

Überlegungen der Gutachter zur Abfassung des Berichts an den Gutachter bei Anträgen auf Verhaltenstherapie Deutsches Ärzteblatt 103, Ausgabe 43 vom 27.10.2006, Seite A-2896

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Seit der Erstveröffentlichung des Informationsblatts für Verhaltenstherapie sind inzwischen gut zwei Jahrzehnte vergangen. Neuere Entwicklungen in der Verhaltenstherapie, der veränderte Status des Psychologischen Psychotherapeuten, die verbesserte Versorgungssituation und die Entwicklung des Sozial- und Gesundheitssystems in Richtung hin zu einer multiprofessionellen Arbeitsweise sind verständlicherweise darin nur eingeschränkt berücksichtigt. In der Folge dieser Veränderungen ergeben sich immer wieder aus unserer gutachterlichen Sicht eigentlich vermeidbare Probleme bei der Begutachtung.

Die jetzigen Überlegungen entstanden in einer Arbeitsgruppe von Verhaltenstherapie-Gutachtern. Im Rahmen einer Gutachtertagung wurden die relevanten Punkte im Plenum diskutiert und an alle Gutachter zur weiteren Diskussion versandt. Danach wurden die Überlegungen dem Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgelegt, der gegen eine Veröffentlichung keine Einwände erhoben hat. Die Transparenz der Kriterien, auf die die Gutachter bei der Bearbeitung der Anträge achten, soll durch die hier vorgenommenen Präzisierungen und Erläuterungen der Vorgaben des Informationsblatts gefördert, Probleme und Rückfragen reduziert und die Antragstellung erleichtert werden.

Generell sollte bei der Antragstellung (besonders bei der Darstellung der Biografie) gezielt diagnose- und problembezogen eine Auswahl und Beschränkung auf die Informationen erfolgen, die für das Verständnis der Erkrankung, die Behandlung und die Prognose von Relevanz sind.

Ein Antrag auf Kurzzeittherapie sollte nur dann gestellt werden, wenn absehbar ist, dass die beantragte Behandlung im Rahmen von 25 Sitzungen beendet werden kann, z. B. bei nicht chronifizierten einfachen Phobien und anderen Angststörungen, leichten Zwangsstörungen, leichten depressiven Episoden, Anpassungsstörungen o. Ä. Weiterhin sollte ein Kurzzeitantrag gestellt werden bei unklarer Prognose, unklarer Motivation oder bei Schwierigkeiten hinsichtlich der Datenerhebung. Der Bericht zum Kurzzeitantrag soll soweit eine Gutachterpflicht gegeben ist analog zum Bericht zum Erstantrag abgefasst werden, kann aber deutlich kürzer gehalten werden (12 Seiten).

Bei Langzeitanträgen sollen im Rahmen der Darstellung der Beschwerden neben Art und Ausmaß der Symptome (psychisch, körperlich, Verhaltensauffälligkeiten), deren Krankheitswertigkeit und Behandlungsbedürftigkeit sowie insbesondere auch die Folgen der Erkrankung für das psychosoziale Funktionsniveau und sozialmedizinische Aspekte (Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Rentenantrag, Berentung) dokumentiert werden. Weiterhin relevant sind Auslöse- und Schwellensituation zum Zeitpunkt des ersten Auftretens der Erkrankung. Auch der bisherige Verlauf (kontinuierlich, zunehmende Verschlechterung, episodisch, Tendenzen zur Chronifizierung) soll deutlich werden.

Viele Patienten haben bereits therapeutische Erfahrungen in ambulanten und stationären psychotherapeutischen und psychiatrischen Vorbehandlungen gemacht. Diese Erfahrungen sollen für die aktuelle Verhaltenstherapie reflektiert und berücksichtigt werden: Therapierichtung, Ergebnisse, Gründe für Wechsel beziehungsweise erneute Behandlung beim gleichen Therapeuten sollen im Bericht dargestellt werden: z. B. Reflexion der möglichen Faktoren, warum die vorherige Behandlung nicht stabil wirksam war und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die jetzt geplante Therapie.

Berichte von Vorbehandlern und Klinik-Entlassungsberichte sollen besonders bei zeitlicher Nähe zum Behandlungsbeginn (weniger als sechs Monate) beigelegt werden. Im Sinne einer engeren Verzahnung der therapeutischen Ansätze soll auf den Klinikbericht beziehungsweise den Bericht des Vorbehandlers eingegangen werden.

Aus der Darstellung der anamnestischen Daten sollen Familienatmosphäre, vorherrschende Werte, Lebensregeln oder überdauernde kognitive Schemata der Primärfamilie, die für die jetzige Erkrankung prädisponierend sein könnten und wie auch Lernerfahrungen außerhalb der Familie zur Ausbildung von störungsrelevanten Schemata geführt haben könnten, deutlich werden. Ebenso Erfahrungen im Umgang mit organischen und/oder psychischen Erkrankungen von Bezugspersonen (Einfluss auf das Familienklima, Modelle für Krankheitsverhalten, Vernachlässigung/Überforderung des Patienten durch die

Erkrankung) und eigene genetische Disposition. Entwicklungsstörungen, frühere und aktuelle Erkrankungen, die in das Krankheitsgeschehen einfließen, sollen genannt werden. Weiterhin sollen in jedem Fall Alkohol-, Drogen- und Nikotinkonsum sowie aktuelle Medikation -insbesondere die eingenommenen Psychopharmaka- genannt werden.

Der psychopathologische Befund soll neben äußerem Erscheinungsbild und Interaktionsverhalten in der Therapiesituation die wesentlichen für die Diagnosestellung relevanten ICD-10-Kriterien (analog dem AMDP-System) beschreiben: Affektivität, Antrieb, formale und inhaltliche Denkstörungen, Ängste und Zwänge, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, Intelligenz, Ich-Störungen, Sinnestäuschungen, Wahnsymptomatik. Dazu weitere Symptombereiche wie Aggressivität, vegetative Symptome, Körperschemastörungen, Suchtverhalten, suizidale Tendenzen und Symptome einer Persönlichkeitsstörung.

Auch die therapeutische Beziehung und die emotionalen Reaktionen des Therapeuten in der Interaktion mit dem Patienten sollen hier Berücksichtigung finden.

Wünschenswert sind Testbefunde, soweit sie für Diagnostik und Evaluation des Behandlungsverlaufs relevant sind.

Im Konsiliarbericht soll das Ergebnis der körperlichen Untersuchung und gegebenenfalls ergänzender technischer apparativer Untersuchungen und Laborbefunde, bezogen auf die psychische und somatische Erkrankung, mitgeteilt werden. Der somatische Befund sollte nicht älter als drei Monate sein und, sofern erforderlich, gebietsbezogen ergänzt werden. Durch entsprechende Fragestellungen auf dem Überweisungsschein sollen gegebenenfalls bereits im Vorfeld

differenzialdiagnostische Überlegungen angeregt werden. Auf den Inhalt des Konsiliarberichtes soll im Bericht des Therapeuten Bezug genommen werden. Für Folgeanträge muss kein neuer Konsiliarbericht erstellt werden.

In der Verhaltensanalyse soll im Rahmen der Makroanalyse im Sinne einer funktionalen Hypothesenbildung ein übergeordnetes Störungsmodell dargestellt werden, das unter Verwendung der relevanten Informationen aus Anamnese, somatischem und psychischem Befund prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren der krankheitswertigen Störung erklärt.

Intraindividuelle und interaktionelle Funktionalität, Verlust und Gewinn durch die Erkrankung sowie subjektives Krankheitsverständnis des Patienten sollen beschrieben werden.

In der Mikroanalyse soll eine Darstellung einer, bei mehreren Diagnosen mehrerer exemplarischer relevanter Verhaltensketten erfolgen, die in engem Zusammenhang zu den geschilderten Beschwerden stehen und sowohl die auslösenden wie auch die aufrechterhaltenden Bedingungen des Problemverhaltens spezifizieren: Problembeschreibung auf den vier Verhaltensebenen, insbesondere Darstellung der konkreten Kognitionen, gegenwärtige auslösende externe und/oder interne Stimuli, S-Delta-Bedingungen. Organismus-Variablen: biologische Gegebenheiten, überdauernde Kognitionen und Einstellungsmuster, Persönlichkeits- und/oder Verarbeitungsstile. Kurzfristige positive und/oder negative Verstärkung und langfristige (negative) Konsequenzen, Kontingenzverhältnisse: Überlegungen zum Verhältnis von Problemverhalten und Konsequenzen.

Dazu Ressourcen und Stärken, ungestörte Verhaltensbereiche, die Ansatzpunkte für therapeutische und salutogenetische Maßnahmen bieten, sowie bereits praktizierte Selbsthilfestrategien.

Die Diagnosen sollen nach ICD-10 kodiert sein.

Für die Therapieziele, bezogen auf die vorliegenden Beschwerden und Erkrankungen, sollen konkrete, operationalisierte Kriterien formuliert werden, anhand derer der Grad der Zielerreichung bewertet werden kann

Im Behandlungsplan soll eine konkrete Darstellung des verhaltenstherapeutischen Vorgehens mit einer übergeordneten Behandlungsstrategie sowie Beschreibung (nicht nur Aufzählung) der multimodalen sowie der störungsspezifischen verhaltenstherapeutischen/-medizinischen Interventionen erfolgen, mit denen die Therapieziele erreicht werden sollen.

Im Zusammenhang mit dem breiten Indikationsspektrum der Verhaltenstherapie ergibt sich oft die Notwendigkeit der Kooperation mit ärztlichen Kollegen und nichtärztlichen Berufsgruppen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie mit Institutionen, z. B. Kliniken, Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern oder der Agentur für Arbeit, die auch einen wesentlichen Einfluss auf die Behandlung und damit auch auf den Krankheitsverlauf nehmen. Die notwendigen Kontakte zu Kollegen und Institutionen sollen hergestellt und soweit für die Behandlung relevant im Bericht beschrieben werden. Insbesondere, wenn das Krankheitsbild eine gleichzeitige Behandlung durch einen Arzt und einen Psychologischen

Psychotherapeuten erforderlich macht (wie bei Psychosen oder somatischen Erkrankungen), ist der Einbezug von notwendigen medizinischen Interventionen in die verhaltenstherapeutische Behandlungsplanung und die Mitverantwortung des Therapeuten für die Compliance von zentraler Bedeutung und bedarf einer Beschreibung im Bericht.

Bei Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung soll auch das Gruppentherapieprogramm veranschaulicht werden.

Bei Verhaltenstherapie mit Kindern soll der Inhalt der Sitzungen für die begleitende Behandlung der Bezugspersonen deutlich werden.

Von Bedeutung ist auch die Darstellung und Begründung der geplanten Behandlungsfrequenz (wöchentlich oder in größeren Abständen) und der Sitzungsdauer (25, 50 oder 100 Minuten bzw. in Blockform bei Reizkonfrontation hier mit gesonderter Begründung).

Bei einer Umwandlung von Kurzzeittherapie in Langzeittherapie soll, sofern bereits mit dem Antrag auf Kurzzeittherapie ein Bericht an den Gutachter verfasst wurde, Letzterer entsprechend den Vorgaben für den Antrag auf Langzeittherapie ergänzt werden. Dabei wird erwartet, dass neben einem verhaltenstheoretischen Störungsmodell nun auch mikroanalytische Überlegungen beschrieben werden. Im Rahmen der im Informationsblatt genannten Punkte soll insbesondere auch dargestellt werden, welche Wirkungen die bisherige Therapie in bezug auf die beschriebenen operationalisierten Therapieziele zeigte und ob im Rahmen der Beurteilung der Prognose bereits Hinweise auf die Notwendigkeit einer längerfristigen Unterstützung erkennbar sind, die über die Verhaltenstherapie hinaus weiterführende Maßnahmen erfordert.

Im Bericht zum Fortführungsantrag VT 3b soll deutlich werden, welche operationalisierten Ziele erreicht wurden, welche noch angestrebt werden, ob ihre Erreichung realistisch erscheint und wie der Therapeut die Fähigkeit des Patienten zur Zielerreichung und zum Einsatz der vermittelten Selbsthilfestrategien einschätzt.

Der Einfluss des Umfeldes auf die Störung, die Grenzen der therapeutischen Beeinflussbarkeit, die Lösung der therapeutischen Beziehung und die dabei zu erwartenden Probleme sowie deren Bewältigung sollen reflektiert werden.

Bei chronifizierten Erkrankungen sollen weiterführende Maßnahmen nach Abschluss der Verhaltenstherapie geplant, eingeleitet und im Bericht beschrieben werden, sodass klar ist, an welche weiteren unterstützenden Personen/Institutionen sich der Patient nach Abschluss der Verhaltenstherapie wenden kann.

Bei einem Fortführungsantrag VT 3c soll, daran wird noch einmal erinnert, neben einem aktualisierten Bericht analog dem Fortführungsantrag VT 3b zusätzlich ein Ergänzungsbericht erstellt werden.

Aus Letzterem soll deutlich werden, wie der Patient das bisherige Therapieergebnis beurteilt, welche Fortschritte, Erkenntnisse und Verhaltensänderungen er aus seiner Sicht bereits umsetzen kann und welche Erwartungen und Zielsetzungen er für die

Fortführung der Behandlung hat. Ebenso, wie er seine Fähigkeiten zu einer weiteren Veränderung einschätzt.

Der Therapeut sollte darüber hinaus dazu Stellung nehmen, ob das Erreichen dieser Ziele aus seiner Sicht zum dauerhaften Abbau der krankheitswertigen Symptomatik notwendig ist und ob diese Ziele im letzten Bewilligungsschritt tatsächlich noch erreicht werden können.

Die besonderen Umstände, die den Behandlungsprozess verzögert haben und eine Inanspruchnahme der Behandlung im Rahmen der Höchstgrenzen erforderlich machen, sollen mit ihren Einflüssen auf die langfristige Prognose dargestellt werden. Dabei soll auch dargelegt werden, warum der Behandlungsfall trotz der besonderen Bedingungen noch als prognostisch günstig zu wertender Ausnahmefall einzuschätzen ist.

Weiterhin sollen die erlernten Bewältigungsstrategien und Selbsthilfefertigkeiten zur Überwindung der krankheitswertigen Symptomatik dargestellt werden. Ebenso die Schwierigkeiten bei der eigenverantwortlichen Bewältigung des noch vorliegenden Problemverhaltens und die therapeutischen Möglichkeiten, diese noch weitergehend zu beeinflussen.

Schließlich soll beschrieben werden, wie das Ende der Therapie strukturiert wird. Die Möglichkeiten, die sich durch eine Reduktion der Sitzungsfrequenz und/oder Halbierung der Sitzungen ergeben, sollen dabei mit einbezogen werden, damit ein ausreichend langer Zeitraum zur Stabilisierung zur Verfügung steht. Andere Hilfsquellen, an die der Patient zukünftig angebunden werden kann, sollen dargestellt werden. In einem Ausblick sollte eingeschätzt werden, ob sich wohl zukünftig beim Patienten noch eine psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit ergeben wird.