

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ab dem 01. April 2017 gilt eine neue deutlich veränderte Psychotherapierichtlinie. Dabei wurde auch das Gutachterverfahren strukturell und inhaltlich verändert: Neben der Abschaffung des 45-Stundenschritts und der fakultativen Begutachtung des 80-Stundenschritts wurde die Vorgabe der Berichtserstellung modifiziert. Es galt bisher der Standard von drei Seiten für einen LZT-Bericht, was jedoch völlig unrealistisch war. Der durchschnittliche LZT-Bericht umfasste vier Seiten. Dementsprechend war fachlich zu erwarten, dass diese vier Seiten endlich als Standard definiert werden. Erstaunlicherweise soll der Bericht nun nur noch zwei Seiten umfassen. Dazu müssen durchgreifende Kürzungen vorgenommen werden. Hier sind die wesentlichen Angaben der neuen Vorgabe (PTV3):

[...] Der Bericht soll auf die für das Verständnis der psychischen Störung und deren Ursachen sowie auf die für die Behandlung relevanten Informationen begrenzt sein. Die jeweiligen Unterpunkte [...] müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden. [...] Die Angaben können stichwortartig erfolgen. Der Umfang des Berichts soll i.d.R. zwei Seiten umfassen.

1. Relevante soziodemografische Daten

- *Bei Erwachsenen: aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder.*

[...]

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte [...], zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell (VT) [...]

- *Funktionales Bedingungsmodell (VT): Verhaltensanalyse, prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen und kurze Beschreibung des übergeordneten Störungsmodells (Makroanalyse) [...]*

Die Sortierung der Informationen wurde neu gestaltet und der Bericht soll stichwortartig verfasst werden statt in ganzen deutschen Sätzen, was fachlich grundsätzlich unproblematisch ist.

Die Sozialanamnese wurde deutlich gekürzt. Die genannten drei Aspekte reichen natürlich nicht aus, die aktuelle Lebenssituation angemessen darzustellen. Relevante biografische Informationen sollen nun in die Verhaltensanalyse (VA) eingebaut werden. Dies wird in der Makroanalyse immer getan, da dort die relevanten biografischen Aspekte wieder aufgegriffen werden müssen. Die diagnostische Darstellung der biografischen Anamnese ist aber dadurch real gestrichen worden. Dies ist auffällig, denn die individuelle Störungsentwicklung kann fachlich nur sinnvoll beurteilt werden, wenn auch die biografischen Daten bekannt sind. Unter diesen Bedingungen kann nur noch beurteilt werden, ob die VA in sich schlüssig ist. Der Schwerpunkt liegt nur noch auf den aufrechterhaltenden Bedingungen.

Die Anweisung für die Verhaltensanalyse ist so gestaltet, dass diese nur makroanalytisch erfolgen soll. Der Begriff »Verhaltensanalyse« umfasst zwar den kompletten Inhalt einer verhaltenstherapeutischen Fallkonzeption (Makro-, Mikro- und Plananalyse), jedoch gehören die aufgezählten Punkte ausschließlich zur Makroanalyse. Das SORKC-Modell wurde in der alten Vorgabe explizit genannt und nun nicht mehr, was den Schluss zulässt, dass auf die Darstellung einer Mikroanalyse verzichtet werden soll. Dies ist nicht zwangsläufig so, nur in Kombination mit dem gleichzeitigen Platzmangel lässt nur diesen Schluss zu. Damit kann in diesen Grenzen eine umfassende VA nicht mehr dargestellt werden. Besonders auffällig ist die Anweisung, dass die Unterpunkte nur noch »bei Relevanz« abgehandelt werden sollen. Dies ist vor dem Hintergrund der Seitenbegrenzung nachvollziehbar, wirkt sich aber auf die Beurteilung stark aus: Werden in diesem Bericht bestimmte Dinge nicht aufgeführt, gelten diese Informationen als nicht relevant. Ein kritisches Nachfragen erscheint damit unangemessen. Die Gutachter müssen nun grundsätzlich davon ausgehen, dass alle wichtigen

Aspekte erhoben und auf Relevanz geprüft wurden. Bei einer umfassenden, fachlich professionellen Diagnostik werden sehr viele Variablen erhoben. Viele dieser Variablen werden selbstverständlich als unauffällig festgestellt. Diese unauffälligen Aspekte zu nennen gehört zu einem professionellen Bericht. Kein Facharzt käme auf die Idee, nur pathologische Befunde in seinem Arztbrief zu nennen, ohne alle anderen Ergebnisse seiner Anamnese und Untersuchung als unauffällig zu benennen. Nur so können sich die Behandler ein ganzheitliches Bild vom Patienten machen, was besonders auch für Fallbegutachtungen durch Dritte gilt. Die Vorgabe schließt diese Nennung nicht explizit aus, jedoch betont sie die Relevanz für die Behandlung. Zusammen mit der Seitenbegrenzung kann auch hier nur der Schluss gezogen werden, dass die unauffälligen Aspekte nicht mehr genannt werden sollen. Damit müssen die Antragsteller nicht mehr nachweisen, dass sie alle Aspekte erhoben haben.

Aufgrund der Seitenbegrenzung ist es nicht mehr möglich, die Therapieziele individuell zu operationalisieren und im Behandlungsplan die individuelle Anwendung der genannten Methoden zu skizzieren. Diese Individualisierung haben die Gutachter bisher – fachlich zurecht – immer gefordert. Irritierenderweise nun nicht mehr.

Dass unter diesen Bedingungen noch eine fachlich korrekte Begutachtung durchgeführt werden kann ist schwer vorstellbar, da eben viele wichtige Informationen nicht mehr gegeben werden. Das neue Vorgehen spricht auch gegen die bisherigen veröffentlichten Vorschläge der VT-Gutachter. Mit einer Anpassung der Honorarhöhe für die Erstellung des Berichts ist durch die Kürzung nicht mehr zu rechnen. Das Honorar dafür wurde immerhin nicht gesenkt. Wir niedergelassenen Psychotherapeuten müssen uns nun daran anpassen.

Hier ist ein Anpassungsvorschlag:

(1) Die Berichtsvorlage muss zunächst auf die neue Sortierung angepasst werden. Die Schriftgröße wird auf Pitch 10 (Arial) reduziert und die Ränder ausgereizt (oben/unten 1 cm, rechts/links 1,6 cm, abheften noch möglich).

(2) Die Informationen werden immer möglichst stichwortartig dargestellt.

(3) Aufgrund des professionellen Vorgehens sollte auf die Nennung wichtiger Aspekte nicht verzichtet werden, auch wenn diese unauffällig sind.

(4) Auf eine Operationalisierung der Therapieziele und ein erklärender Behandlungsplan wird verzichtet. Daher werden nur noch Therapiezielrichtungen und die geplanten Methoden genannt. Es wäre sehr befremdlich, wenn die Gutachter dies nun weiterhin bemängeln würden, da sie selbst diese Begrenzung einfordern.

(5) Ein Stempel passt nicht mehr auf den Bericht. Die Praxisdaten werden als kleine Fußzeile eingepflegt. Bei Fortführungsbericht kann der Stempel gesetzt werden.

Unter diesen Bedingungen sollte der Bericht tatsächlich auf zwei Seiten begrenzbar sein. Für sehr komplexe Fälle kann und muss dann eine dritte Seite genutzt werden. Dies ist in diesem Fall auch zulässig.

Die VA sollte weiterhin vollständig dargestellt werden. Dazu wird auch ein SORKC-Modell erstellt. Um die VA zu verstehen, werden die Informationen aus der biografischen Anamnese benötigt. Daher sollte auch diese weiterhin aufgeführt werden. Diese beiden Punkte können in einem Zusatzblatt »Weitere wichtige Informationen« aufgeführt und dem Bericht beigelegt werden. Es bleibt den Gutachtern überlassen, diese zu lesen oder nicht. Damit bleiben wir fachlich glaubwürdig.

Dasselbe gilt für die mit den Patienten vereinbarten Therapieziele. Eine Kopie der aufgeschriebenen Ziele kann ebenfalls als Zusatzinformation beigelegt und damit die Operationalisierung dargestellt werden.

Mit diesen »Zusatzinformationen« liefern wir diejenigen Informationen, die für eine Begutachtung notwendig sind.

Die Vorgabe für den Fortführungsantrag ist erfreulicherweise von Ballast befreit und insgesamt zielführend.

Ich habe neue Berichtvorlagen erstellt, die bei Beltz downloadbar sind:

- ▶ Antragsbericht 2017
- ▶ Antragsbericht 2017 mit Inhalten
- ▶ Fortführungsbericht 2017
- ▶ Fortführungsbericht 2017 mit Inhalten

Kai Born

Wiesbaden, 24. April 2017