksichtigt Köhlke nur die Kosten aus Krankenkassensicht, also Honorare und Verwaltungskosten. Die aus volkswirtschaftlicher Sicht eigentlich zu berücksichtigenden indirekten Kosten, also z.B. der Zeitaufwand der Therapeuten für den Antrag, der durch die Honorare nicht gedeckt ist, geht ebenso wenig in die Berechnung ein, wie die Zusatzbelastungen für den Patienten.

Ein besonderes qualitätssicherndes Element des Gutachterverfahrens ist nach Ansicht der Autoren der subtile Effekt der Selbstreflexion der Therapeuten. Der Therapeut würde beim Antragschreiben angeregt, selbstkritisch über die Therapie zu reflektieren und damit beim internen Qualitätsmanagement unterstützt. Dies ist eine ungeprüfte Annahme, die unterstellt,

dass der Therapeut bzw. die Therapeutin ohne den Therapieantrag nicht hinreichend über eine geplante Therapie reflektieren würde. Man könnte aus unserer Sicht mit der gleichen Plausibilität auch folgende Annahme formulieren: Wenn die Krankenkasse anstelle des Gutachterverfahrens für die Hälfte der eingesparten Kosten dem Therapeuten aktuelle Bücher oder Literaturgutscheine schenken würde, dann wäre er vielleicht genauso stark motiviert, seine Therapiekonzepte zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Eingedenk der empirischen Orientierung in der Verhaltenstherapie halten wir es durchaus für realisierbar, eine Studie zu initiieren, in der beide Hypothesen vergleichend geprüft werden. Wir sind gespannt auf deren Ergebnisse.

Perspektiven der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Abschließend reflektieren Altherr et al. über *Verbesserungsmöglichkeiten* im Gutachterverfahren und bei der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie:

- Sie schreiben zunächst von Qualitätszirkeln, zu denen die Gutachter sich treffen könnten. Darin liegt sicher wertvolles Verbesserungspotenzial, vor allem, wenn es auch darum geht, auf der Basis definierter Kriterien an einer Verbesserung der Interraterreliabilität der Begutachtungen zu arbeiten.
- Eine weitere Verbesserungsmöglichkeit sehen die Gutachter darin, dass zukünftig die Antrag stellenden Therapeuten einen Abschlussbericht schreiben könnten. Hier wird wirklich Pionierarbeit vorgeschlagen, die sogar das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland umwandeln könnte. Wie Linden [1998, S. 503] ausführt, bedeutet ein solcher Vorschlag juristisch, dass die therapeutische Arbeit, die bisher als Dienstleistung konzipiert ist, tendenziell in eine Werkvertragsleistung umgewandelt wird, bei der die Kostenübernahme vom Erreichen des angekündigten Gesundheitsziels abhängig gemacht wird. Auch im alten China soll der Arzt das Honorar nur bei erfolgreicher Behandlung beanspruchen haben können, und die Schwäbisch-Gmünder-Ersatzkasse erprobt zur Zeit ein ähnliches Modell für die Pflegesätze bei Reha-Behandlungen. Der Abschlussbericht liegt somit durchaus im Trend, nur sollte er dann nicht *l'art pour l'art* eingeführt werden, sondern mit klarer Festlegung der Bewertungskriterien, ihrer Konsequenzen und einer sorgfältigen Begleitforschung, die dabei perspektivisch das gesamte ambulante Gesundheitswesen ins Blickfeld nimmt.
- Schließlich wird die Idee angesprochen, die Patienten selbst zu Wort kommen zu lassen, etwa indem eigene Problemschilderungen bei der Begutachtung berücksichtigt werden. Auch dies ist erwägenswert und wurde bereits von Köhlke [1998] vorgeschlagen, der auch entsprechende Handreichungen publizierte [Köhlke, 2000].
- Eng mit dem letzten Vorschlag verbunden ist die Anregung, Symptomlisten oder Standardfragebögen durch die

Patienten bearbeiten zu lassen und dem Therapieantrag beizufügen. Prinzipiell ist auch dies durchaus möglich. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Ergebnisse derartiger Fragebögen keinesfalls mit den Normwerten dieser Bögen in Verbindung gebracht werden dürfen. Wenn Tests oder kriteriumsorientierte Fragebögen in «Begehrssituationen», wie es der Therapieantrag nun einmal darstellt, ausgefüllt werden, ist keinesfalls mit einer neutralen Fragebogenbearbeitung durch den Klienten/Patienten und auch nicht mit einer neutralen Instruktion durch den Therapeuten zu rechnen, und die Abweichungen sind indikations- bzw. personenbezogen *nicht* zu kalkulieren. Daher scheidet der Vergleich der individuellen Testergebnisse mit Standardnormwerten des Fragebogens aus [vgl. Lienert und Raatz, 1994; Bortz und Döring, 1995, S. 178]. Dann aber muss die Frage gestellt werden: Wozu können die Fragebögen noch verwendet werden, wenn die Ergebnisse nur qualitativ interpretiert werden dürfen? Wohl kaum anders als die Patientenfragen von Köhlke [2000].

Eine Weiterentwicklung bzw. ein Überdenken des Gutachterverfahrens sollte die *Funktion externer Qualitätssicherung* berücksichtigen. Dazu gehört insbesondere die Prüfung des Zugangs zu den Behandlern. Weitere Fragen der externen Qualitätssicherung sind denkbar, aber für die ambulante Gesundheitsversorgung gegenwärtig ausgeschlossen. Externe Qualitätssicherung sollte ferner darauf ausgerichtet sein, (internes) Qualitätsmanagement der Psychotherapeuten zu ermöglichen und zu fördern, nicht aber zu behindern oder die Therapeuten veranlassen, sich mit wenig zielführenden Nebenbeschäftigungen aufzuhalten, anstatt den Therapieprozess kontinuierlich ergebnisorientiert zu hinterfragen.

Den von Altherr et al. vorgelegten Veränderungsvorschlägen für das Gutachterverfahren lassen sich vor diesem Hintergrund noch eine Reihe weiterer hinzufügen:

- Man könnte die Therapeuten (nicht nur die Gutachter) zur Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln verpflichten oder diese Teilnahme mit Entlastung, z.B. bei der Begutachtung, honorieren [vgl. DPTV, 2001]. Natürlich setzt dieser Vorschlag voraus, dass Begutachtungsdaten über verschiedene Krankenkassen, Gutachter und Therapeuten hinweg zusammengeführt werden. Aber die Intransparenz des Systems ist ohnehin eine zentrale Kritik und hat mit moderner Qualitätssicherung wenig zu tun.
- Das Gutachterverfahren könnte sich auf Stichprobenprüfungen beschränken und diese gegebenenfalls um persönliche Begutachtungen, Verlaufsbögen oder Ähnliches erweitern [vgl. Merod und Vogel, 2002a].
- Man könnte das Auswahlverfahren der Gutachterberufung transparent machen, Gutachter auf Zeit berufen und alle zugelassenen Psychotherapeuten oder zumindest alle zugelassenen Supervisoren – jeweils für bestimmte Zeitabschnitte – zu Gutachtern berufen. Dann käme das Verfahren dem gelegentlich reklamierten Anspruch, ein Peer-Review-Verfahren zu sein, etwas näher.

- Man könnte schließlich gar die anachronistische Schulenbezogenheit der Psychotherapie-Richtlinien aufheben oder zumindest eingrenzen, vergleichbare Stundenkontingente für alle Psychotherapeuten festlegen und sie auf einen störungsbezogenen und evidenzbasierten Therapieplan verpflichten [vgl. Vogel et al., 1999].

Es wäre an der Zeit, systematische und qualifizierte Erprobungen von Alternativ- und Veränderungsmodellen einzuleiten (Modellprojekte nach §§ 63–65 SGB V). Die Leitfrage

dabei müsste sein: Welches System führt zu den besten Ergebnissen bei der Psychotherapieversorgung und ermöglicht gleichzeitig eine hohe Wirtschaftlichkeit sowie hohe Zufriedenheit von Therapeuten und Patienten. Angesichts der beträchtlichen Kosten des Gutachterverfahrens wären die angesprochenen Alternativen nicht nur in der Erprobung und späteren Umsetzung kostengünstiger, sondern wegen der zunehmenden höheren Wirksamkeit auch deutlich wirtschaftlicher.

Literatur

Bämayr A: Unzulässigkeit des «Gutachterverfahrens vor Psychotherapien» aus strafrechtlichen Gründen. *Psychotherapeutenforum* 2001;8: 32–38.

Bortz J, Döring N: *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. 2. Aufl., Berlin, Springer, 1995.

Dahm A: Gutachterstatistik 2000 für die analytischen Psychotherapieverfahren und die Verhaltenstherapie. Rundschreiben an alle Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie und an Gutachter für Verhaltenstherapie vom 19.04.2001.

Deutscher Psychotherapeutenverband / DPTV: Modellprojekt zur Erprobung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapeutenforum* 2001;8: 17–25.

Faber FR, Dahm A, Kallinke D: *Faber/Haarstrick: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. 5. Aufl. München, Urban und Fischer, 1999.

Frank S, Vogel H, Holderied A, Schmidt, D: Vergleich unterschiedlicher sozialmedizinischer Verfahren der Reha-Zugangssteuerung bei der Rentenversicherung. *Prax Klin Verhaltensmedizin Rehabilitation* 2002;15: 107–112.

Köhlke H-U: Qualitätssicherung durch Gutachterverfahren – Aber wie qualitätsgesichert ist das Verfahren selbst?; in Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Tübingen, DGVt, 1998, S. 785–832.

Köhlke H-U: *Psychotherapie-Gutachterverfahren: Formulare zur Rationalisierung des Berichtsaufwands*. Materialie 43. Tübingen, DGVt, 2000.

Köhlke H-U: Zur Verhältnismäßigkeit des Psychotherapie-Gutachterverfahrens. Keine Legitimation für zu kurze Antragsschritte. *Verhaltenstherapie psychosoziale Prax* 2001;33: 746–753.

Lienert GA, Raatz U: *Testaufbau und Testanalyse*. 5. Aufl. Weinheim, Beltz, 1994.

Linden M: Diskussionsbeitrag; in Vogel H, Merod R (Hrsg): *Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie*. Bericht über eine Podiumsdiskussion beim DGVt-Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin am 19.02.1998. *Verhaltenstherapie psychosoziale Prax*, 1998;30:481–508.

Merod FR, Vogel H: Zur Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens in der ambulanten Verhaltenstherapie. Ein Diskussionsvorschlag. *Verhaltenstherapie psychosoziale Prax*, 2002a;34:105–112.

Merod FR, Vogel H: Das Gutachterverfahren als Mittel und Gegenstand von Qualitätssicherung – aus der Perspektive ambulanter Verhaltenstherapie; in Linster HW, Härter M, Stieglitz RD (Hrsg), *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Beratung*. Göttingen, Hogrefe, 2002b, im Druck.

Puschner B, Kordy H: Der Zugang zur ambulanten Psychotherapie – eine Evaluation des Gutachterverfahrens. *Verhaltenstherapie psychosoziale Prax* 2001; 33:487–502.

Rudolf G, Jakobsen T, Hohage R, Schlösser A.: Wie urteilen Psychotherapiegutachter? Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachtern auf der Grundlage der Gutachtenkriterienliste. *Psychotherapeut* 2002;47: 249–253.

Vogel H, Laireiter A: Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Auf der Suche nach geeigneten Werkzeugen für ein zerbrechliches Material; in Laireiter A, Vogel H (Hrsg): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Tübingen, DGVt, 1998, S. 835–859.

Vogel H, Wagner R, Borg-Laufs M: Von der Richtlinienpsychotherapie zur wissenschaftlichen Psychotherapie – eine Chance für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland?! *Verhaltenstherapie psychosoziale Prax*, 1999;31:145–150.

Vollmer RJ, Vollmer PM: *Psychotherapie in der Vertragsärztlichen Versorgung*, Loseblattsammlung, 14. Ergänzungslieferung. Remagen, AOK-Verlag, 2002.

Wirtz M, Caspar F: *Beobachtungsübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen, Hogrefe, 2002.