

Bericht über die DPTV-Veranstaltung

„Pro und Contra: Das Gutachterverfahren in der Psychotherapie“

am 26.8.00 in Köln

Beatrice Piechotta

Die Veranstaltung des DPTV zum Gutachterverfahren war ein wichtiger Beitrag zum Thema Qualitätssicherung für die ambulante Psychotherapie.

Die Pro- und Contra-Einführungsreferate hielten

Dr. med. Dipl.-Soz. **Alf Gerlach** (Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)) und

Dr. Dipl.-Psych., Ass. Jur. **Hans-Ulrich Köhlke** (Referat Qualitätssicherung des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV))

Auf dem Podium diskutierten unter Moderation von Wolfgang van den Bergh (Ärzte-Zeitung) vor und mit 250 – 300 Teilnehmern:

Dr. med. **Klaus Enderer**, Qualitätssicherungsbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Dr. med. **Holger Bertrand Flöttmann**, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Dipl.-Psych. **Detlev Kommer**, Präsidium des DPTV

Dr. **Paul Lubecki**, AOK-Bundesverband, Referat Qualitätssicherung

Beatrice Piechotta, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse

Dipl.-Psych. **Anne-Marie Schlösser**, Psychoanalytikerin, 1. Vorsitzende der DGPT

Dr. med. **Ulrich Schubert**, Referent für Psychotherapeutische und Psychosomatische Versorgung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg

Dipl.-Psych. **Hans-Jochen Weidhaas**, 1. Vorsitzender der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten

Prof. Dr. Klaus Grawe war leider verhindert.

Dr. Köhlke nannte mögliche Gründe, am GA-Verfahren festzuhalten oder es in Frage zu stellen – die KV spare damit Prüfkosten, weil die Logistik und die Kosten ganz bei den Kostenträgern liegen; die Kostenträger wollten Daten zur Mengensteuerung, daher stellen sie „ihr“ Verfahren, das diese Daten nicht liefert, zunehmend in Frage. Die Gutachter selbst hielten daran fest, aus pekuniärem Interesse (100 000 DM jährliches „Nebeneinkommen“), und gerieten als Verbandsfunktionäre dadurch z.T. in Interessenskollisionen. Die „Stimmung“ unter den betroffenen Praktikern veranschaulichte er mit einigen Ergebnissen aus seiner Untersuchung (durchgeführt 1998): die Frage nach der Zufriedenheit mit dem GA-Verfahren wurde von 65 – 88 % verneint (bei Therapeuten der kürzeren Verfahren lag die Prozentzahl höher), die Zweckmäßigkeit ebenso negativ beurteilt.

Dr. Köhlke stellte daher die Frage, ob das GA-Verfahren nicht nur die Kontrolle eines geschickten Umgangs mit fachspezifischer Sprache und schülerhaftem Kenntnissnachweis sei. Die angebliche Qualitätssicherung des GA-Verfahren liege lediglich in seinem Abschreckungseffekt: mehr als 50 % der Befragten haben angegeben, daß es vorkommt, daß sie Langzeittherapien wegen des Antragsaufwandes vermeiden.

Der finanzielle Aufwand für das GA-Verfahren als Wirtschaftlichkeitsprüfung sei unverhältnismäßig: In Relation zu den jeweils bewilligten Therapiekosten mache der Prüfaufwand bis zu 14 % aus; das sei das bis zu 54-fache der Prüfkosten im somatisch-medizinischen Bereich. Dr. Köhlke forderte als systemimmanente Änderung des GA-Verfahrens:

Reduzierung der Antragsschritte bei TP und VT von drei auf zwei (50/100 Std.), Vereinfachung des Aufwandes, realistische Bezahlung des Zeitaufwandes (3 - 5 Std. pro Bericht).

Dr. Gerlach hielt Dr. Köhlkes Ergebnissen entgegen, daß Untersuchungen, die die Meinungen Betroffener erfragen, nicht frei sein können von interessengeleiteten Aussagen, die in verschiedene Richtungen interpretiert werden könnten. Er zitierte Nedelmann, der 1990 warnte vor dem häufig und überflüssigerweise entstehenden „Übertragungsverhältnis, das den Gutachter in eine superiore Position erhebt, der gegenüber man zu zeigen hat, wie gut man ist, oder der man nachweisen möchte, wie sehr man sie verachtet“. Der Befund Dr. Köhlkes, daß 40 % der TP und 60 % der VT in ihren therapeutischen Maßnahmen „häufig“ und „erheblich“ vom beantragten Therapieplan abweichen, sollte nicht gegen das GA-Verfahren per se gewendet werden, sondern auf der Ebene des Selbstverständnisses der jeweiligen Methode geklärt werden. Neben den bewährten QS-Maßnahmen Intervention und Supervision habe auch der Bericht an den Gutachter die Funktion, die Informationen über den Patienten zu reflektieren, sie einem Dritten gegenüber verständlich darzustellen. Die Sicherung der Behandlungsqualität bestehe darin, daß ein Kommunikationsprozeß institutionalisiert sei, der die Behandler zur kritischen Reflexion ihrer Wahrnehmungen und Überlegungen anhalte, denn es sei vielfach nachgewiesen, daß die Konzepte und Therapieziele der Behandler als Wirkfaktoren von erheblicher Relevanz sind.

In der Diskussion auf dem Podium und mit den Zuhörern wurden, wie zu erwarten, zum Teil schon bekannte Positionen vorgetragen, daher möchte ich bestimmte Schwerpunkte setzen und die Argumente der Diskussion herausgreifen, die mir für die weitere QS-Debatte wesentlich erscheinen.

Die Vertreter der Krankenkassen, Dr. Lubecki und Dr. Schubert betonten die Notwendigkeit von mehr Transparenz im Bereich Psychotherapie. Daß Psychotherapie grundsätzlich wirksam ist, ist bekannt und allgemein akzeptiert. Offen ist nach Dr. Lubecki, inwieweit diese potentiell vorhandene Wirksamkeit in der alltäglichen Praxis tatsächlich auch erzielt wird. Das sollte seiner Meinung nach mittels Dokumentation dargestellt werden können. Er fordert Leitlinien und Standards, deren Einhaltung dokumentiert werden kann, u.a. für die differentielle Indikationsstellung. Dr. Schubert, der selbst Psychotherapeut ist, wies darauf hin, daß kaum eine Methode der medizinischen Versorgung so vielfältig auch außerhalb der Krankenversorgung eingesetzt werden kann, wie die Psychotherapie; deshalb sei hier die Abgrenzung zum medizinisch nicht Notwendigen besonders wichtig. Wobei sich nach Dr. Lubecki das Interesse der Kostenträger bezüglich der Versorgung psychisch Kranker nicht auf den Bereich der Psychotherapie beschränkt, sondern auch die Bereiche psychosomatische Versorgung, Psychopharmaka usw. umfaßt.

Die Kostenträger wollen also wissen, ob die Versicherten, die Psychotherapie brauchen, diese auch bekommen, ob sie die richtige Art von Psychotherapie bekommen, und ob nicht auch Psychotherapie unnötig angewandt wird, bei Menschen, die nicht krank sind (also Lebensberatung u.ä.).

Als Frage an das Gutachterverfahren in diesem Zusammenhang formulierte Dr. Lubecki: Wo hat das GA-Verfahren Vorteile, was muß man ablösen oder ergänzen, damit diese Anforderung der Kostenträger erfüllt wird? Das Prinzip der „second opinion“ im GA-Verfahren ist nur ein Teil eines Paketes von notwendigen QS-Instrumenten. Deshalb richtete er an die Köhlke-Untersuchung die Frage: Welche Ansatzpunkte liefert diese Untersuchung, das GA-Verfahren inhaltlich zu modifizieren.

Welche Antworten hatten nun die Vertreter der Psychotherapeuten auf diese Fragen? Ich möchte die vorgebrachten Argumente verschiedenen Ebenen zuordnen:

Ebene der „persönlichen Betroffenheit“

Zu einer eher persönlichen, individuellen Ebene, bezogen auf die Eignung als QS-Maßnahme, sind Argumente zu rechnen, die die subjektiv empfundene Qual und Unzufriedenheit der berichteschreibenden Therapeuten ins Feld führen, und die Empörung über den „Zwang“, überprüft zu werden, sich wie Schüler pädagogischen Maßnahmen ausgesetzt zu fühlen. Auch die Kritik an der schlechten Honorierung und den Vorwurf von persönlichen Motiven für die Beibehaltung des GA-Verfahrens den Gutachtern gegenüber rechne ich zu dieser Ebene, nicht, weil ich die Aussage von Betroffenen als unqualifiziert einstufen will, sondern weil all diese Argumente keine differenzierte Aussage über das GA-Verfahren auf dem Boden einer QS-Strategie für die ambulante Psychotherapie machen.

Ebene der externen Kontrolle der Qualität und der Wirtschaftlichkeit

Von einigen Rednern wurde das GA-Verfahren als ein Mittel gesehen, mit dem die Gefahr des Ausuferns von Psychotherapie gebannt werden soll – allerdings eher durch Abschreckung, nicht durch eine an Qualität orientierte Selektion, da nur ein geringer Anteil der Anträge ablehnt werden. Hier geht es also um die Funktion der externen Kontrolle durch das GA-Verfahren: Ist das GA-Verfahren geeignet, darzustellen, was in Therapien passiert, um sie von außen kontrollierbar zu machen? (Die Sichtweise, QS bestehe darin, abzulehnen, auszusortieren, ist natürlich eine andere, als die, QS diene der inneren Überprüfung und Reflexion, um daraus für die eigene Arbeit Verbesserungen zu entwickeln.)

Einige Podiumsredner hielten das GA-Verfahren in dieser Funktion für unbrauchbar, was u.a. auch mit der unterschiedlich hohen Ablehnungsquote durch einzelne Gutachter begründet wurde, sowie mit dem Ergebnis der Köhlke-Untersuchung, daß 40 – 60 % der Therapeuten in der Behandlung etwas anderes machen, als sie im Bericht an den Gutachter schreiben.

Dieser letztere Punkt ließ natürlich die Vertreter der Kostenträger sehr aufmerksam werden, und es ist zu überlegen, wie sich ein Berufsstand in einer sowieso schon brisanten berufspolitischen Situation darstellt, der lautstark mit Zahlen argumentiert, die so interpretiert werden können, daß 40 - 60 % seiner Mitglieder falsche Angaben machen in dem Verfahren, das die Notwendigkeit ihrer Arbeit überprüft. Auch zu der Aussage in der Köhlke-Untersuchung, daß Therapeuten eine Indikation zur Langzeittherapie feststellen, diese aber nicht durchführen, weil sie keinen Bericht schreiben wollen, wurde in der Diskussion darauf hingewiesen, daß dies als ein Verstoß gegen das Berufsrecht angesehen werden könnte. Kostenträger könnten auch auf die Idee kommen, daß dies nicht gegen das Verfahren, sondern gegen die Therapeuten spricht.

Als Argument für die Berichtspflicht zitierte Weidhaas aus einer früheren Arbeit von Prof. R. Richter (Vorstand DPTV), in der dieser schreibt, wenn Allgemeinärzte alle vier Monate die medizinische Behandlung schriftlich begründen müßte, würde es bedeutend weniger Benzodiazepin-Abhängige geben.

Zu der behaupteten Unverhältnismäßigkeit der Kosten bestätigte Dr. Köhlke auf meine Nachfrage, daß in seinen Vergleich nur die reinen Prüfkosten des somatisch-medizinischen Bereichs eingegangen sind. Damit berücksichtigt seine Berechnung nicht, daß das GA-Verfahren nicht nur Wirtschaftlichkeitsprüfung ist, sondern eben auch eine umfassende Maßnahme, um die Prozeßqualität sicherzustellen (Begründung von Diagnose und Indikation für bestimmte therapeutische Interventionen). Diese Funktionen verursachen im somatisch-medizinischen Bereich natürlich wesentlich höhere Kosten: Labor-, Röntgen- und andere Untersuchungen, mit deren Hilfe die Diagnose abgesichert, die Indikation überprüfbar wird, usw.

Als weiterreichende Überlegung habe ich in die Diskussion eingebracht, daß die Systematik von Wirtschaftlichkeitsüberprüfung und Abrechnung sich grundlegend ändern würde, wenn man die bisher in der Psychotherapie geltende Einzelfallprüfung, wie sie im GA-Verfahren stattfindet, abschafft. Als Alternative ist derzeit nur eine andere Systematik in Sicht, nämlich Mengenbegrenzung oder Behandlungspauschalen, und damit würde es endgültig nur noch um Wirtschaftlichkeit, nicht mehr um Qualität gehen. Außerdem würde die Steuerung über reine Mengenbegrenzungsmodelle dazu führen, daß Psychotherapie noch beliebiger (und damit auch beliebig kürzbar) erscheint, da die „Menge“ abgekoppelt wäre von der Begründung der Notwendigkeit im Einzelfall. Auch Weidhaas verwies eindringlich darauf, daß bei Wegfall der Prüfung vor Beginn der Behandlung die bei den anderen Ärzten übliche nachträgliche Prüfung durch die Prüfungsgremien der KV einsetzen würde, bei der alle erbrachten Leistungen gestrichen werden, die in bestimmten Bereichen den Fachgruppenschwamm überschreiten.

Ebene der Professionalität

Viele der vorgebrachten Argumente für das GA-Verfahren bezogen sich auf die interne Motivation (statt des äußeren Zwangs) aus einer professionellen Einstellung heraus. Mehrere Befürworter auf dem Podium und aus dem Publikum traten dafür ein, daß das GA-Verfahren geeignet ist, die Vielfalt der Interaktion zwischen Therapeut und Patient zu erfassen (Schlösser), und daß der Aufwand für den Bericht an den Gutachter größtenteils sowieso Pflicht in der kassenärztlichen Versorgung ist (Dr. Bell): Vor Beginn der Behandlung ist eine Anamnese zu erheben, der Therapeut muß sich ein Bild von den zugrundeliegenden Konflikten oder Problemen des Patienten machen, und ist verpflichtet, dies zu dokumentieren.

In meinem Beitrag habe ich auf die Problematik hingewiesen, daß heutzutage bei Abschaffung des GA-Verfahrens zwangsläufig andere Verfahren zur Überprüfung der Qualität zum Tragen kämen. Nur die differenzierte Einzelfallprüfung (wie im GA-Verfahren) jedoch gewährleistet, daß die Entscheidungskompetenz innerhalb der Profession bleibt. Jede Art von Überprüfung, die sich an Zahlen, Durchschnittswerten und Kurven orientiert, kann (und wird) auf fachfremde Instanzen (z.B. Sachbearbeiter, Case Manager, Prüfärzte der KV) ausgelagert werden. Die Konzeptualisierung der Therapie, wie sie im Bericht an den Gutachter stattfindet, ist ein wesentliches Merkmal unserer Professionalität, und nicht ein sekundär mit pädagogischen Absichten hinzugefügter Begleitaspekt. Bei Beschränkung auf Erhebung von Daten oder Selbstdarstellung der Patienten in Fragebögen als QS-Maßnahme würden wir auf dieses wichtige Merkmal von Qualität verzichten.

Dr. Enderer sieht auf alle Ärzte und Psychotherapeuten eine große Entwertungswelle zukommen, - er zitierte Rebscher vom VdAK: Zu viele Ärzte machen zuviel. Er sieht seine Aufgabe als QS-Beauftragter der KV Nordrhein darin, allen in der KV vertretenen Gruppen zu helfen, geeignete Maßnahmen zu entwickeln, dem entgegenzutreten. Auch er setzte sich ein für eine professionelle Haltung, die sich gegen eine Ökonomisierung des Gesundheitswesens wendet, die z.B. in Form einer ergebnisorientierten Honorierung dazu führen würde, daß Ärzte und Psychotherapeuten versuchen würden, nur noch möglichst Gesunde zu behandeln.

Änderungsvorschläge und Alternativen

Bei allen psychotherapeutischen Rednern bestand Einigkeit: QS gibt es nicht zum Nulltarif, eine angemessene Honorierung ist unverzichtbar. Die Vertreter der Kostenträger hielten sich zu dieser Frage bedeckt. Der Forderung, daß QS verfahrensspezifisch betrieben werden muß, wurde zumindest in dieser Veranstaltung von niemandem widersprochen.

Die Argumente der Befürworter des GA-Verfahrens kann man wohl so zusammenfassen: Solange es nichts Besseres gibt, sollte an diesem Verfahren festgehalten werden; es muß aber reformiert werden. Hierzu gab es Vorschläge, wie z.B. Qualitätskontrolle des Verfahrens und der Gutachter, Veränderung der Kontingente, Einbeziehen der Patientensicht und Ergänzung durch einen Abschlußbericht. Dr. Lubecki beklagte, daß die Versuche, in der gemeinsamen Plattform des Arbeitsausschusses (Unterausschuß des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) ein Konzept zu entwickeln, bisher von den Niedergelassenen abgelehnt werden. Kommer erklärte für den DPTV, dieser sei dabei, ein QS-Konzept zu erarbeiten, das bei den schon vorhandenen QS-Aktivitäten ansetzt und die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen nutzt, nämlich die Interventionsgruppen. Dieses System soll entsprechend ergänzt werden, um seine Transparenz auch für die Kostenträger zu erweitern. Er bezeichnete die Veranstaltung als ein Angebot des DPTV zur verbandsübergreifenden Zusammenarbeit in Sachen QS.

Ausblick und Konsequenzen

Was m. E. in dieser Veranstaltung wieder einmal deutlich geworden ist: Die niedergelassenen Psychotherapeuten werden bisher in die Überlegungen auf höherer Ebene (z.B. Arbeitsausschuß) nicht genügend einbezogen und wünschen eine breite Diskussion über Vorschläge zur Einführung von neuen und Veränderung von schon bestehenden QS-Maßnahmen. Etwas verwunderlich ist daher, daß auch der DPTV sein Konzept offenbar hinter verschlossenen Türen entwickelt, und nicht in einer breiten Diskussion der Betroffenen. Und wer die Abschaffung einer QS-Maßnahme fordert, die ursprünglich die Existenz der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung begründet, sollte eigentlich sagen können, was er an ihre Stelle setzen will.

Ich habe im Nachhinein überlegt: Von welcher der von mir beschriebenen Ebenen ausgehend lassen sich Alternativen oder Modifizierungsvorschläge zum GA-Verfahren entwickeln?

Von der Ebene der persönlichen Betroffenheit ausgehend lassen sich m.E. keine Antworten auf die Fragen der Kostenträger finden, sondern nur Forderungen an die Kostenträger. Daraus ergibt sich die hinlänglich bekannte festgefahrene Situation: Erst müßt ihr unsere Forderungen (bessere Bezahlung usw.) erfüllen, dann sind wir bereit, auf eure Forderungen einzugehen! – So berechtigt die Forderungen der Psychotherapeuten, z.B. nach besserer Honorierung, sind – aus dieser defensiven Haltung bezüglich QS lassen sich keine neuen Impulse entwickeln, und auf diesem Weg wird sich die ambulante Psychotherapie vermutlich nicht aus ihrer derzeitigen Misere herausführen lassen.

Die übergeordnete berufspolitische Perspektive richtet sich

- auf die Ebene der externen Kontrolle, bei der der Schwerpunkt mehr bei der Wirtschaftlichkeit liegt und
- auf die Ebene der internen Qualitätsmanagements als Teil einer professionellen Einstellung zur Qualität der eigenen Arbeit.

Wie die Diskussion um QS (nicht nur bezüglich des GA-Verfahrens) zeigt, geraten diese beiden Ebenen immer wieder durcheinander und erschweren damit die Möglichkeit, Lösungen zu finden. Das spezielle Problem mit dem GA-Verfahren besteht darin: es ist eine Mischung aus internem QM und externer Überprüfung, aus Qualitäts-Überprüfung und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Man muß also für jeden Veränderungsvorschlag verdeutlichen, welche dieser Ebenen gemeint ist.

Der Wunsch der Kostenträger, mehr Informationen über die von ihnen finanzierten Behandlungen zu bekommen, ist verständlich, führt aber zu folgendem Problem: Jedes QS-Instrument, das zur externen Kontrolle benutzt wird, bringt nicht mehr viel für die interne QS, weil natürlich eine Tendenz bestehen wird, die Behandlung möglichst gut darzu-

stellen. Die Möglichkeit, die QS eigentlich bieten soll, nämlich Fehler zu entdecken und daraus zu lernen, wird damit erheblich beeinträchtigt. Genau das, was dem GA-Verfahren jetzt vorgeworfen wird, nämlich tendenziöse Darstellungen, wird auch jedes andere Verfahren beeinträchtigen, das externe und interne Ansätze vermischt. Dabei wird auch die Einbeziehung der Patientensicht keine grundsätzliche Abhilfe schaffen.

Aus meiner Sicht ist es unbedingt notwendig, in Zukunft Maßnahmen der externen Kontrolle und des internen Qualitätsmanagements zu trennen, weil sich sonst die Vermischung fortsetzt und weiterhin unlösbare Unklarheiten produziert. Es müssen Konzepte entwickelt werden, die einerseits internes QM abdecken, andererseits dem Bedürfnis nach Transparenz Rechnung tragen. Dazu liegen schon eine Reihe von Überlegungen und Ansätzen vor (die ich zum Teil auf meiner Website unter www.psychotherapie.org/piechotta gesammelt habe):

- Basisdokumentationen à la Psy-BaDo oder die PTM-BaDo in Bayern eignen sich dazu, Daten über die Versorgungssituation (Strukturqualität) zu erheben und Transparenz nach außen zu ermöglichen (aggregierte Daten), nicht aber, einzelne Therapeuten oder Therapien zu beurteilen oder den Therapeuten Rückmeldungen zu geben, die sie direkt für ihre Therapien nutzen können.
- Die Dokumentation, die der Arbeitsausschuß entwickelt hatte (s. meine website), ist im Grunde eine Kombination aus operationalisiertem GA-Verfahren (einseitig ausgerichtet auf VT-Fragestellungen) und Teilen der Psy-BaDo – behaftet mit den Mängeln beider Verfahren, und zudem diskreditiert durch die Art und Weise, wie versucht werden soll, diese Dokumentation den Niedergelassenen „aufs Auge zu drücken“ (s. Bericht auf der bvvp-Homepage über das geplante Modellprojekt in Hessen).
- Die Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart führt mit der DKV zusammen ein breit angelegtes QS-Projekt durch – ohne bisher die Niedergelassenen oder ihre Verbände einzubeziehen. (www.psyres-stuttgart.de)
- Von W. Palm gibt es ein Konzept für die Dokumentation der Prozeßqualität (www.w-palm.de/qs-wp.htm)
- Mit einem Konzept von Prof. Rudolf (Heidelberg) für das interne Qualitätsmanagement von psychodynamischer Psychotherapie werden wir in Kürze ein Modellprojekt in Nordrhein beginnen.
- Weitere Vorschläge für die QS von psychoanalytisch arbeitenden Psychotherapeuten habe ich mit einer Kollegin zusammen als Forschungsprojekt auf der QS-Tagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) im Februar 2000 vorgestellt. Es basiert auf der Idee, daß in den Interventionsgruppen/Qualitätszirkeln Psychoanalytiker ihre internen Überlegungen und impliziten Standards, von denen sie sich als Experten in der Praxis leiten lassen, explizit formulieren und kommunizierbar machen; daraus ließen sich anwendungsorientierte Leitlinien für eine gute psychotherapeutische Praxis ableiten, um so mehr Transparenz der analytischen Arbeit herzustellen.
- Auf der gleichen Tagung hat auch Prof. Richter Ansätze eines umfassenden QS-Systems für Psychotherapeuten vorgestellt (GPP – Gute Psychotherapeutische Praxis).

Notwendig scheint mir allerdings auch eine grundlegende Diskussion darüber, wie wir Psychotherapeuten unsere Rolle im Gesundheitswesen verstehen: Sind wir Dienstleister, Produzenten von Gesundheit, - oder sind wir im Rahmen eines solidarischen Gesundheitswesens an der Erfüllung einer gesellschaftlichen Aufgabe beteiligt, die sich nicht nur an ökonomischen Kriterien orientieren kann (wie es z.B. auch das Gesundheitspolitische Programm der „Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände“ fordert). An diesem Selbstverständnis wird sich unsere Vorstellung einer angemessenen Gestaltung von QS ausrichten.

Der Moderator der Veranstaltung, W. van den Bergh, schreibt in der Ärztezeitung vom 31.8.00 über die Veranstaltung: „Der Streit zwischen Gegnern und Befürwortern des

Gutachterverfahrens eskaliert.“ - und wirft den Verbänden vor, daß der „ehrliche Wille“ fehle, an der Situation etwas zu ändern, weil die bisherigen Vorschläge (gemeint sind wohl die des Arbeitsausschusses) nicht umgesetzt werden.

So mag es für einen Außenstehenden aussehen. Ich denke, Veranstaltungen wie die des DPTV und vorher schon des bvvp und der dgvt haben den positiven Effekt, daß die verschiedenen Seiten (Niedergelassene, Gutachter, Kostenträger) zusammentreffen, sich kennenlernen, und dadurch eine Art verbandsübergreifendes Netzwerk von QS-Interessierten entsteht.

Es scheint jetzt, nachdem verschiedene Konzepte für QS-Modellprojekte vorliegen, sowohl von Seiten der Niedergelassenen, als auch von Seiten der Kostenträger, langsam an der Zeit zu sein, daß diejenigen, die sich in den Verbänden Gedanken über geeignete QS-Maßnahmen machen, sich zusammensetzen, die Vorschläge sichten und einen übergreifenden Rahmen schaffen, in dem diese Vorschläge erprobt und ihre Ergebnisse zur Diskussion gestellt werden können – und dem DPTV ist zu danken, daß er mit seiner Veranstaltung einen Schritt zur verbandsübergreifenden Zusammenarbeit in Sachen QS gemacht hat.

9.9.00

Beatrice Piechotta

Der Text ist erschienen im Supplement der Zeitschrift Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (Jg. 32, Heft 3) des dgvt-Verlages.