

Informationsblatt für Verhaltenstherapie

Der Fragenkatalog für den Erst- und Fortführungsantrag wie auch für den Ergänzungsbericht des Therapeuten ist als Hilfsmittel zur Abfassung der Berichte an den Gutachter erstellt worden. Der Therapeut kann daher in seinem Bericht unter den aufgeführten Hinweisen seine fallbezogene Auswahl treffen. Die Berichte sollen sich auf die Angaben beschränken, die für das Verständnis der psychischen Erkrankung, ihrer ätiologischen Begründung, ihrer Prognose und ihrer Behandlung erforderlich sind.

Bericht zum Erstantrag — VT 3a bzw. VT 3a E

1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Schilderung der Klagen des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung — möglichst mit wörtlichen Zitaten ggf. auch Bericht der Angehörigen/Beziehungspersonen des Patienten.
(Warum kommt der Patient zu eben diesem Zeitpunkt und durch wen veranlaßt?)

2. Lebensgeschichtliche Entwicklung des Patienten und Krankheitsanamnese

- Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
- Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
- Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
- Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist.
(Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.)

Bei Verhaltenstherapie von Kindern sind möglichst auch Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Beziehungspersonen, soweit sie für die Verhaltensanalyse relevant sind, zu machen.

3. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung

(Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)

- Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
- Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
- Psychopathologischer Befund (z. B. Bewußtseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage und der Affektivität, Störungen der mnestischen Funktionen, Wahnsymptomatik, suicidale Tendenzen).

4. Somatischer Befund

Das Ergebnis der körperlichen Untersuchung, bezogen auf das psychische und das somatische Krankheitsgeschehen, ist mitzuteilen. Der somatische Befund soll nicht älter als 3 Monate sein. Die Mitteilung des körperlichen Befundes ist grundsätzlich erforderlich. Wenn ein somatischer Befund nicht mitgeteilt wird, muß der antragstellende Arzt dies hier begründen. Falls die körperliche Untersuchung nicht vom ärztlichen Psychotherapeuten selbst durchgeführt wird, müssen Angaben zum somatischen Befund eines anderen Arztes, evtl. auch zu dessen Therapie (ggf. medikamentenbezogen) beigefügt werden.

Bei Delegation und Vertretung ist dieser Punkt vom delegierenden Arzt auf der Rückseite des Formblattes VT 3abc bzw. VT 3abc E zu beantworten.

5. Verhaltensanalyse

Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien: Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltens excessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.

Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.

Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten.

Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Beziehungspersonen zu berücksichtigen.

6. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der anonymisierten Befundberichte.

7. Therapieziele und Prognose

Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll);

Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Beziehungspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.

8. Behandlungsplan

Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination bzw. Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen.

Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (25 Minuten, 50 Minuten, 100 Minuten).

Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen.

Bei Verhaltenstherapie mit Kindern: Soll bei einer begleitenden Behandlung der Bezugspersonen vom Regelverhältnis 1 : 4 abgewichen werden, muß dies hier begründet werden. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Andere Verfahren als die in den Psychotherapie-Richtlinien genannten therapeutischen Interventionen (B I 1,2) können nicht Bestandteil des Behandlungsplans sein.

9. Dient der Erstantrag der Umwandlung von Kurzzeittherapie in Langzeittherapie, sind im Bericht zusätzlich folgende Fragen zu beantworten und die Antworten im Bericht voranzustellen:

- Womit wurde die Kurzzeittherapie begründet?
- Welches sind die Gründe für die Änderung der Indikation und Umwandlung in Langzeittherapie?
- Welchen Verlauf hatte die bisherige Therapie?

Bericht zum Fortführungsantrag — VT 3b bzw. VT 3b E

1. Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1.-3. und 5. des Berichtes zum Erstantrag auf VT 3a

Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde.
Ergänzungen zur Diagnose bzw. Differentialdiagnose.

2. Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs

Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzutretene Symptomatik, Mitarbeit des Patienten und ggf. der Beziehungspersonen.

3. Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplanes

Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Patienten.

Ergänzungsbericht — VT 3c

Die Inanspruchnahme der Behandlung im Rahmen der Höchstgrenzen nach E 1.2.8 der Psychotherapie-Richtlinien erfordert einen Antrag des Versicherten (des Patienten, ggf. seines gesetzlichen Vertreters) auf Fortführung der Behandlung (Formblatt PTV 1 bzw. PTV 1 E), dem ein aktueller Bericht nach VT 3b bzw. VT 3b E und zusätzlich ein Ergänzungsbericht (VT 3c bzw. VT 3c E) beizufügen ist.

Im zusätzlichen Ergänzungsbericht ist die Fortführung der Behandlung über den Leistungsumfang hinaus, der in den Psychotherapie-Richtlinien unter E 1.2.1 - 1.2.7 festgelegt wurde, zu begründen und zur beabsichtigten Überschreitung des Behandlungsumfanges Stellung zu nehmen. Dabei sollen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Welche Erwartungen knüpft der Patient an die Fortführung der Behandlung?
Was möchte er noch erreichen?
2. Welche besonderen Ereignisse sind eingetreten, die eine Fortführung der Behandlung in diesem Umfang notwendig machen?
3. Wie schätzt der Therapeut die Möglichkeiten zur Selbsthilfe und zur eigenverantwortlichen Bewältigung der Verhaltensstörungen ein?
4. Welche Stundenzahl wird für die Abschlußphase der verhaltenstherapeutischen Behandlung unbedingt noch für erforderlich gehalten?
Welche Sitzungsfrequenz und welche Behandlungsdauer bis zur Beendigung der Therapie ist vorgesehen?

Ergänzende Angaben des Arztes im Delegations- oder Beauftragungs-Verfahren, gem. Rückseite des Formblattes VT 3 a/b/c bzw. VT 3 a/b/c E

Die ergänzenden Angaben des Arztes setzen die Kenntnis des Therapeuten-Berichtes in freier Form voraus. Der Arzt muß den Patienten im Rahmen der Antragstellung selbst untersucht haben. Er kann aktuelle psychische und somatische Befunde und epikritische Beurteilungen anderer Ärzte vorlegen und ggf. dann auf eine eingehendere körperliche Untersuchung verzichten. In jedem Falle trägt der delegierende bzw. beauftragende Arzt die Verantwortung für die medizinische Diagnose/Differentialdiagnose, auch hinsichtlich einer psychiatrischen Erkrankung, und für die Sicherstellung einer etwa notwendigen ärztlichen Begleittherapie.

In den Fragen der Indikationsstellung und der Wahl des Behandlungsverfahrens wie auch der prognostischen Einschätzung nimmt der Arzt aufgrund der Erörterung der therapeutischen Situation mit dem Therapeuten Stellung und bemüht sich für die Dauer des Behandlungsverlaufes um eine möglichst enge und kooperative Zusammenarbeit mit dem Therapeuten.

Zur Beantwortung der Fragen 1–7 auf der Rückseite des Formblattes VT 3 bzw. VT 3 E genügen stichwortartige Hinweise, die dem Gutachter eine ausreichende Information zur Beurteilung des Therapieantrages zur Verfügung stellen.