



# Psychotherapie **Aktuell**

- ❏ Zunahme Psychischer Erkrankungen  
– Antworten für die Versorgung
- ❏ Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie
- ❏ Neue Aufgaben für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?



## Gesundheitspolitik

- 2** **Symposium der DPtV am 10. Juni 2010 in Berlin**  
**Zunahme Psychischer Erkrankungen – Antworten für die Versorgung**  
**Dieter Best**  
 Einführung in das Thema der Veranstaltung  
**Hans Dörning**  
 Psychische Erkrankungen – Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts?  
 Erkenntnisse und neue Daten aus der stationären Versorgungsanalyse  
**Birgit Albs-Fichtenberg**  
 Innovative Versorgungsansätze im Krankenhaus der Regelversorgung:  
 ein Praxisbeispiel  
**Thomas Ballast**  
 Über-, Unter- und Fehlversorgung bei psychisch Kranken  
**Barbara Lubisch**  
 Versorgungsverbesserung durch Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse für Psychotherapeuten  
**Mechthild Lahme / Anne Spreyer / Gudrun von Stösser**  
 Podiumsdiskussion: Psychische Erkrankungen – Wer versorgt wann, wie und warum?
- 14** **Sabine Schäfer**  
 Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie
- 20** **Carsten Frege**  
 Finanzierung des Gesundheitswesens:  
 Lerneffekte für den Reformprozess – was zeigen die Niederlande?

## Fachbeiträge

- 22** **Sabine Trautmann-Voigt**  
 Babys in Not und Mütter im Visier –  
 Neue Aufgaben für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?
- 26** **Angelika Enzian**  
 FAMOSes Projekt in Paderborn  
 Größtes Präventionsprogramm Deutschlands angelaufen

## Aus Wissenschaft und Forschung

- 30** **Cornelia Rabe-Menssen**  
 KBV-Messe „Versorgungsinnovationen 2010“

## Aus der Praxis – für die Praxis

- 32** **Runa Niemann**  
 Praxiskauf – Tipps für den Erwerber
- 35** **Informationsblatt**  
 Steuerliche Absetzbarkeit von (Auslands-)Fortbildungen

## Ausbildung

- 34** **SWR 1 interviewt PiA**  
 PiA ohne Geld – Diplompsychologen in Kliniken arbeiten während ihrer Psychotherapeutenausbildung unentgeltlich
- 37** **Erika Behnen**  
 Grundrechtlicher Spielraum für die Regelung der Profession des KJP, des EP, des PP oder des P – Zweiter Teil

## Rechts- und Versicherungsfragen

- 41** **Caroline von Prittwitz**  
 Auch bei Insolvenz des Arztes ist die Verrechnung von zu viel gezahlten Honoraranteilen mit Abschlagszahlungen zulässig
- 42** **Timmy Klebb**  
 Flexibles Vorsorgekonzept zu Sonderkonditionen vereinbart – Psychotherapeuten profitieren von neuem Gruppenvertrag

## Veranstaltungen

- 43** **Veranstaltungskalender Juli bis September 2010**
- 44** **Kleinanzeigen**

## Verbandsintern

- 45** **Adressen DPtV/Impressum**

## Rezensionen

- 46** **Christiane Dittmann**  
 Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie  
 Bd. I: Zwischen Freiheit und Determination  
 Bd. II: Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis
- 47** **Claus Nowak**  
 Das Gefühlsklavier  
 Vom stimmigen Umgang mit unseren Emotionen

## Nachruf

- 48** **Thomas Kornbichler**  
 Zum Tod von Prof. Dr. med. Nossrat Peseschkian



In den PT-R wird das sogenannte Gutachterverfahren geregelt. Es gilt als der Regelbaustein in der Psychotherapie, der – durch die Bewilligung/Ablehnung von Psychotherapie-Kontingenten – vor allem die Strukturqualität gewährleisten soll. Damit ist gemeint, dass eine beantragte und genehmigte Psychotherapie den Anforderungen der PT-R genügt. Mit seinem Bericht an den Gutachter soll sich der Psychotherapeut mit der Frage auseinandersetzen, warum dieser Patient eine Psychotherapie bei diesem Psychotherapeuten benötigt. D.h. der Bericht soll erklärend darstellen, dass der Patient tatsächlich eine behandlungsbedürftige Erkrankung im Sinne des Abschnitt D der PT-R hat, die ggf. auch bei einem Umwandlungs- und Fortführungsantrag noch besteht und dass eine Psychotherapie mit dem gewählten Verfahren indiziert ist (Abschnitt B der PT-R). Die Entwicklung eines Therapieplans soll dazu dienen, die Prozessqualität zu fördern.

Die Beurteilungen des Gutachters basieren lediglich auf dem, was ihm vor der (Weiter-)Behandlung zur Verfügung steht: ein schriftlicher Bericht des Psychotherapeuten, ein kurzer Konsiliarbericht zum aktuellen körperlichen Befund und dessen Relation zur Indikationsstellung Psychotherapie sowie ggf. einige Unterlagen über Vorbehandlungen, die der Behandler oder die Krankenkasse beifügt. In der Praxis bedeutet dies, die Bewilligung der Therapie ist im Wesentlichen davon abhängig, was der Therapeut jeweils vor einer Behandlung *schreibt*. Ob die Behandlung letztendlich den Problemen des Patienten gerecht wird, oder auch dessen Erwartungen an das Ergebnis der Behandlung,

bleibt dabei offen und betrifft letztlich neben der Prozessqualität auch die Ergebnisqualität.

Ob es sich beim GAV um eine qualitätssichernde Vorgehensweise handelt und ob der Bericht an den Gutachter tatsächlich Qualität sichert, ist umstritten. Die Befürworter, darunter

### „Ob der Bericht an den Gutachter tatsächlich Qualität sichert, ist umstritten.“

die im System etablierten Gutachter, sehen in dem GAV die Absicherung, dass sich ein Psychotherapeut über den Patienten und seine Behandlung ausführlich Gedanken macht und ein Gutachter bei ungünstigen Behandlungsverläufen und -prognosen supervisorisch korrigierend eingreifen kann. Auf den Seiten der Kritiker wird immer wieder auf eine repräsentative Praxisstudie von Dr. Hans-Ulrich Köhlke (2000) verwiesen, die in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dahme von der Universität Hamburg und 640 niedergelassenen Kollegen realisiert wurde. Als Fazit wurde kritisiert, dass das GAV nicht in der Lage sei, die von ihm angestrebten Ziele zu erreichen und die üblichen Gütekriterien zu erfüllen. Darüber hinaus wurde belegt, dass die überwiegende Mehrheit der Kollegen (75% über alle Verfahren) den Bericht an den Gutachter als „Bewertung des Formulierungsgeschickes“ „nicht der Therapiequalität“ erleben, die Rückmeldungen der Gutachter ohne supervisorischen Wert für ihre Behandlung des Patienten sind und darüber hinaus die Erstellung eines Berichtes mit 3 bis 4 Stunden schlecht bezahlt werde (Köhlke 2000, S. 161, S. 96, S. 119). Niedrige Punktwerte, Punktzahlgranzvolumen oder der Ein-

bezug der Psychotherapeuten in die Konvergenzregelungen (so geschehen in Baden-Württemberg) führen über viele Quartale bis heute dazu, dass die Berichte an den Gutachter (fast) unbezahlt bleiben.

Als Replik zu Köhlke sind die Aufsätze von G. Rudolf et al. „Wie urteilen Psy-

chotherapiegutachter?“ (2002) und S. Sulz et al. „Wie urteilen Verhaltenstherapiegutachter?“ (2003) zu werten, die Belege für die Reliabilität des Verfahrens geben: Gutachter urteilen über die ihnen vorgelegten Berichte oftmals gleich. In der Kleinstudie von Rudolf et al. wurden allerdings nur die Gutachter für TfP und AP untersucht – die häufig vorgetragenen Uneinigkeiten zwischen den TfP-Kollegen, die Berichte schreiben und deren AP/TfP-Gutachtern wurden in dieser Studie nicht beleuchtet (Gründe hier-

### „Ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität wird zwischen den Vertragspartnern der Psychotherapie-Vereinbarungen vereinbart“.

für werden noch aufgegriffen, siehe grauen Kasten S. 22).

Auch aufgrund dieser Kritiken wurde von der Techniker Krankenkasse das sogenannte TK-Modell entwickelt, ein Monitoring-System als Alternative zum GAV, und in verschiedenen Mo-

dellregionen für fünf Jahre erprobt. Die Ergebnisse sollen im Herbst dieses Jahres vorgestellt werden.

Neben der immer wieder diskutierten Frage, was das Gutachterverfahren leistet und was nicht, ist das in den meisten Gremien der Selbstverwaltung konsentrierte Defizit des GAV die fehlende Erhebung und Dokumentation der Ergebnisqualität. Da die Berichte an den Gutachter jeweils nur zu Beginn eines Therapieabschnitts geschrieben werden, fehle der Blick auf die Katamnese. Dabei solle doch gerade dieser Aspekt das Hauptaugenmerk der Qualitätssicherung in der Psychotherapie sein, ob – und im besten Fall – dass die Therapie „etwas gebracht hat“, also ein Therapieerfolg sich einstellt. Dieses Defizit ist seit vielen Jahren auch im Blickfeld der Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung. So wurde der bestehende Hinweis im § 28 (2) der Psychotherapie-Richtlinie am 17. Juli 2008 noch einmal von allen Bänken im G-BA bestätigt: „Ein Verfahren

zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität wird zwischen den Vertragspartnern der Psychotherapie-Vereinbarungen vereinbart“. Im Zuge der Umsetzung werden sicherlich auch psychometrische Instrumente überlegt.

**B. Der Weg zum Gutachter**

Gutachter und Obergutachter werden – nach Rücksprache mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen – von der KBV benannt. Alle fünf Jahre (Dauer der Amtszeit) werden – je nach Bedarf – neue Gutachter benannt bzw. wird die Amtszeit der bereits Benannten verlängert. Die neu zu besetzenden Ämter werden im Deutschen Ärzteblatt bzw. der Ausgabe PP etwa ein Jahr im Voraus ausgeschrieben, die letzte Ausschreibung erfolgte in Heft 24 vom 13. Juni 2008. Die letzte Benennung von Gutachtern fand im Frühjahr 2009 statt. An dieser Stelle sei noch erwähnt, dass sich Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erst seit 1999 im Rahmen dieser Nachbesetzungen als Gutachter bewerben konnten.

Um als Gutachter in Betracht zu kommen, müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. So bestimmen die Psychotherapie-Richtlinien die formalen Bedingungen: Ein Bewerber beispielsweise aus den Reihen der Psychologischen Psychotherapeuten muss approbiert sein und die Fachkunde in VT oder die doppelte in TfP und AP besitzen. Darüber hinaus ist der Nachweis zu erbringen, dass der Bewerber

mindestens fünf Jahre im jeweiligen Verfahren und hier auch fünf Jahre als Dozent sowie als Supervisor tätig war. Letztere Eigenschaft muss zum Zeitpunkt der Bewerbung noch vorliegen. Die PT-R fordert zudem, dass der Bewerber mindestens drei Jahre an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung teilgenommen hat und zum möglichen Beginn der Gutachtertätigkeit noch nicht älter als 55 Jahre ist. Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten gelten entsprechende Regelungen.

Nach dem Eingang der Bewerbungen werden vier Bewerberlisten erstellt – jeweils eine Liste für Verhaltenstherapie-Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche sowie für die psychoanalytisch begründeten Verfahren (=TfP und AP) Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche. Die Auswahl aus diesen Bewerberlisten erfolgt anhand einiger übergeordneter Kriterien, die in §12 (6) der Psychotherapie-Vereinbarungen (PT-V) beschrieben werden:

- Regionalverteilung
- Geschlechtsverteilung
- Verteilung ärztliche Psychotherapeuten/Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

- Erfahrungen mit Begutachtungen von Psychotherapie im Rahmen einer Tätigkeit für den MDK
- Besondere Erfahrungen und/oder Zusatzqualifikation in einem speziellen Fach- oder Vertiefungsgebiet (z. B. Gruppentherapie) oder in einem speziellen Aufgabenfeld (z. B. sozialmedizinische Begutachtung)
- Altersverteilung
- Tätigkeit in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung
- Bereitschaft und Möglichkeit, die für die sachgerechte Begutachtung notwendige Zeit im jeweils erforderlichen Umfang zur Verfügung zu stellen
- Wartezeit auf der Bewerberliste
- Keine herausgehobene Position in Berufsverbänden der Psychotherapie
- Bei Weiterbestellung als Gutachter darf in der Regel kein höheres Lebensalter als 68 Jahre bestehen. Laufende Fälle sollen abschließend bearbeitet werden können.

**Die Gruppe der Gutachter**

Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, waren z.B. im Jahre 2008 bundesweit insgesamt 163 Gutachter tätig.

Stellt man die oben genannte Gruppe der ca. 165 Gutachter (Schwankungen der Anzahl aufgrund Veränderungen

innerhalb der 5-jährigen Amtszeit) der Gruppe der Niedergelassenen gegenüber, ergibt sich folgendes Bild:

**Verhältnis der Verfahren unter den Gutachter 2008**

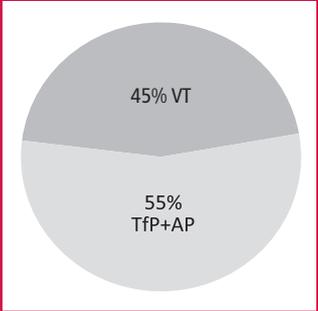


Abb. 2. Quelle der Rohdaten: KBV-Qualitätsbericht 2009

**Verteilung der Verfahren über alle Berufsgruppen in 2008**

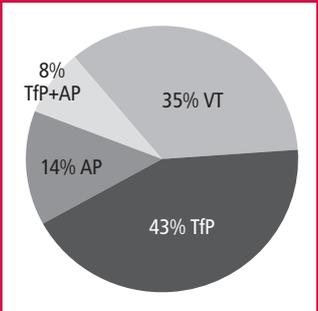


Abb. 3. Quelle der Rohdaten: KBV-Grunddaten 2009

**Gutachterstatistiken im Zeitverlauf 2005-2008**

Verfahren		Anzahl (Ober-)Gutachter	Anzahl (Ober-)Gutachten	Nichtbefürwortung %	Änderung %
tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	2005	89 Gutachter	142.128 Gutachten	3,9	10,0
		15 Obergutachter	1.765 Obergutachten	22,0	26,6
	2006	88 Gutachter	150.350 Gutachten	3,7	11,2
		15 Obergutachter	1.982 Obergutachten	22,0	23,2
	2007	86 Gutachter	153.251 Gutachten	3,8	10,4
		15 Obergutachter	2.064 Obergutachten	25,4	23,8
	2008	89 Gutachter	169.319 Gutachten	3,7	10,3
		15 Obergutachter	2.332 Obergutachten	23,2	23,3
Verhaltenstherapie	2005	77 Gutachter	117.530 Gutachten	3,3	7,7
		9 Obergutachter	656 Obergutachten	14,8	37,5
	2006	76 Gutachter	118.793 Gutachten	3,0	7,3
		9 Obergutachter	710 Obergutachten	16,0	32,7
	2007	72 Gutachter	128.125 Gutachten	3,3	6,8
		9 Obergutachter	767 Obergutachten	19,4	41,1
	2008	74 Gutachter	136.077 Gutachten	3,1	7,2
		9 Obergutachter	607 Obergutachten	16,6	27,0

Abb. 1: Quelle: KBV Qualitätsbericht 2009



Bei *begründeten* Problemen im Rahmen der Antragstellung im Gutachterverfahren, die nicht mit dem Gutachter und dem Obergutachter zu klären sind (dieser wird nur bei vollständiger Ablehnung eines Antrages eingeschaltet), können Sie sich an die KBV, hier Herrn Dr. Dahm, wenden:

Dr. Andreas Dahm  
Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Dezernat 1 - Referat Psychotherapie  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
Postfach 12 02 64, 10592 Berlin.

Hier wird deutlich, dass die Gutachter für TfP bzw. AP mit der geforderten doppelten Fachkunde TfP/AP nur aus einer kleinen Gruppe der Niedergelassenen (8%) rekrutiert werden können. Wie in der letzten Ausgabe dargestellt („Aktuelle Statistiken der KBV aus dem Blickwinkel der Psycho-

therapeuten“, Psychotherapie Aktuell 1/2010), nimmt die Anzahl der jungen Kollegen ab, die eine Ausbildung sowohl in TfP als auch in AP machen, zugunsten der Entscheidung für eines der beiden Verfahren. Das momentan bestehende (Miss-)Verhältnis der vertretenen Verfahren unter den Gutachtern lässt sich so erklären: Vor dem PsychThG war in den klassischen Analytischen Instituten die „verklammerte Ausbildung“ die Regel.

Sie erinnern sich vielleicht, dass vor dem PsychThG Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nur in der Delegation arbeiten durften, also unter Aufsicht eines Arztes und dass es vor 1980 keine und danach kaum Verhaltenstherapie in der Versorgung gab. Die Psychotherapie in der GKV war also überwiegend ärztlich und psychoanalytisch und hat sich dann über das Delegationsverfahren nur sukzessive der Verhaltenstherapie und schließlich über das PsychThG generell der Berufsgruppe der PP und KJP geöffnet. Erst nach 1999 entstanden die neuen Institute, die sich auf die moderne TfP mit ihren Kompetenzen konzentrierten.

Die noch junge Entwicklung der Eigenständigkeit der PP/KJP gepaart mit der Nachbesetzungspraxis der Gutachterstellen, ist wohl – neben anderem – der historische Grund dafür, dass bei einem Vergleich der Grundberufe der Gutachter die ärztlichen Kollegen immer noch in der Überzahl sind.

Beim Vergleich der Verhältnisse der Grundberufe der Gutachter (Abb. 4) mit dem Verhältnis in der gesamten Psychotherapeutenchaft (Abb. 5) fällt auf, dass Ärzte etwa die Hälfte aller Gutachter stellen, während deren Anteil an der niedergelassenen Psychotherapeutenchaft noch nicht einmal ein Viertel ausmacht. Auch arbeiten ca. 50 Kollegen, d.h. ca. 1/3 aller Gutachter (über alle Verfahren) nicht in der vertragspsychotherapeutischen ambulanten Versorgung der GKV.

Wie die Abbildungen 6 bis 9 zeigen, gilt dasselbe auch für die Obergutachter, die übrigens aus den Reihen der Gutachter stammen: Es findet

**Grundberufe der Gutachter über alle Verfahren in der Amtszeit 2004 - 2009**

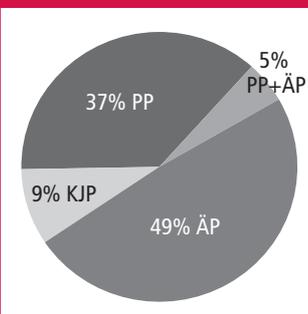


Abb. 4. Quelle der Rohdaten: Gutachterlisten von 2006-2008

**Grundberufe der niedergelassenen Psychotherapeuten über alle Verfahren 2008**

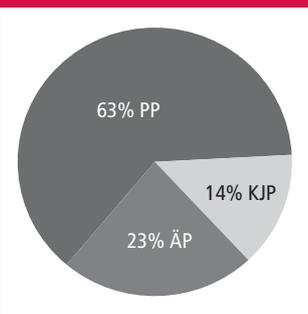
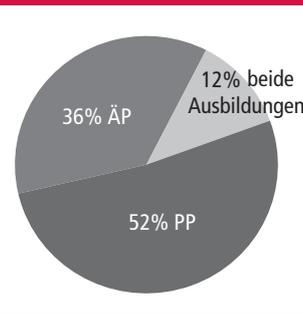
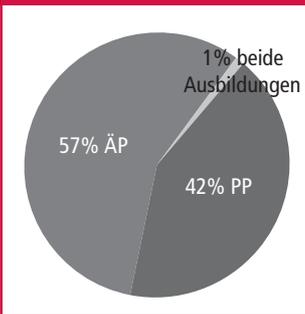


Abb. 5. Quelle der Rohdaten: KBV-Grunddaten 2009, hier leider keine Angabe von Psychotherapeuten mit beiden Grundberufen (ÄP+PP)

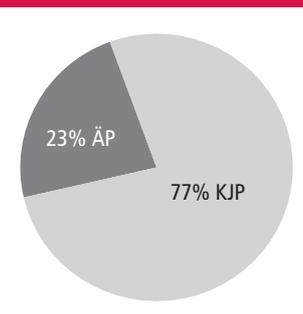
**Grundberufe der Gutachter für VT-Erwachsene**



**Grundberufe der Gutachter für TfP+AP-Erwachsene**



**Grundberufe der Gutachter für VT-KiJu**



**Grundberufe der Gutachter für TfP+AP-KiJu**

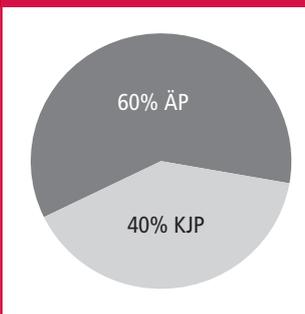


Abb. 6 bis 9. Die Struktur der Gutachter im Einzelnen (Grundberufe)  
Quelle der Rohdaten: KBV Qualitätsbericht 2009, Gutachterlisten 2004-2008

sich in der letzten Amtsperiode (2004-2009) kein einziger PP bzw. KJP unter den Obergutachtern, sondern ausschließlich ärztliche Psychotherapeuten – lediglich zwei Gutachter haben beide Grundberufe erlernt. Bei den VT-Obergutachter für Kinder- und Jugendliche fällt das Ungleichgewicht besonders auf: Hier sind beide Obergutachter Ärzte, obwohl das Verhältnis von PP/KJP zu Ärzten 10:3 beträgt (erstere also fast 80% stellen).

Fazit: Auch wenn der Zustand der ärztlichen Vorherrschaft historisch gewachsen ist, sollte sich 10 Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG auch hier die Aufstellung der Gutachter dem aktuellen Gesicht der Psychotherapielandschaft anpassen. Bei der Auswahl der Gutachter muss in Zukunft

das Kriterium der Ausgewogenheit der Grundberufe noch mehr berücksichtigt werden.

**C. Kosten des Gutachterverfahrens**  
Die Anzahl der Gutachten hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, von 2006 bis 2008 um ca. 13% (siehe Tabelle 1).

Insgesamt hat jeder Gutachter im Durchschnitt pro Jahr 1874 Gutachten und ggf. als Obergutachter noch zusätzlich im Durchschnitt 122 Obergutachten im Jahr erstellt.

Für ein Kurzzeittherapie-Gutachten zahlt die Krankenkasse 18,60 € an den Gutachter, für ein Langzeittherapie-Gutachten 38,20 €, für ein Gutachten über den Obergutachter bei ei-

	2006	2007	2008
Gutachten VT	118.793	128.125	136.077
Gutachten TfP+AP	150.350	153.251	169.319
<b>gesamt</b>	<b>269.143</b>	<b>281.376</b>	<b>305.396</b>
Obergutachten VT	710	767	607
Obergutachten TfP+AP	1982	2064	2332
<b>gesamt</b>	<b>2692</b>	<b>2831</b>	<b>2939</b>

Tab. 1. Gesamtanzahl der Gutachten pro Richtlinienverfahren 2006-2008, Quelle: KBV Qualitätsbericht 2009



**TfP/AP-Gutachter**

Wie in Abb. 2 und 3 ersichtlich, stammen die Gutachter für TfP/AP bezüglich ihrer formellen Qualifikationen aus einer sehr kleinen Gruppe der niedergelassenen TfP und APLer (8% der Behandler stellen 55% der Gutachter). Infolge dessen eröffnet sich hier eine ganz spezielle Situation: Als Gutachter für die TfP und für die AP werden ausschließlich solche Psychotherapeuten als ausreichend qualifiziert betrachtet, die beide Fachkunden besitzen. Es gibt für TfP-Anträge keine Gutachter, die ausschließlich die Fachkunde TfP erlernt haben – und dies, obwohl es seit dem PsychThG viele Ausbildungsinstitute gibt, die die TfP als eigenständiges modernes und kompetentes Verfahren lehren. Kolleginnen und Kollegen mit Fachkunde TfP klagen häufig darüber, dass „ihre“ Gutachter einen Wechsel zu einer AP vorschlagen (was dann meist einen Behandlerwechsel nach sich ziehen würde), während die Be-

handler und auch die Patienten das tiefenpsychologisch fundierte Setting als richtige Indikation betrachten.

Gutachter mit der geforderten doppelten Fachkunde in AP und TfP haben in der Regel ihre Ausbildungen in analytischen Instituten absolviert, die den Stellenwert der AP betonen. Dies könnte ggf. zu Loyalitätskonflikten führen, wenn eine Entscheidung, wann eine TfP und wann eine AP indiziert ist, ansteht. Dies könnte auch die Einschätzung darüber beeinflussen, was das jeweilige Verfahren zu leisten vermag. Eine Auflösung dieses Dissenses scheint derzeit auch in fachwissenschaftlichen Kreisen schwierig. Anzunehmen ist eine hohe Überschneidung beim Indikationsspektrum und der Behandlungsmethodik beider Verfahren. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie summiert die TfP und die AP zu einem Verfahren, welches er – wie international gebräuchlich – „Psychodynamische Psychotherapie“ nennt.

Historische Betrachtung: Früher konnte die Psychotherapie-Fachkunde (sogenannter „Zusatztitel“) über Fortbildungen in Lindau oder auf anderen Psychotherapiekongressen erreicht werden. Die Dozenten und Supervisoren für die TfP kamen damals ausschließlich aus psychoanalytischen Abteilungen oder Ausbildungsinstituten. Die früheren TfP-Kolleginnen und Kollegen entschieden sich oft erst während der TfP-Ausbildung, eine psychoanalytische Ausbildung zu machen. Später, im Rahmen der Identifikation mit den analytischen Instituten, wurde dann oft die TfP als „Schmalspurverfahren“ abgetan. 1972 wurde das sogenannte Delegationsverfahren für Diplompsychologen mit analytischer Ausbildung eingeführt (1987 für Verhaltenstherapie). Erst im Zuge des PsychThG in 1999 wurde die TfP als eigenständiges Verfahren mit eigener Fachkunderegelung etabliert. Mit der Integration von PP und KJP in die GKV wurden hohe Standards für Aus- und Weiter-

bildung mit dem Ziel der Fachkunde vorgegeben. In der (neuen) Berufsordnung für PP/KJP wurde darüber hinaus die fachgerechte sorgfältige Diagnostik, Planung und Durchführung von Behandlungen explizit in §5 Abs.2, §7 Abs. 2 und §9 Abs.1 festgehalten. Die Qualifikation zur Fachkunde nimmt seitdem qualitativ und quantitativ eine völlig andere Form an, als zu der Zeit, als das Gutachterverfahren eingerichtet wurde.

Fazit: Es sollten zukünftig TfP-Berichte von TfP-Gutachtern und AP-Berichte von AP-Gutachtern begutachtet werden. Es sollten also auch solche Kollegen als Gutachter benannt werden, die über „nur“ eine Fachkunde entweder in TfP oder in AP verfügen. Dies entspräche einer notwendigen Anpassung an den fachlichen Status und würde zudem noch die Bewerberlisten öffnen, was die Strukturqualität der zukünftigen Gutachter steigern dürfte.

dem KZT-Antrag 35,80 €, bei einem LZT-, bzw. Fortführungsantrag 76,70 €. Über 50% aller Psychotherapieanträge werden ohne einen Bericht an den Gutachter gestellt. Die demzufolge 305.396 erstellten Gutachten in 2008 werden sich schätzungsweise hauptsächlich auf LZT-Gutachten inklusive Umwandlungs- und Fortführungsanträge beziehen, denn nur bei jungen Kollegen wird im ersten Jahr der Zulassung noch kein Sachstand der Befreiung vom Bericht zur KZT bestehen.

Insofern sei an dieser Stelle ein Zahlenspiel erlaubt, welches versucht, die

Gesamtausgaben der KVen für die Kosten des GAV abzuschätzen:

Unter Einbezug von geschätzten 7% gutachterpflichtigen KZT wird hier für ein Gutachten mit einem Durchschnittswert von 37 € gerechnet. Unter dieser Annahme beläuft sich das Gesamthonorar für die 163 Gutachter in 2008 auf gut 11 Millionen € (siehe Abb. 10). Würde man diese 11.300.000 € gleichmäßig auf alle Gutachter verteilen, hätte jeder in 2008 damit einen Jahresumsatz von ca. 70.000 € erwirtschaftet. Die Verteilung der Vergabe von Begutachtungen der Krankenkassen wird jedoch nicht per PT-R oder PT-V gere-

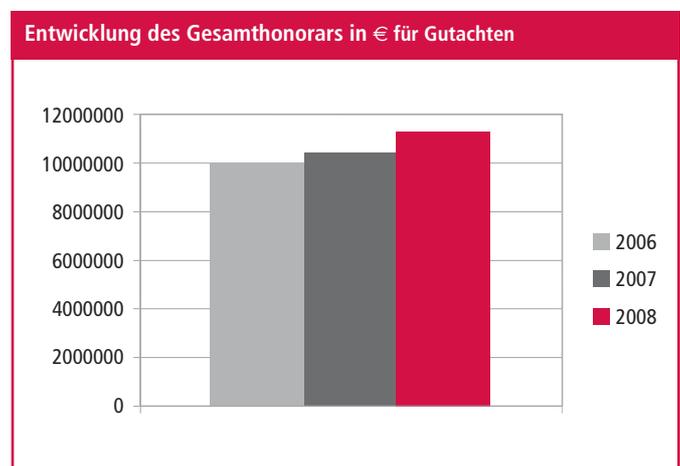


Abb. 10. Entwicklung des Gesamthonorars in € für Gutachten im Rahmen des GAV  
Quelle der Rohdaten: KBV-Qualitätsbericht 2009



**Sabine Schäfer**

Psychologische Psychotherapeutin, Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses.



gelt, weswegen die Verteilung der Begutachtungsaufträge je Gutachter sehr unterschiedlich ausfällt.

Zusätzlich kostet auch jede Berichterstattung: Der Psychotherapeut erhält nach dem EBM 2009 für einen Bericht zur KZT 26,60 € (EBM-Ziffer 35130), für einen Umwandlungs- oder Fortführungsbericht 53,38 € (EBM-Ziffer 35131). Nimmt man die Anzahl der Gutachten des Qualitätsberichts von 2008 und kombiniert sie mit dem EBM 2009 (in 2008 gab es bundesweit noch uneinheitliche Punktwerte, zuzüglich Punktzahlgrößen, die in vielen KVen weder die Bezahlung für Probatorik noch für den Bericht mehr zuließen), zahlt die Krankenkasse in dieser Hochrechnung für die Berichte an den Gutachter den Psychotherapeuten ein Jahresgesamthonorar von 15.700.000 €. Die 2.939 Berichte an den Obergutachter kosten sie darüber hinaus noch einmal 151.000 €.

Gemäß den oben gemachten Annahmen kostet das GAV das GKV-System:

ein KZT-Antrag  
18,60 €+ 26,60 € = **45,20 €**

ein LZT- bzw. Fortführungsantrag  
38,20 €+ 53,38 € = **91,58 €**

ein KZT-Obergutachten  
35,80 €+ 26,60 € = **62,40 €**

ein LZT-Obergutachten  
76,70 €+ 53,38 € = **130,08 €**

Das bedeutet, das GAV kostet das GKV-System in der Hochrechnung jährlich für

Berichte an den Gutachter	15.766.438 €
Berichte an den Obergutachter	151.730 €
Gutachterliche Stellungnahmen	11.274.127 €
Obergutachterliche Stellungnahmen	217.550 €
<b>Gesamt</b>	<b>27.409.845 €</b>

Zuzüglich zu den 27 Millionen € addieren sich Kosten für ganze Abteilungen in den Krankenkassen als auch Portokosten (Krankenkassen, Psychotherapeuten, Gutachter).

Fazit: Insgesamt kann man feststellen, dass in Anbetracht der Kosten des GAV für die Solidargemeinschaft, eine Evaluation des GAV förderlich wäre, um die Zweifel, was das Gutachterverfahren leistet und was nicht, auszuräumen. In dieser Hinsicht sind sicherlich schon erste Hinweise aus den Ergebnissen des TK-Modells zu erwarten, die Ende des Jahres veröffentlicht werden sollen.

Darüber hinaus scheint es sinnvoll, über Innovationen zum bisherigen Verfahren nachzudenken:

**D. Innovationsansätze bei den Bewilligungsschritten**

Von den 637.000 Anträgen an die Krankenkassen – das sind im Schnitt 31 Anträge pro Psychotherapeut – liefern knapp die Hälfte über das GAV (d.h. durchschnittlich 15 Berichte pro Psychotherapeut). Dem Qualitätsbe-

richt der KBV kann leider nicht entnommen werden, wie viele Gutachten jeweils auf TfP- oder AP-Berichte fallen, da beide Verfahren von denselben Gutachtern beurteilt werden. Wenn man allerdings berücksichtigt, dass den 8.764 in 2008 zugelassenen TfpPler zusammen halb so viele APLer (2.769) und „Verklammerte“ (1.619) gegenüberstehen, kann man davon ausgehen, dass von den psychodynamischen Psychotherapie-Anträgen im Gros TfpP-Berichte begutachtet werden. Dafür spricht auch, dass in der Tfp ca. alle 25 Sitzungen ein Bericht geschrieben werden muss, in der AP deutlich seltener. Wie ebenfalls in Tabelle 2 ersichtlich, sind in der VT bzw. Tfp bis zur Erreichung der Höchstgrenze von 80 bzw. 100 Sitzungen insgesamt 1-4 Be-

richte an den Gutachter notwendig, für die AP dagegen für die Höchstgrenze von 300 Sitzungen insgesamt nur 1-3 Berichte.

Mögliche kurzfristige Innovationen

- a) Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit sollten die Antragsschritte in den Verfahren überdacht werden. Die Befreiung für KZT-Anträge für Kollegen mit 35 Berichten Erfahrung wurde bereits umgesetzt. Eine analoge Regelung für eine Befreiung für LZT-Anträge für Kollegen, die 35 LZT-Berichte geschrieben haben, könnte viel Geld einsparen, das an anderer Stelle – zum Beispiel bei der Honorierung von Testverfahren – dringend gebraucht würde. Eine ähnliche Innovation wurde bereits in 2000 von Köhlike gefordert. Eine Eingabe hierzu ist 2002 im Arbeitsausschuss Psychotherapie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (heute G-BA) gescheitert.
- b) Weiter ist der 15-Stunden-Schritt in der VT unwirtschaftlich und unverständlich. Die Bewilligungsschritte und das Gesamtkontingent von Tfp und VT sollten sinnvollerweise angeglichen werden: D.h. auch die VT könnte die Höchstgrenze von 100 Sitzungen erreichen und damit viele der kostenintensive 15 Stunden-Schritt in der VT: Für die Bewilligung eines Kostenvolumens von 1.215 € zahlt die Kasse für die Begutachtung der Weiterbehandlung weitere 7% dieses Kostenvolumens für diesen 15-Stunden-Behandlungsschritt. ■

	VT						Tfp						AP					
	Erwachsene		Jugendliche		Kinder		Erwachsene		Jugendliche		Kinder		Erwachsene		Jugendliche		Kinder	
	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe
KZT	25	25	25	25	25	./.	25	25	25	25	25	./.	entfällt					
LZT	45	45	45	45	45	45	50	40	90	40	70	40	160	80	90	40	70	40
1. Fortführung	15	15	15	15	15	15	30	20	50	20	50	20	80	40	50	20	50	20
2. Fortführung	20	20	20	20	20	20	20	20	40	30	30	30	60	30	40	30	30	30
Höchstgrenze im Regelfall	80	80	80	80	80	80	100	80	180	90	150	90	300	150	180	90	150	90

Tab 2. Antragsschritte laut PT-R



**Literaturhinweis:**

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).



## Literaturverzeichnis

zu

Sabine Schäfer

## Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie

Psychotherapie **Aktuell**

Heft 2.2010

ISSN 1869-0335

Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 19. Februar 2009

Psychotherapie-Vereinbarungen in der Fassung vom 7. Dezember 1998, zuletzt geändert am 22. April 2004 (Primärkassen) bzw. zuletzt geändert am 30. Oktober 2007 (Ersatzkassen).

Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL). Beschluss des G-BA vom 20.05.2010

Jacobi, F., Poldrack, A., Hoyer, J. (2001). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie – Probleme, Strategien, Optionen. In: Sturm, J., Vogel, R. T. (Hrsg.): Neue Entwicklungen in der Psychotherapie und Psychosomatik – Aufbruch in die Vernetzung? Pabst science. S. 161-185.

KBV (2009). Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2009. URL: <http://www.kbv.de/2394.html>.

KBV (2009): Qualitätsbericht Ausgabe 2009 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. URL: <http://www.kbv.de/6793.html>.

KBV (2010-04-21). Bewerbungsverfahren und Anforderungen für eine Gutachtertätigkeit. URL: <http://www.kbv.de/themen/6118.html>.

Köhlke, H.-U. (2000). *Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit*. dgvt.

Köhlke, H.-U. (2001). Zur Verhältnismäßigkeit des Psychotherapie-Gutachterverfahrens. Keine Legitimation für zu Kurze Antrags-Prüfschritte. *PsychotherapeutenFORUM*, 4/2001, 5-11.

Köhlke, H.-U. (2000-05-07). Iatrogene "Qualitätssicherung": Grober Unfug lege artis? Hat das Psychotherapie-Gutachterverfahren (noch) eine Legitimation? URL: <http://www.medi-report.de/nachrichten/2000/05/20000507-01.htm>.

Kommer, D. (2002). Rechtliche Rahmenbedingungen für die Arbeit der Qualitätssicherungsausschüsse der Psychotherapeutenkammern. *PsychotherapeutenFORUM* 3/2002, 37-42.

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 Praxis*, 1998, 30, 481-508.

Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Springer.

Merod, F. R., Vogel, H. (2002). Zur Weiterentwicklung des Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie – ein Diskussionsvorschlag. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34/1, 105-112.

Palm, W. (2009). Deutschaufsätze bis zur Rente. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 41 (2), Suppl. 2 [Rosa Beilage], dgvt.

Pfäfflin, F. (2008). Beschwer(d)en, Jammern und Klagen. *Psychotherapeut*, vol 53, 432-440.

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

Schmid, V. (2002). Wirtschaftlichkeitsprüfung. *Psychotherapeuten FORUM*, 1/2002, 23-25.

Sulz, S., Meermann, R., Rey, E.-R., Chirazi-Stark, M. S. (2003). Wie urteilen Verhaltenstherapiegutachter? Von der Einschätzung des Fallberichtes zur Beurteilung des Antrages. *Psychotherapie*, Bd. 8, Heft 1; 35-44.

Vogel, H., Lemisz, W., Liebeck, H., Palm, W. (2002). Zur Bewertung des Gutachterverfahrens für die ambulante Verhaltenstherapie durch die GutachterInnen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* vol 12 (3), 228-231.

### Korrespondenzadresse:

**Sabine Schäfer**

Psychologische Psychotherapeutin

Tobelwasenweg 10

D-73235 Weilheim/Teck

Fon 07023 749147

Fax 07023 749146

E-Mail: [SabineSchaefer@dptv.de](mailto:SabineSchaefer@dptv.de)