

Gutachtenverfahren in der Verlängerung – Tipps für Ihre Anträge

Von **Jan Glasenapp**

Nun ging es doch in die Verlängerung, das Gutachtenverfahren. Ganz sicher nicht, weil es so beliebt ist – seine Abschaffung ist weiterhin geplant –, sondern vielmehr, weil selbst diejenigen, die den „ungeliebten Freund“ (1) kritisieren, feststellen, wie schwer es ist, für die Vorteile der Qualitätssicherung einfache Alternativen zu finden.

Die Berichte an die Begutachtenden spiegeln die hervorragende Arbeit in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung wider. Um die ethischen Prinzipien aufzugreifen, die in der Muster-Berufsordnung gefordert sind: Das Prinzip der Fürsorge wird hervorragend umgesetzt, die Beachtung der *Autonomie* und *Schadensvermeidung* ist mindestens als gut anzusehen. Lediglich die Umsetzung des Prinzips der *sozialen Gerechtigkeit* ließe sich verbessern, um eine barrierefreie Psychotherapie (2) zu schaffen, die allen Menschen offensteht – unabhängig von der Schwere der Erkrankung, ihrer Herkunft, Sprache oder Intelligenz. Wo dies scheitert, sind nicht die rechtlichen Rahmenbedingungen ursächlich, sondern ihre Umsetzung. Ein chinesisches Sprichwort sagt: „Menschen stolpern nicht über Berge, sondern über Maulwurfshügel.“ Das bedeutet in diesem Fall, dass es Berge gibt, wie die Umsetzung der sozialen Gerechtigkeit, mit denen sich die Berufsgruppe und ihre berufspolitischen Vertretungen beschäftigen müssen. Die Maulwurfshügel treten im beruflichen Alltag auf, zum Beispiel in den Berichten an die Begutachtenden.

Ich möchte hier die Gelegenheit nutzen, einige Erfahrungen aus der Begutachtung von VT-Anträgen aus den letzten Jahren mit Ihnen zu teilen, damit diese Maulwurfshügel nicht zu Stress führen, der sich vermeiden

ließe. Bis zur endgültigen Abschaffung des Gutachtenverfahrens werden ja noch ein paar Berichte zu schreiben sein, sodass es sich lohnt, die folgenden Empfehlungen zu berücksichtigen:

- Bitte lesen Sie sorgfältig die Psychotherapie-Richtlinie. Es gibt Kolleg*innen, die noch immer nicht alle wesentlichen Veränderungen der Reform von 2017 kennen. Diese bestimmen aber den Rahmen der Begutachtung.
- Bitte versuchen Sie, den Bericht entsprechend den Vorgaben im PTV3 auf zwei Seiten abzufassen. Sollten Sie regelmäßig mehr als drei Seiten benötigen, nehmen Sie an einem Workshop teil – der Aufwand dafür wird sich rentieren.
- Bitte vergessen Sie nicht, auf dem Umschlag PTV8 durch Ankreuzen zu bestätigen, dass Sie den Bericht vollständig selbst verfasst haben. Ohne diese Bestätigung darf nicht begutachtet werden.
- Bitte werfen Sie einen Blick auf den Konsiliarbericht, bevor Sie ihn in den Umschlag stecken. Ist er inhaltlich leer, wurde angekreuzt, dass Kontraindikationen bestehen, fehlt der Stempel der ausstellenden Person? Dann rechnen Sie mit nervigen Rückfragen. Ebenso, wenn „Psychiatrische Abklärung erforderlich“ angekreuzt wurde. Nach § 28 SGB V ist es unsere Aufgabe, in diesem Fall die Abklärung einzuleiten. Achten Sie darauf, dass die im Konsiliarbericht festgestellten Diagnosen mit Ihren übereinstimmen, wenn nicht, kommentieren Sie dies in Ihrem Bericht. Bitte achten Sie auch darauf, dass die Namen der Patient*innen anonymisiert sind.

- Die Bekanntgabe des Namens, auch im Bericht selbst und in den ergänzenden Befunden, verstößt gegen die Psychotherapie-Richtlinie sowie die Berufs- und Datenschutzverordnungen.
- Bitte reflektieren Sie Gründe, die einer günstigen Prognose entgegenstehen, und prüfen Sie diese kritisch; Beispiele sind regelmäßiger Substanzmissbrauch, ohne dass eine Abhängigkeit ausgeschlossen werden kann (vgl. § 27 Abs. 2 (1a) der Richtlinie), aber auch langanhaltende Arbeitsunfähigkeit und laufende Rentenanspruchsverfahren, ohne dass die Bedingungen reflektiert werden, die die Störung aufrechterhalten.
- Bitte diagnostizieren Sie sorgfältig und mithilfe standardisierter Verfahren (die mit § 10 Abs. 2 der Richtlinie „in der Regel“ eingesetzt werden sollen). Entgegen den bekannten Prävalenzdaten überraschte es mich sehr, dass von den Anträgen auf Langzeittherapie, die ich vor Beginn der Coronapandemie im zweiten Quartal 2019 begutachtete, 50 Prozent die Diagnosen F32.1 und F33.1 betrafen, nur neun Prozent auf schwere depressive Episoden oder Borderline-Störungen entfielen und ebenso viele auf andere Störungen, darunter F45, F42 oder F43.1. Leider betrafen 26 Prozent der Anträge die Diagnosen F32.0, F43.2, F41.0 und F41.2, bei denen nicht grundsätzlich eine Langzeittherapie mit 60 Einheiten indiziert ist. Nun werden manche anmerken, dass die Diagnose nur bedingt etwas über die Behandlungsbedürftigkeit eines Menschen aussagt. Trotzdem bin ich überzeugt, dass diese vermeintlich „leichten“ Diagnosen nicht gewählt würden, wenn standardisierte Verfahren zur Anwendung kämen.
- Bitte vergessen Sie nicht, dass die Begutachtenden von der Krankenkasse einen anonymisierten Ausdrucken über den Krankheitsverlauf der Patient*innen erhalten, inklusive stationärer Behandlungen und aller dokumentierten Diagnosen. Diese Befunde sollten sich in Ihrer Anamnese widerspiegeln. Insbesondere bei Vorbehandlung kann es sinnvoll sein, Befunde anzufordern, um eine Verzahnung der Behandlungen zu ermöglichen. Dabei fällt auf, dass mittlerweile Folgebehandlungen in der Begutachtung überwiegen. Bitte seien Sie durchaus kritisch, wenn es um Wechsel der Behandelnden und/oder Verfahrenswechsel innerhalb der Zweijahresfrist geht, sonst werden es die Begutachtenden sein. Die Karez zwischen zwei Behandlungen hat auch

inhaltliche Gründe, die es gegebenenfalls zu diskutieren gilt.

- Bitte beschäftigen Sie sich mit der Rezidivprophylaxe. Sie ist aus meiner Sicht ein hervorragendes Mittel, um bei schweren und chronischen Krankheiten langfristig therapeutisch zu unterstützen. Leider wird diese Option viel zu selten genutzt, oft ist auf dem PTV2 gar nichts angekreuzt, meist die Kategorie „Noch nicht absehbar“, obwohl dies nach § 14 der Richtlinie zu begründen wäre. Dabei geht es nur um Ihre Einschätzung, was zum Zeitpunkt der Antragstellung sinnvollerweise indiziert ist. Ich gehe davon aus, dass bei einem Menschen mit rezidivierender depressiver Störung und Vorbehandlung immer eine Rezidivprophylaxe indiziert ist. Wenn Sie diese rechtzeitig nutzen, wird es auch nicht mehr nötig sein, die gehäuft auftretenden Anträge auf Genehmigung einer Therapie über das Höchstkontingent nach § 30 der Richtlinie hinaus ablehnen zu müssen. Bitte denken Sie daran, dass dieses grundsätzlich einzuhalten ist. Sollte es Ausnahmen geben, dann sicher nicht mit der Begründung einer erforderlichen weiteren Stabilisierung.
- Bitte arbeiten Sie vernetzt und berücksichtigen Sie rechtzeitig weitergehende Behandlungsoptionen. Vielleicht können Sie den wenigen Patient*innen, die eine langfristige therapeutische Begleitung benötigen, das Angebot einer ambulanten Intervall-Behandlung machen.

Ich würde mich sehr freuen, wenn die hier vorgestellten Maulwurfshügel – bei aller Gegenrede, die manche Punkte provozieren mögen –, Ihnen im beruflichen Alltag helfen, nicht über sie zu stolpern. Viel Erfolg bei Ihrer weiteren Arbeit!

Literatur

Hauten, L. & Jungclaussen, I. (2022). Ungeliebter Freund. Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt, PP, 3/2022, 110–112.

Glasenapp, J. (2015). Barrierefreie Psychotherapie – wie allgemein ist die Allgemeine Psychotherapie? Projekt Psychotherapie, 2/2015, 15–17.