

# 1. Einführung

Entsprechend den Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigt eine Gutachterstatistik, dass im Jahr 2009 für den Bereich Verhaltenstherapie insgesamt 142.896 Gutachten von 78 Gutachtern erstellt wurden. Die Ablehnungsquote lag durchschnittlich bei 2,8% mit einer Varianzbreite von 1% bis 8%. Sie ist damit gegenüber dem Vorjahr unverändert. Die Änderungsquote der Fälle, die nur mit Änderungen bewilligt wurden (bspw. Reduzierung der beantragten Stunden), lag durchschnittlich bei 6,4% – mit einer Varianzbreite von 1% bis 44% – und ist damit gegenüber dem Vorjahr etwas gesunken (von durchschnittlich 7,2% auf 6,4%). Eine Obergutachtenstatistik ergab, dass acht der neun Obergutachter insgesamt 551 Obergutachten erstellt haben. Die durchschnittliche Ablehnungsquote lag bei 18,1% und ist verglichen mit dem Vorjahr (16,6%) angestiegen. Die Änderungsquote lag bei 26% (Vorjahr 27%).

Im Jahr 2008 habe ich eine Umfrage im Rahmen des praxisinternen Qualitätsmanagements nach einem von mir entwickelten Fragebogen durchgeführt. Zielgruppe war eine systematische Auswahl von Vertragspsychotherapeuten aus dem gesamten Bundesgebiet. Das Umfrageergebnis zeigte, dass sich viele Kollegen aus den unterschiedlichsten Gründen kaum in der Lage sehen, diese Arbeit neben ihrem Praxisalltag zu bewältigen. Dies führt auch dazu, dass viele Kollegen externe Unterstützung in Anspruch nehmen.

Von denen, die sich externe Unterstützung holen, erleben hierdurch fast ausnahmslos alle befragten Therapeuten eine spürbare zeitliche Entlastung und können sich gar nicht mehr vorstellen, die Berichte neben ihrer therapeutischen Arbeit selbst zu schreiben. Etwa 20% der Befragten wünschen sich die Sicherheit der Bewilligung und haben aufgrund mangelnden Zutrauens die Befürchtung, dass ihr Antrag abgelehnt wird. Dabei scheint die Angst der Therapeuten vor Ablehnung vor dem Hintergrund der Gutachterstatistik unbegründet. Die Zeit, die sie dann bei deutlich höher empfundenem Aufwand mit der Nachbesserung oder mit Widersprüchen verbringen müssen, wollen sie verständlicherweise „nicht auch noch aufbringen“. („Ich möchte nicht noch am Wochenende arbeiten, da will ich Zeit für meine Kinder haben.“) Ein Kollege berichtete mir einmal, dass er selbst etwas zwanghaft strukturiert sei, sich deshalb immer verzettele, den Bericht anfangs und nicht zu Ende bekomme.

Insbesondere solchen Kollegen möchte ich nachfolgend aufzeigen, dass es möglich ist, mit minimalem Aufwand einen Bericht zu verfassen, wenn Sie sich auf

die für den Antrag wesentlichen Aspekte beschränken. Perfektionismus ist nicht gefragt. Im Gegenteil, es hat schon viele positive Rückmeldungen von Gutachtern für Berichte gegeben, die nicht nur individuell, sondern auch mit einigen authentischen Besonderheiten verfasst wurden. Bedenken Sie: Auch die Gutachter wollen nicht den „Einheitsbrei“ lesen. Ich stelle auch immer wieder fest, dass vielen Kollegen das Berichtschreiben deshalb schwerfällt, weil sie aufgrund der Nähe zum Patienten Schwierigkeiten haben, den Fall auf das Wesentliche zu beschränken und für den Bericht zu reduzieren.

Immerhin halten ca. 25% der oben genannten Befragten das Antragschreiben auch für ein wichtiges Instrument in Bezug auf das Qualitätsmanagement in der eigenen Praxis und nutzen es zur Reflexion. Diese Befragten empfanden auch die Kommentare der Gutachter als hilfreich.

Den Bericht an den Gutachter zur Selbstreflexion und zur Therapiedurchführung zu nutzen, ist äußerst hilfreich, um das eigene Vorgehen zu strukturieren und Defizite zu erkennen. Viele Kollegen gehen bei der Therapie intuitiv vor, was aber die Fallkonzeption erschwert. Dann bereiten Mehrfachdiagnosen besondere Probleme und stellen einen erhöhten Zeitaufwand dar. Auch das Erstellen einer Bedingungs- und Verhaltensanalyse fällt vielen Kollegen nicht leicht. Dies führt dann dazu, dass keine fundierte Zielsetzung bzw. Behandlungsplanung und Methodenauswahl getroffen wird, was wiederum den Therapieprozess erschwert.

Das Gutachterverfahren, welches Voraussetzung für die Einführung der Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung war (vgl. Rüger, Dahm & Kallinke, 2008, S. 80), unterliegt schon seit Jahren einer heftigen Debatte. Vorgesehen ist es jedoch als ein Instrument zur Qualitätssicherung.