

Redaktion

M. Cierpka, Göttingen
P.L. Janssen, Dortmund
B. Strauß, Jena

G. Rudolf¹ · T. Jakobsen¹ · R. Hohage² · A. Schlösser³

¹ Psychosomatische Universitätsklinik der Universität Heidelberg

² Blaustein

³ Göttingen

Wie urteilen Psychotherapiegutachter?

Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachtern auf der Grundlage der Gutachtenkriterienliste

Richtlinienpsychotherapie und Gutachterverfahren

Die in der Bundesrepublik als Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen eingeführte Psychotherapie ist durch Richtlinien geregelt. Zu diesen Vereinbarungen gehört die Gutachterpflichtigkeit der Psychotherapie. Anstelle einer nachträglichen Prüfung der abgerechneten Leistungen, wie sie in der sonstigen kasernenärztlichen Praxis üblich ist, wird hier vorab die Leistungspflicht der Krankenkasse gutachterlich geprüft. Das geschieht auf der Grundlage des Berichtes, den der Psychotherapeut an die Krankenkasse richtet. So ergibt sich die Abfolge: Der Patient stellt bei seiner Krankenkasse den Antrag auf Psychotherapie; der Psychotherapeut begründet diesen Antrag durch einen ausführlichen Bericht; der Gutachter prüft den anonymisierten Bericht vor dem Hintergrund der Psychotherapierichtlinien und gibt der Krankenkasse eine Empfehlung über die Kostenübernahme; die Krankenkasse entscheidet auf der Grundlage der Gutachterempfehlung über Art und Umfang der Kostenübernahme (Dahm 2000; Faber et al. 1999; Rüger 2001). Durch die von der KBV bestellten Gutachter werden auf diese Weise jährlich eine große Anzahl von Berichten aus Erstanträgen und Fortführungsanträgen beurteilt. Das aufwendige Verfahren ist aus der Sicht seiner Befürworter ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung. Bevor eine Psychotherapie als

Leistung der gesetzlichen Krankenkasse finanziert wird, muss somit durch den Gutachter geprüft sein,

- ▶ ob eine krankheitswertige und behandlungsbedürftige Störung vorliegt, die im Indikationskatalog der Richtlinien eine psychotherapeutische Behandlung rechtfertigt;
- ▶ ob das vorliegende klinische Bild psychologisch, d. h. psychodynamisch-psychoanalytisch oder behaviorial erklärt werden kann;
- ▶ ob im Rahmen der geplanten Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Langzeittherapie, analytisches, tiefenpsychologisch fundiertes oder verhaltenstherapeutisches Verfahren) für dieses spezielle Störungsbild ausreichende Besserungschancen bestehen;
- ▶ ob das geplante Psychotherapieverfahren in seinen speziellen therapeutischen Zielsetzungen und seinem Stundenumfang in dem gegebenen Einzelfall als wirtschaftlich eingeschätzt werden kann.

Die Abfassung des Berichtes stellt an die Therapeuten die nicht geringe Anforderung, klinisch-diagnostische, ätiopathogenetische, prognostische und indikatorische Gesichtspunkte der geplanten bzw. begonnenen Behandlung in strukturierter Form und nachvollziehbar darzustellen (Linden und Dankesreiter 1996; Weigelt 2000). Für die Psychotherapeuten, welche die Berichte erstellen, ist damit eine erhebliche Anstrengung

verbunden. Andererseits soll die so erichtete „Hürde“ eine Garantie liefern für den hohen professionellen Standard der am System beteiligten Therapeuten und dem psychotherapeutischen Versorgungssystem einen Schutz bieten vor seiner missbräuchlichen Ausnutzung.

In Zeiten des knappen Geldes wird freilich auch diskutiert, ob die Krankenkassen die Kosten des als wenig reliabel und valide eingeschätzten Gutachtersystems nicht einsparen und durch andere Systeme der Qualitätssicherung ersetzen könnten (Köhlke 1998; Vogel und Laireiter 1998; DPTV 2001). Dabei wird als Argument angeführt, dass die Begutachtung von den einzelnen Gutachtern beliebig gehandhabt werde, so dass zu häufig nicht befürwortet werde – der eine Vorwurf – oder zu wenig abgelehnt werde – der andere Vorwurf. Zu diesem Thema gibt es viele, vorwiegend emotionale Meinungsäußerungen, dagegen liegen empirisch fundierte Daten über den Vorgang der Begutachtung kaum vor.

Empirische Überprüfung des Begutachtungsvorgangs

Vor dem Hintergrund der oben genannten Debatte entstand im Kreise der Gutachter, angeregt durch die DGPT, der Wunsch, das Entscheidungsverhalten der Gutachter transparenter zu machen

© Springer-Verlag 2002

Prof. Dr. G. Rudolf
Psychosomatische Universitätsklinik,
Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg

Tabelle 1

Begutachtung von vorgegebenen Berichten

	Textvorgabe	
	Positive Fälle [%]	Problematische Fälle [%]
Uneingeschränkte Befürwortung	83,4	10,4
Eingeschränkte Befürwortung	16,6	35,4
Nichtbefürwortung	0	54,2
	100 (N=48)	100 (N=48)

und zu überprüfen, auf welcher Grundlage und mit welcher Übereinstimmung sie urteilen. In einer Reihe von Sitzungen wurde eine Liste von Zweifeln erstellt, welche auf den Antragstext angewendet, zu seiner Nichtbefürwortung führen können. Diese inhaltlichen Gesichtspunkte wurden in eine Positivliste umformuliert, so dass schließlich 10 Kriterien in 3facher Abstufung definiert waren. Es sind dies solche Kriterien, die nach übereinstimmender Meinung der Gutachter erfüllt sein müssen, damit in Übereinstimmung mit den Psychotherapierichtlinien die Leistungspflicht der Krankenkasse bestätigt werden kann. Die Kriterien betreffen die bereits erwähnten Fragen nach der Krankheitswertigkeit, Psychodynamik, Behandlungskonzeption, Differentialindikation etc. (Kriterienliste: s. Anhang).

Mit Hilfe dieser Kriterienliste wurden zwei Studien durchgeführt. Die Erste befasst sich mit Aspekten der Interraterreliabilität, die Zweite hat Aspekte der internen Validität zum Thema.

Erste Studie: Interraterreliabilität bei vorgegebenen Berichten

An die Psychotherapiegutachter aus dem Bereich tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie wurde aus einem Pool von unzweifelhaft positiv eingeschätzten und fraglichen Erstberichten (aus dem Obergutachterverfahren) 2 Texte zugesandt mit der Bitte, eine gutachterliche Stellungnahme abzugeben in der Abstufung uneingeschränkte Befürwortung/eingeschränkte Befürwortung/Nichtbefürwortung und eine Einschätzung der zugesandten Fälle anhand der Kriterienliste abzugeben.

Es haben 50 Gutachter geantwortet; 48 vollständige Datensätze sind mit je zwei Fällen in die Auswertung eingegangen.

Wie übereinstimmend erkennen die Gutachter vorgegebene positive oder problematische Berichte?

Der Zusammenhang zwischen der Textvorgabe (positive und problematische Fälle) und Gutachterentscheidung ist in Tabelle 1 dargestellt.

Der bedeutsamste Fehler wäre, dass ein positiver Fall nicht befürwortet würde. Eine solche Fehlentscheidung kommt bei 48 Beurteilungen nicht vor. Vielmehr werden die positiven Fälle zu 83,4% uneingeschränkt befürwortet; bei 16,6% werden Einschränkungen gemacht.

Der nächstwichtigste Fehler wäre die uneingeschränkte Befürwortung von problematischen Fällen (das heißt solchen, die wegen Ablehnung durch den Erstgutachter in das Obergutachterverfahren gelangt sind). Dies geschieht in 10,4% der Fälle. Von den negativen Fällen werden 54% von Gutachtern eindeutig nicht befürwortet; bei 35,4% werden Einschränkungen und Auflagen geltend gemacht.

Die Gutachter reagieren also zu 90% auf die problematischen Fälle; ihre Reaktionen fallen jedoch abgestuft unterschiedlich aus: 35% geben die Chance zu einer Probebehandlung, 54% kommen zu einer Nichtbefürwortung, was bedeutet, dass sie implizit oder explizit auf die Möglichkeit des Obergutachterverfahrens verweisen.

Es kann somit festgehalten werden, dass die Gutachter die vorgelegten Erstanträge mit einer hohen Übereinstimmung beurteilen.

Welche Kriterien der Liste werden von den Gutachtern bei den vorgegebenen positiven und problematischen Berichten als erfüllt eingeschätzt?

Verglichen wird die Prozentrage, mit der die 48 Gutachter bei positiven Textvor-

gaben (A) und bei problematischen Textvorgaben (B) die einzelnen Kriterien als erfüllt einschätzten (Tabelle 2).

Die Merkmale „Somatische Anteile“ und „Differentialindikation“ konnten in den Formulierungen des ersten Entwurfs der Liste von den Beurteilern in den vorgegebenen Texten häufig nicht eindeutig eingeschätzt werden. Dagegen erscheinen die übrigen, insbesondere die fett markierten sechs Items besonders geeignet die Texte zu unterscheiden.

Anhand welcher Kriterien lassen sich befürwortete und nichtbefürwortete Anträge unterscheiden?

In dieser Auswertung sind nicht die positive oder problematische Qualität der vorgegebenen Berichte, sondern die Gutachterentscheidungen in diesen Fällen zugrunde gelegt (Tabelle 3).

Die Daten machen deutlich, wie stark die Gutachter eine Befürwortung oder Nichtbefürwortung an die Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Kriterien (speziell der fettgedruckten) binden. Bei der eingeschränkten Befürwortung (Stundenreduzierung, Probetherapie) liegt die Kriterieneinschätzung näher an jener der Nichtbefürwortung.

Fazit. Die Ergebnisse der Studie zeigen die hohe Übereinstimmung der Gutachter in der Beurteilung der positiven

Tabelle 2

Einschätzung der Kriterien bei vorgegebenen Berichten

	A [%]	B [%]
Krankheitswertigkeit	100	83
Psychodynamik	75	18
Persönlichkeit	73	27
Somatische Anteile	–	–
Stimmigkeit des Verfahrens	83	13
Prognose Behandlungskonzeption	83	16
Prognose Verlauf	77	13
Pat. Motivation	83	11
Wirtschaftlichkeit	90	35
Differentialindikation	–	–

A Kriterien erfüllt bei positiver Textvorgabe.
B Kriterien erfüllt bei problematischer Textvorgabe.

Tabelle 3

Einschätzung der Kriterien bei verschiedenen gutachterlichen Stellungnahmen

	A [%]	B [%]	C [%]
Krankheitswertigkeit	100	88	81
Psychodynamik	82	24	8
Persönlichkeit	67	40	25
Somatische Anteile	–	–	–
Stimmigkeit des Verfahren	91	32	0
Prognose Behandlungskonzeption	91	28	0
Prognose Verlauf	80	20	4
Pat. Motivation	82	32	0
Wirtschaftlichkeit	96	56	12
Differentialindikation	–	–	–

A Kriterien erfüllt bei uneingeschränkter Befürwortung.

B Kriterien erfüllt bei eingeschränkter Befürwortung.

C Kriterien erfüllt bei Nichtbefürwortung.

Tabelle 4

Einschätzung der Kriterien bei 452 Begutachtungen

	A [%]	B [%]	C [%]	D
Krankheitswertigkeit	98	87	77	0,30
Psychodynamik	86	33	22	0,58
Persönlichkeit	78	31	24	0,49
Somatische Anteile	54	52	56	–
Stimmigkeit des Verfahren	84	27	11	0,64
Prognose Behandlungskonzeption	81	22	7	0,64
Prognose Verlauf	84	28	11	0,64
Pat. Motivation	76	20	29	0,46
Wirtschaftlichkeit	90	33	9	0,71
Differentialindikation	67	18	7	0,51

A Kriterien erfüllt bei uneingeschränkter Befürwortung (N=314).

B Kriterien erfüllt bei eingeschränkter Befürwortung (N=61).

C Kriterien erfüllt bei Nichtbefürwortung (N=77).

D Korrelation zwischen Einzelkriterium und Gesamteinschätzung der Begutachtung.

Textvorgaben. Bei den problematischen Textvorgaben gelangt die Hälfte der Gutachter zur Nichtbefürwortung, ein Drittel zu einer eingeschränkten Befürwortung.

Es zeichnen sich eine Reihe von Kriterien ab, die – wenn sie als gegeben bestätigt werden – in hohem Maße mit der Befürwortung oder – wenn sie fehlen – mit der Nichtbefürwortung verknüpft sind. Diese Aussagen hierzu sind jedoch durch die geringe Anzahl der vorgege-

benen Fälle eingeschränkt. Daraus leitet sich die Notwendigkeit der folgenden Studie ab.

Zweite Studie: Stellungnahme der Gutachter in der Routinebegutachtung (Validität der Kriterienliste)

In der ersten Studie wurden wenige Berichtstexte von vielen Gutachtern beurteilt, so dass die Besonderheiten der Ein-

zelfälle viel Gewicht besitzen. Um das Verhalten der Gutachter an zahlreichen Fällen zu untersuchen, wurden in einer zweiten Studie die Gutachter für den Bereich tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie gebeten aus ihrer Routinetätigkeit der letzten Wochen 10 Fälle (und mindestens zwei Nichtbefürwortungen) anhand der Kriterienliste zu dokumentieren. Es wurden daraufhin von 40 Gutachtern 452 Fälle zugesandt.

Diese Stichprobe erlaubt es nun die an wenigen Berichten gewonnenen Befunde zur Trennschärfe der Kriterien zu überprüfen und so deren Bedeutung als Grundlage der gutachterlichen Einschätzung zu untersuchen.

Anhand welcher Kriterien unterscheiden die Gutachter befürwortete und nichtbefürwortete Berichte?

In Anlehnung an Studie 1, Frage 3, wird auch hier gegenübergestellt, in welcher prozentualen Häufigkeit die Kriterien in den Fällen der Befürwortung (A), der eingeschränkten Befürwortung (B) und der Nichtbefürwortung (C) als erfüllt eingeschätzt werden. Darüber hinaus wird ein Korrelationswert für den Zusammenhang zwischen den einzelnen Kriterien und der gutachterlichen Entscheidung errechnet (D; Tabelle 4).

Die an einer großen Fallzahl vorgenommene Überprüfung der Kriterien gelangt zu sehr ähnlichen Befunden, wie sie 48 Gutachter an wenigen Fällen bereits hatten erkennen lassen. Es sind im Wesentlichen die gleichen Kriterien wie in der ersten Studie, welche sich als besonders „trennscharf“ für die Befürwortung/Einschränkung/Nichtbefürwortung erweisen.

Wie viele Kriterien müssen zweifelsfrei erfüllt sein, damit eine Befürwortung ausgesprochen werden kann?

Unter Weglassung des nicht trennenden Merkmals „Somatische Anteile“ verbleiben 9 Merkmale in der Liste. Die Verteilung der Antworten zeigt, dass ein „cut-off point“ von 6 als zweifelsfrei bestätigten Kriterien für die gutachterliche Entscheidung bedeutsam ist (Tabelle 5).

Es besteht somit eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass ein Gutachter, der 4 und mehr Kriterien nicht bestätigt hat, keine oder höchstens eine einge-

Tabelle 5

Anzahl der Kriterien bei verschiedenen gutachterlichen Stellungnahmen

	6 von 9 Kriterien	
	Erfüllt [%]	Nichterfüllt [%]
Uneingeschränkte Befürwortung	85	15
Eingeschränkte Befürwortung	16	84
Nichtbefürwortung	3	97

Tabelle 6

Gestufte Kriterieneinschätzung bei verschiedenen gutachterlichen Stellungnahmen

	Erfüllt	Zweifel	Nichterfüllt	
Uneingeschränkte Befürwortung	7,5	1,3	0,2	9
Eingeschränkte Befürwortung	3,1	4,8	1,1	9
Nichtbefürwortung	2,0	3,7	3,3	9

schränkte Befürwortung ausspricht. Umgekehrt wird er bei mindestens 7 erfüllten Kriterien mit hoher Wahrscheinlichkeit befürworten.

Wie wird die Dreistufigkeit der Skala genutzt?

In den vorausgegangenen Auswertungen wurde die positive Kriterieneinschätzung der zusammengefasst nicht-positiven (Zweifel plus Nichterfüllung) gegenübergestellt. Es bleibt die Frage, ob die mittlere Antwortkategorie des Zweifels (1.2, 2.2, 3.2 etc.) von den Gutachtern zur Differenzierung der Einschätzung genutzt wird. Tabelle 6 beschreibt die durchschnittliche Anzahl von 9 Kriterien in den drei Abstufungen (erfüllt, Zweifel, nichterfüllt) bezogen auf die drei Gutachterentscheidungen (uneingeschränkte Befürwortung, eingeschränkte Befürwortung, Nichtbefürwortung).

Die Mittelwertunterschiede sind signifikant ($p < 0,001^{**}$). Insbesondere wird sichtbar, dass die *zweifelhaft erfüllten Kriterien* bei der *eingeschränkten Befürwortung* am häufigsten markiert werden. Die Verwendung der drei Stufen erscheint geeignet, den Gutachtern eine differenzierte Einschätzung zu ermöglichen.

Abschließende Gestaltung der Gutachterkriterienliste

Auf der Grundlage der hier vorliegenden Auswertungen und der von zahlreichen Gutachtern gegebenen mündlichen und schriftlichen Kommentare wurde die Gutachtenkriterienliste von der Gutachterarbeitsgruppe abschließend redaktionell überarbeitet: Das Merkmal Motivation wurde wegen Überschneidung gestrichen und das Merkmal Biographie eingefügt, welches für die psychodynamischen Therapien bedeutsame Aspekte einer plausiblen Beschreibung und Bewertung lebensgeschichtlicher Fakten zum Thema hat.

Im Anhang angefügt ist die endgültige Fassung der Gutachterkriterienliste.

Fazit für die Praxis

Die Ergebnisse der Gutachterstudie zeigen, dass die Gutachter vorgegebene positive und negative Fälle sicher unterscheiden. Die positiven Fälle werden in einem hohen Maß (83%) uneingeschränkt befürwortet und in keinen Fall nicht befürwortet. Auf die vorgegebenen problematischen Fällen reagieren die Gutachter zu 54% mit Nichtbefürwortung und zu 35%

mit der eingeschränkten Befürwortung (Empfehlung einer Probetherapie). Die entwickelte Gutachtenkriterienliste enthält nach übereinstimmender Einschätzung der Gutachter die wichtigsten Entscheidungskriterien der Psychotherapie-richtlinien in einer operationalisierten und skalierten Form. Die Anwendung dieser Liste in einer Untersuchung mit vorgegebenen Texten und in der Routinebegutachtung an großen Fallzahlen zeigt, dass die Gutachter ihre Stellungnahme auf der Grundlage dieser Kriterien abgeben. Ein Teil der Kriterien zeigt besonders gute Trennschärfe für Befürwortung/Nichtbefürwortung und entsprechend hohe Korrelationswerte zwischen den einzelnen Kriterien und der gutachterlichen Gesamtentscheidung. Diese Kriterien, welche in Abschnitt B vor allem indikatorische und prognostische Themen betreffen, dürfen als die notwendige Voraussetzung für eine Befürwortung angesehen werden. Die Kriterien in Abschnitt A, betreffend die psychodynamische Diagnostik, stellen hinreichende Voraussetzungen für die Befürwortung dar.

Mit jedem nichterfüllten Kriterium sinkt die Wahrscheinlichkeit der Befürwortung. Wenn mehr als 3 Kriterien nicht bestätigt werden konnten, liegt eine Nichtbefürwortung nahe.

Die Verwendung der Gutachtenkriterienliste bedeutet eine Standardisierung und Operationalisierung des Entscheidungsvorgangs und trägt so zur Transparenz und Qualitätssicherung des Gutachterverfahrens bei.

Für die Therapeuten könnte die Übersendung der vom Gutachter ausgefüllten Gutachtenkriterienliste den Begutachtungsvorgang transparenter machen.

Wir halten es daher für empfehlenswert, die Gutachtenkriterienliste routinemäßig im Gutachterverfahren zu verankern.

Anhang**Stellungnahme der Gutachterin/des Gutachters zum Erstbericht****Gutachten-Kriterien-Liste (GKL)****A Psychodynamische Diagnostik**

1. Krankheitswertigkeit der Störung
 - 1.1 Krankheitswertigkeit der Symptomatik wird aus dem Bericht deutlich erkennbar

- 1.2 Zweifel an der Krankheitswertigkeit der beschriebenen Beschwerden
 - 1.3 Keine sichere krankheitswertige Symptomatik belegt (z. B. Störungen des Wohlbefindens als situationsangemessene Belastungsreaktionen oder im Zusammenhang mit Selbstfindungsproblemen)
 - 2. Biographie**
 - 2.1 Biographisch belastende und fördernde Faktoren werden nachvollziehbar beschrieben und bewertet
 - 2.2 Darstellung der Biographie wenig nachvollziehbar (zu vage, zu allgemein, unvollständig)
 - 2.3 Darstellung der Biographie nicht nachvollziehbar/fehlend
 - 3. Diagnostische Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur**
 - 3.1 Plausible diagnostische Aussagen zur Persönlichkeitsstruktur (Strukturturniveau, konstitutionelle Anteile, Risikofaktoren, etc.)
 - 3.2 Zweifel an der diagnostischen Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur
 - 3.3 Im Bericht erkennbare Hinweise zur Persönlichkeit stehen im Widerspruch zur diagnostischen Beurteilung
 - 4. Berücksichtigung somatischer Anteile**
 - 4.0 Somatische Erkrankungen spielen keine erkennbare Rolle
 - 4.1 Vorliegende somatische Befunde werden hinsichtlich ihrer objektiven und subjektiven Bedeutung für den Patienten und bezüglich der Therapieplanung gewürdigt
 - 4.2 Zweifel an der adäquaten Bewertung der somatischen Befunde
 - 4.3 Somatische Befunde werden im Blick auf ihre Bedeutung und ihre Auswirkungen nicht diskutiert
 - 5. Psychodynamik**
 - 5.1 Gut nachvollziehbare Darstellung der psychodynamischen Zusammenhänge zwischen Symptombildung, aktueller neurotischer Problematik und Persönlichkeitsentwicklung
 - 5.2 Wenig plausible Darstellung der Psychodynamik (z. B. un-
- vollständig/unspezifisch/nicht individuell) bezüglich aktueller Lebensrealität oder biographischer Entwicklung
- 5.3 Keine/keine plausiblen Aussagen zur Differentialindikation
- B Indikation und Prognose**
- 6. Erörterung der Differentialindikation**
- 6.1 Differentialindikation bezüglich Verfahren und Setting ist unstrittig/plausibel
 - 6.2 Zweifel an der Differentialindikation (z. B. Abwägung)
 - 6.3 Keine/keine plausiblen Aussagen zur Differentialindikation
- 7. Stimmigkeit des Behandlungsverfahrens und der Behandlungsplanung**
- 7.1 Therapeutische Zielsetzungen und therapeutische Vorgehensweisen entsprechen dem beantragten Richtlinienverfahren
 - 7.2 Zweifel an der Angemessenheit des behandlungstechnischen und -methodischen Vorgehens
 - 7.3 Das Vorgehen des Therapeuten entspricht nicht dem beantragten Verfahren bzw. Setting
- 8. Prognostische Einschätzung im Blick auf die Behandlungskonzeption**
- 8.1 Behandlungskonzeption und Therapieziele erscheinen der Störung angemessen; die prognostische Einschätzung ist plausibel
 - 8.2 Prognostische Zweifel an der Behandlungskonzeption; Behandlungsplanung und Therapieziele zu allgemein
 - 8.3 Das gewählte Behandlungskonzept verspricht zu viel oder lässt prognostisch zu wenig erwarten
- 9. Prognostische Einschätzung angesichts des Verlaufs**
- 9.1 Die Einschätzung der Prognose berücksichtigt den bisherigen Verlauf der Störung (Akuität/Chronifizierung) und die bisherigen Behandlungen (auch KZT)
 - 9.2 Krankheitsverlauf und Vorbehandlungen bleiben im Bericht unklar
 - 9.3 Prognostisch bedeutsame Verlaufsgesichtspunkte werden nicht adäquat gewürdigt

10. Wirtschaftlichkeit der Behandlungsplanung

- 10.1 Das beantragte Verfahren erscheint im Blick auf Art und Schwere der Störung wirtschaftlich und notwendig
- 10.2 Derzeit Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des beantragten Verfahrens (zu hoher oder zu niedriger Aufwand)
- 10.3 Wirtschaftlichkeit des beantragten Verfahrens erscheint nicht als gegeben

Gutachterliche Stellungnahme

11. Gutachterliche Stellungnahme zur Kostenübernahme

- 11.1 Befürwortung ohne Bedenken
- 11.2 Befürwortung mit Bedenken
- 11.3 Befürwortung mit Einschränkungen.....Sitzungen nach.....
- 11.0 Keine Befürwortung

Literatur

Dahm A (2000) Gesundheitspolitische Grundlagen der ambulanten Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Thieme, Stuttgart, S 495–498

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

Faber FR, Dahm A, Kallinke D (1999) Faber/Haarrick: Kommentar Psychotherapiegerichtlinien, 5. Auflage. Urban & Fischer, München

Köhlke HU (1998) Qualitätssicherung durch Gutachterverfahren – Aber wie qualitätsgesichert ist das Verfahren selbst? In: Laireiter AR, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. DGVT, Tübingen, S 785–832

Linden M, Dankesreiter R (1996) Die Durchführung von Verhaltenstherapie im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung: Fallberichte, Antragverfahren und Kassenabrechnung. In: Markgraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 537–542

Rüger U (2001) Zum Gutachterverfahren bei psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren. Psychother Prax 3: 139–149

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

Weigeldt I (2000) Kassenantrag: tiefenpsychologisch fundierte und analytische Therapie. In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, S 507–513