

Eva Keil-Kuri

## Das Gutachterverfahren

### Review Process

#### Zusammenfassung

In Deutschland muss jeder psychotherapeutisch tätige Arzt oder Psychologe, der seine Behandlungen von Krankenkassen oder Beihilfestellen finanziert haben möchte, Kassenanträge schreiben, die eine bestimmte Form haben und bestimmte Informationen enthalten müssen. Sie werden Fachgutachtern vorgelegt, die beschließen, ob eine Therapie genehmigt wird oder nicht. Die Genehmigung ist für viele Patienten entscheidend, da sie allein eine Therapie nicht bezahlen könnten. Das Know-how für die Abfassung dieser Anträge für VT und TP mit besonderer Berücksichtigung von Essstörungen wird dargestellt.

#### Schlüsselwörter

Psychotherapie-Richtlinien – Bericht an den Gutachter – Gutachterverfahren – Psychotherapieantrag – Antragstellung

#### Summary

According to the German law therapists who want their therapies to be paid by health insurances have to prepare a report of predefined form and content for their insured patients to have their expenses refunded by the insurance. This application will be forwarded to an expert chosen by the insurance who decides whether or not a therapy is necessary. In behaviour therapy and analytically orientated therapy, specific criteria for preparing these reports have been established, with special requirements for eating disorders.

#### Keywords

psychotherapy guidelines – report to the referee – review process – psychotherapy application – applying for

### ■ Einleitung

Als ich 1992 das erste Buch über Kassenanträge schrieb (Keil-Kuri, 1992), hofften damals viele, das Gutachterverfahren würde abgeschafft, da das Schreiben der Anträge vielen Kolleg(inn)en Mühe macht. Inzwischen ist vom Abschaffen keine Rede mehr, da die Anträge im Gutachterverfahren als Qualitätssicherung angesehen werden, die im Bereich der ambulanten Psychotherapie anders schwer durchzuführen ist.

Zunächst soll das Wesentliche der Antragserstellung für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für die Verhaltenstherapie dargelegt werden, und dann wird in beiden Antragsformen herausgearbeitet, wonach bei Essstörungen besonders zu fragen ist und wie die Informationen, die dadurch gewonnen werden, in den Antrag eingearbeitet werden können. Seit 1967 existiert – immer wieder aktualisiert, inzwischen in der 7. Auflage und jetzt herausgegeben von U. Rüger, A. Dahm und D. Kallinke – der „Kommentar Psychotherapie-Richtlinien“ von Faber und Haarstrick als Basis für das Abfassen der Anträge, sowohl für die gesetzlichen wie für die Privatkassen und die Beihilfestellen. Jeder tätige Psychotherapeut sollte diese Richtlinien

in der jeweils neuesten Auflage als Basis für das Abfassen der Anträge besitzen. Ohne Antrag können bei den Kassen, nicht bei der Beihilfe, Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung abgerechnet werden, die normalerweise zur Einleitung einer stationären Behandlung ausreichen müssten.

In diesem Beitrag wird nicht auf die Antragstellung im stationären Bereich eingegangen, die in der Regel formlos mit den Kostenträgern abgewickelt wird und dem Gutachterverfahren nicht unterliegt.

Eine gewisse Vereinfachung stellt die Möglichkeit dar, die für die Anträge nötigen Formulare für die gesetzlichen Kassen aus den Praxisprogrammen für Psychotherapie auszudrucken. Obendrein erhält jeder junge Kollege von seiner KV ein Arbeitsblatt mit Erläuterungen zu den einzelnen Punkten, die zu beantworten sind. Hingegen rate ich weiter davon ab, die von einigen Firmen angebotenen CDs mit vorfabrizierten Anträgen zu benutzen, die Zeit sparen sollen. Die Zeit, die der Antragsteller für seinen Bericht an den Gutachter braucht, ist zwar schlecht bezahlt, aber gut verwandt fürs Nachdenken und die Entwicklung der eigenen Hypothesen für die beabsichtigte Therapie: Nur wenn sich der Therapeut durch das Erstinterview und die probatorischen Sitzungen darüber klar geworden ist, welche Psychodynamik hinter

den geklagten Symptomen steckt, und ihm die Entwicklung von Übertragung, sog. Widerständen, und seiner Gegenübertragung während dieser insgesamt sechs Sitzungen deutlich geworden ist, ist es ihm möglich, einen schlüssigen Behandlungsplan zu entwerfen, der den Gutachter überzeugen kann und für den Patienten die Genehmigung seiner Therapie bringt.

Dabei ist eine sorgfältige biografische Anamnese, bei Jugendlichen evtl. unter Einbeziehung der Bezugspersonen (ab dem 14.Lj. kann der Jugendliche dies verweigern) Voraussetzung für die Antragserstellung. Am besten hat sich für die tiefenpsychologisch fundierte Therapie (TP) und die Psychoanalyse (PA) ein unstrukturiertes Interview zur Informationsgewinnung bewährt, während die Verhaltenstherapeuten in der Regel Fragebogen ausfüllen lassen und dann besprechen. Dabei muss der Therapeut gleichzeitig das nonverbale Verhalten seines Patienten genau beobachten und Auffälliges festhalten. Ebenso wichtig ist die Sprachbeobachtung, nicht nur der Inhalt des Gesagten. Darunter versteht man die Qualität des Sprechens, laut, leise, evtl. sogar flüsternd oder stotternd, gepresst, monoton oder abwechslungsreich mit passender Mimik und Gestik. Oder gibt es eine große Diskrepanz zwischen gesagtem Inhalt und Mimik? Wann stockt der Patient, bricht gar mitten im Satz ab? Und was erfährt der Therapeut zunächst nicht? Diese „Lücken“ sind besonders zu registrieren und evtl. in der nächsten Sitzung aufzugreifen. Und was erzählt der Patient am Ende der Sitzung? Dies ist oft besonders wichtig und kann nur gestanden werden, wenn die „Flucht“ am Stundenende schnell möglich ist.

Generell, bei Patienten mit Essstörungen muss besonders danach gefragt werden, was der Patient über sein frühes Essverhalten weiß, was ihm erzählt wurde und er gespeichert hat: Wurde er/sie gestillt. Wenn ja, wie lange? Hat die Mutter ggf. darüber geklagt, dass das Baby sie gebissen hat, musste sie evtl. wegen einer Mastitis abstillen; wurde das Stillen von der Mutter als etwas Schönes berichtet oder war es ihr lästig, weil ihr Tagesplan dadurch bestimmt wurde, so lange sie stillte? Ist der Milchstrom evtl. nach wenigen Tagen oder Wochen stress- oder krankheitsbedingt versiegt. War das Baby ein Schrei- und Speikind oder hat es „brav sein Bäumchen gemacht“? Welche Vorstellungen hat der Patient von diesen Berichten entwickelt über sein Essverhalten als kleines Kind; welches emotionale Klima hat er dabei erlebt? Welche diätetischen Vorgaben gibt es, gab es im Elternhaus? Waren die Eltern Vegetarier/Veganer, was durfte gegessen, nicht gegessen werden. Bei Juden gibt es ebenso wie bei Muslimen ganz klar durch die Religion definierte Ge- und Verbote, die ein kleines Kind ja nicht von Natur aus entwickelt, sondern die mit mehr oder weniger Druck anerzogen werden. Das Thema, wie haben die Eltern ihre Ideen über Essen dem Kind vermittelt – liberal oder diktatorisch –, ist besonders wichtig. Nahrungsmittelallergien entstehen oft auf dem Boden solcher Vorschriften und Tabus.

Anschließend an das Hinterfragen der frühen Essgewohnheiten, der Esskultur in der Familie und der Analyse der durch diese Berichte im Therapeuten entstandenen Gegenübertragungsgefühle ist genauso detailliert nach den jetzigen Essgewohnheiten der Patienten zu fragen. Außerdem natürlich nach der Entwicklung

des Körpergewichts: Wann wurde der Patient ggf. besonders dick oder dünn? Wurde er dafür gehänselt, getadelt oder gelobt? Wie wichtig war den Eltern, evtl. auch den Großeltern ein „satter Säugling, ein dralles Baby, ein wohlgenährtes Kleinkind“ als Ausdruck ihres positiven Umgangs mit Geld oder bei den in der Nachkriegszeit großgewordenen Eltern als Ausdruck des wieder entstandenen Wohlstands? (Es gibt nicht nur bei jungen Menschen Essstörungen, sondern mit der zunehmenden Alterspyramide auch bei alten!) Welche esoterischen oder magischen Vorstellungen herrschten in der Ursprungsfamilie im Zusammenhang mit Essen? Welche hat die Hauptbezugsperson vertreten?

Ein weiterer wichtiger Punkt der Anamnese im Hinblick auf Essstörungen ist die Frage nach der Längsschnittentwicklung des Körpergewichts: War der Patient irgendwann früher besonders dick oder dünn; in welchem Alter hat das Gewicht evtl. drastisch gewechselt mit oder ohne Zutun des Patienten? Welches Idealbild von seiner Figur gab es wann und gibt es heute noch? Huldigt er dem herrschenden Schlankheitsideal oder -wahn, oder genießt er evtl. eine üppige Figur als Ausdruck von Gemütlichkeit? Welches ist sein Traumgewicht?

Bei einer derart gründlichen Anamnese der Essensmuster in der Ursprungsfamilie erfährt der Therapeut sehr viel über die darüber hinausgehenden Familienmuster, z. B. im Hinblick auf Durchsetzen von Werten, Strenge, Rigidität, Zwang oder/und Gewährenlassen, d.h., sein Gesamteindruck von dem emotionalen Klima in der Familie wird erheblich verfeinert und ausgebaut. Die sorgfältige und differenzierte Anamnese des Essverhaltens ist also sehr zielführend im Hinblick auf die gesamte biografische Anamnese. Besonders geachtet werden muss auch auf evtl. widersprüchliche Botschaften einzelner Bezugspersonen: Hat z. B. die Mutter Wert auf Schlankheit gelegt, die geliebte oder gefürchtete Großmutter dagegen in den Enkel reingestopft, was dieser wollte? Wollte der Vater lieber eine Tochter mit rundlichen Formen und die Mutter das Gegenteil? Solche gegensätzlichen Vorstellungen der Bezugspersonen bringen das Kind in Entscheidungsunsicherheit und fördern die Entwicklung von Zwängen, nicht nur im Hinblick auf das Essverhalten. Dabei dienen die Zwänge der Abwehr unangenehmer Unsicherheit ebenso wie dem Ärger darüber.

Nur wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt, darf ein Gutachter einen Antrag befürworten:

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen);
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psych. Ätiologie;
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz;
- seelische Behinderungen aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen;
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die

Anwendung von Psychotherapie bietet (z. B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen);

- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumen);
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

Alle anderen Nöte sind Gegenstand von Beratung, die von den Krankenkassen nicht bezahlt wird.

### ■ Der Bericht zum Kurztherapieantrag (KZT) für TP

Er sollte 1 bis 1 ½ Seiten nicht überschreiten und ganz knapp den Inhalt von Erstinterview und probatorischen Sitzungen schildern und auswerten.

Er beginnt mit der

1. Diagnose(n) mit den Ziffern der ICD-10, die Hauptdiagnose macht den Anfang, dann folgen die Nebendiagnosen. Als Nächstes wird
2. Die Symptomatik geschildert
  - a) Welche Symptome sollen mit der KZT behandelt werden?
  - b) Seit wann besteht die Essstörung und
  - c) Ist eine auslösende Situation erkennbar?
3. folgen wichtige Aspekte des psychischen Befundes, etwa: Ist eine depressive Stimmung deutlich spürbar? Gibt es gar eine latente oder offene Suizidalität? Wie steht es mit Denken, Gedächtnis und Konzentration? Wen trifft die Symptomatik besonders? Wie hat sich der psychische Befund in den Probesitzungen evtl. verändert? Wo ist subjektiv der größte Leidensdruck spürbar? Ist der Patient motiviert? Sind die Berichte glaubhaft etc.
4. Gleichzeitig bestehende somatische Krankheiten. Psychologische Psychotherapeuten müssen dafür einen sog. Konsiliarbericht vom Hausarzt oder einem den Patienten behandelnden Facharzt erstellen lassen und beilegen!
5. Ist ein eindeutiger fokaler Konflikt erkennbar? Wenn ja,
6. Angaben zum fokalen Konflikt:
  - a) Beschreiben des Fokus
  - b) Lebensgeschichtliche Daten, die relevant für den dem Fokus zugrunde liegenden neurotischen Konflikt sind, z. B. Objektverluste, Ortswechsel, Scheidung, Tode
  - c) Psychodynamik des fokalen Konflikts
  - d) Wurde zur Fokusbestimmung weiterführende Diagnostik verwendet? Wenn ja welche? Testpsychologie z. B.
7. Falls kein fokaler Konflikt erkennbar, Begründung für die Indikation zur KZT,
  - z. B. bei Krisenintervention: Beschreibung der Krise und der geplanten Maßnahmen,
  - z. B. bei Überprüfung zur Indikationsstellung zur Langzeittherapie:  
Welche Zweifel bestehen in Bezug auf die Indikationsstellung? z. B. durchhalten können.  
Wie können diese durch die KZT ausgeräumt werden?  
Wenn der Patient verlässlich kommt.

Welche Maßnahmen sollen zur Abklärung eingesetzt werden?

8. Bei Gruppenbehandlung (nur VT) Begründung für die Indikation zur KZT als Gruppenbehandlung und schließlich
9. Prognose: Diese sollte realistisch eingeschätzt werden, nicht geschönt.

### ■ Der KZT-Antrag in der Verhaltenstherapie (VT)

Ursprünglich war VT grundsätzlich als KZT mit 20 bis 25 Sitzungen gedacht, in der Praxis zeigte sich jedoch von 1980, als VT am 1. Okt. eine Kassenleistung wurde, bis 1990, d.h. also in zehn Jahren, dass eine KZT nicht immer ausreicht, und so gibt es seit Mai 1990 sowohl eine KZT wie eine LZT (mit Anwendung des Gutachterverfahrens und möglicher Verlängerung) von zunächst 45 Sitzungen. Es kann zwei Verlängerungen geben, von zunächst 15 und in besonderen Ausnahmefällen weiteren 20 Sitzungen). Viele Verhaltenstherapeuten benutzen Fragebogen zur Erstellung des Kasenantrags. Dabei gehen sie ähnlich vor wie der KZT-Antrag für Tiefenpsychologie. Zunächst wird die spontan berichtete Symptomatik erfragt, dann die Krankheitsanamnese und die Lebensgeschichte und ggf. frühere Behandlungen. Es folgen auch bei der VT der psychische Befund und der somatische Befund mit Medikamenten- und Suchtanamnese. Dann kommt die kreative Arbeit der Verhaltensanalyse, die sich gliedert in die Bedingungsanalyse im Hinblick auf die Entstehung der Störung und die Auslösebedingungen sowie die Bedingungen, unter denen das Problem seltener bzw. nicht auftritt.

Nach der Bedingungsanalyse folgt die Phänomenologie im Hinblick auf Kognitionen, Emotionen, Physiologie, Motorik und Verhalten. Dieser schließt sich die Funktionsanalyse an (Krankheitssinn und Krankheitsgewinn) und schließlich die Analyse weiterer Einflussfaktoren: Verstärker, Fähigkeiten, Aktivitäten und Ressourcen. Dazu wird gefragt nach Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsstrategien. Auch beachtet, aber nicht betont werden natürlich Defizite, Schwächen, fehlende Strategien. Dann folgen die Motivationsanalyse und die erwartete Compliance. Die übrigen Punkte sind wie bei der TP: Diagnose, Therapieziele, Behandlungsplan und Prognose.

Im Grunde sind die kompakten KZT-Anträge oft schwieriger und erfordern präziseres Nachdenken als die ausführlicheren LZT-Berichte, die ich im Folgenden erläutern will:

### ■ Der Bericht zum Erst- oder Umwandlungsantrag/ LZT für TP

**1. Spontanangaben:** Hier kommt es darauf an, möglichst anschaulich die Symptomatik und die Klagen des Patienten, auch sein Äußeres wiederzugeben; z. T. sogar mit wörtlichen Zitaten. Hierher gehört ggf. auch der Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen. Wann begann die Essstörung? Wie war damals die Situation des Patienten und seines Umfelds? Wieso kommt der Patient, bzw. meist ist es ja eine Patientin, jetzt und wer hat es veranlasst? Der Hausarzt, die Schule, die besorgten

Eltern etc.? Was hier wichtig ist, wurde bereits ausführlich im einleitenden Teil dargelegt (Seite 1 und 2)

## 2. Dann folgt die Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung, unterteilt in

- Familienanamnese: Hier ist auch besonders danach zu fragen, ob noch jemand in der Familie übergewichtig oder zu dünn ist und ob es noch andere psychosomatische Krankheiten bei nahen Angehörigen gibt.
- körperliche Entwicklung: Verließ sie unkompliziert und zeitgerecht bis zum Beginn der aktuellen Symptomatik? Oder gab es Schwierigkeiten und in der Folge davon Gewichtsschwankungen? Wenn ja, welche? Das Gleiche ist zu fragen zur
- psychischen Entwicklung: Wie hat die Patientin sich selbst im Spiegel der anderen erlebt? Wann hat sie evtl. Frustessen und konsekutives Erbrechen als mögliche Spannungsabfuhr entdeckt? Und dazu gehört weiter
- die soziale Entwicklung, wobei besonders auf die familiäre und berufliche Situation der Patientin und ihrer Angehörigen fokussiert werden sollte, da Essstörungen ja immer im Kontext entstehen (in Afrika z. B. gibt es keine psychogenen Essstörungen außer Übergewicht). Welche Essrituale werden und wurden in der Familie praktiziert? Gab es gemeinsame Mahlzeiten in Ruhe, oder aß jeder im Stehen schnell, was und wie viel er wollte? Wie verlief die Schul- und Ausbildungszeit; welche Krisen gab es in den phasentypischen Schwellensituationen? Wann war die erste Verliebtheit, die Menarche, die erste Ejakulation?

## 3. Krankheitsanamnese

Was für frühe Befindlichkeitsstörungen wurden von der Patientin berichtet, und an was erinnert sie sich selbst? Wann war sie ggf. stationär im Krankenhaus? Gab es gehäuft Unfälle in der Kindheit? Allergien? Periodenstörungen? War die Patientin schon einmal in Psychotherapie? Wenn ja, mit welchem subjektiven Erfolg? An welche Primordialsymptome wie Daumenlutschen, Nägelbeißen, Einnässen erinnert sich die Patientin? Dabei ist es wichtig, das Alter bei evtl. Unfällen und Krankheiten genau zu erfragen und ob diese sehr angstbesetzt erlebt wurden und wie lange sie dauerten.

Dann kommt ggf. der Konsiliarbericht dazu, der meist nur wenig aussagekräftig ist, weil das Ausfüllen von den meisten Kollegen als lästig empfunden und kaum bezahlt wird.

## 4. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung

Dieser entspricht für die psychiatrisch Versierten dem in der Psychiatrie üblichen psychopathologischen Befund. Es wird besonders gefragt nach:

- Emotionaler Kontakt, Intelligenzleistungen und Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit, Krankheitseinsicht, Motivation der Patientin zur PT.
- Bevorzugte Abwehrmechanismen, ggf. Art und Umfang der infantilen Fixierungen (solche sind praktisch immer nachweisbar), Persönlichkeitsstruktur.
- Der eigentliche psychopathologische Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der mnestischen Funktionen; Wahn-

symptomatik, suizidale Tendenzen). Hier ist eine subtile Fragetechnik nötig.

## 5. Somatischer Befund

Das Ergebnis einer körperlichen Untersuchung, die nicht länger als drei Monate zurückliegt, ist immer mitzuteilen; egal wer sie gemacht hat, wenn nicht der ärztliche Therapeut selbst. Darüber, ob dieser selbst untersuchen sollte, streiten sich die Geister; bei Magersüchtigen halte ich es für sinnvoll, damit er nicht nur ein eigenes Bild gewinnt, sondern bei den nötigen Gewichtskontrollen auch nicht belogen werden kann. Die Psychologen haben diese Möglichkeit nicht, sie müssen den Konsiliarbericht beilegen. Wiegen können sie den Patienten natürlich auch (immer ausgezogen, damit er keine Gewichte in der Unterwäsche verstecken kann!).

## 6. Psychodynamik der neurotischen Erkrankung

Dies ist in der Regel der „Pferdefuß“ der Anträge, vor allem für die, die keine guten entwicklungspsychologischen Kenntnisse haben und die Biografie gewissermaßen „nicht lesen“ können. Der intrapsychische neurotische Konflikt und die daraus folgende Symptomatik müssen zugeordnet werden. Auslösende Faktoren und der zeitliche Zusammenhang sind herauszuarbeiten, auch wie sich die Symptome seit dem ersten Auftreten verändert haben. Sind sie am Wochenende oder im Urlaub auch da, sind sie kontinuierlich schlimmer geworden, oder kommen sie nur periodisch immer wieder vor? Waren sie auch wieder eine Zeitlang ganz weg? Der neurotische Konflikt, falls es so einen bei der Patientin gibt, muss auf mehreren Ebenen dargestellt werden:

- als intrapsychischer Konflikt: Wurde Essen oder Fasten als Methode der Konfliktlösung eingesetzt, zur Lösung von Spannung oder Betäuben unangenehmer Affekte, ähnlich wie Alkohol?
- als interpersoneller Konflikt (dies ist bei Essstörungen besonders wichtig: Ich erinnere mich z. B. an eine mager-süchtige Patientin, die ihren Vater dazu brachte, ihr jedes Mal, wenn sie ihren Teller leer aß, eine nicht unbedeutende Geldsumme zu geben. Da musste natürlich zunächst der Vater davon abgebracht und seine Angst, die Tochter würde verhungern, abgearbeitet werden, ehe eine Therapie der Essstörung der Tochter Sinn machte) und
- ggf. bei strukturellen Ich-Defekten als deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf intrapsychische und interpersonelle Konflikte.

Dabei ist der Nachweis kausaler krankheitsbestimmender Zusammenhänge zur Verdeutlichung der Psychogenese der Gesundheitsstörungen zu führen, ggf. sind krankheitsrelevante familiendynamische Faktoren zu schildern.

Bei Psychotherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sind die psychodynamisch relevanten Anteile der Behinderung oder ihrer Folgen darzustellen.

## 7. Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

Darstellung der Diagnose auf der symptomatischen und strukturellen Ebene mit ICD-10-Ziffern; differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde,



soweit solche vorliegen, ggf. unter Beifügung der anonymisierten Befundberichte. OPD wird (noch) nicht verlangt, wer mag, kann sie aber natürlich anwenden.

### 8. Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie

Dafür könnten die Tiefenpsychologen etwas von den Verhaltenstherapeuten lernen; diese fragen viel mehr nach den Zielen einer Therapie, müssen es auch wegen der begrenzteren Stundenzahl. Es muss ein Zusammenhang nachvollziehbar sein zwischen der Art der neurotischen Erkrankung und Essstörung, der geplanten Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und -ziel, das unter Berücksichtigung der Leistungspflicht der Krankenkassen als erreichbar angesehen wird. Falls Minderjährige behandelt werden, muss eine begleitende PT der Bezugsperson begründet werden und die dafür nötige Stundenzahl benannt sein. Schließlich folgt als letzter Punkt die

### 9. Prognose

Hier sind sowohl Ressourcen, d. h. alle zu erwartenden therapiefördernden Faktoren aufzuzählen, wie auch das Gegenteil. Verlässlichkeit, Motivation, Leidensdruck, Introspektionsfähigkeit sind nochmals aufzuführen, auch wenn davon früher schon die Rede war. Die Prognose sollte realistisch eingeschätzt werden, nicht zu optimistisch, sondern der Erfahrung mit vergleichbaren Patienten entsprechend. Bei Kindern und Jugendlichen ist natürlich auch die Motivation der Begleitpersonen zu hinterfragen, denn wenn z. B. die Mutter nicht wirklich will, ist die Prognose eher zweifelhaft. Wie viel Entwicklungsfähigkeit hat ein Patient nach seiner Struktur und seinem Alter?

Wenn der Erstantrag einer Umwandlung von einer KZT in eine LZT dient, so sind vor dem üblichen Erstantrag noch zwei Fragen zu beantworten und als 11.1) und 2) zu beantworten und im Antrag voranzustellen:

11.1) Welches sind die Gründe für die Änderung der Indikation und die Umwandlung in LZT?

11.2) Welchen Verlauf hatte die KZT?

Wenn die damit beantragten 50 bzw. bei der Umwandlung 25 und für Psychoanalyse 160 (bei Beihilfe und Privatkassen nur 80) Sitzungen zu Ende gehen, muss rechtzeitig, in der Regel spätestens fünf Sitzungen vor dem Auslaufen der Genehmigung, eine Verlängerung beantragt werden: In einem ersten Schritt können für TP nochmals 30, für PA weitere 80 Sitzungen früh genug beantragt werden, damit bei einer evtl. Ablehnung des Antrags noch genug Zeit bleibt, entweder ein Obergutachten zu beantragen oder das Therapieende herbeizuführen. Auch der

### ■ Fortführungsantrag

(Formblatt PT 3b E oder K bei den gesetzlichen Kassen) folgt einem bestimmten Schema: Es sind insgesamt sechs Fragen zu beantworten:

1. Wichtige **Ergänzungen** zu den Angaben in den ersten vier Abschnitten des Erstantrags PT 3a E oder K bei den GKV-Versicherten: Was hat der Therapeut noch zusätzlich erfahren zur

Biografie, zur psychosozialen Entwicklung, zur Familiensituation; gab es im Berichtszeitraum körperliche Erkrankungen, wurden weitere psychische oder somatische Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja mit welchem Ergebnis?

2. Und wieder die Schwierigkeit: **Ergänzungen zur Psychodynamik** der Erkrankung: Im Verlauf der bisher ausgeführten PT gewonnene Erkenntnisse über die Psychodynamik und kritische Überprüfung der im Erstantrag dargestellten Annahmen zur Ätiopathogenese. Darstellung der Entwicklung auf der intrapsychischen und interpersonellen Ebene.

### 3. Ergänzungen zur neurosenpsychologischen Diagnose bzw. Differentialdiagnose

### 4. Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs

a) Entwicklung von Übertragung und Gegenübertragung, Widerstand und Regression, Dynamik der familiären Interaktion (bei Jugendlichen); angewandte Methoden und Angaben über den erreichten Effekt, Änderung der Symptomatik, Korrektur evtl. der Fehlentwicklung, ggf. Therapieunterbrechungen. Für den Gutachter muss der therapeutische Prozess nachvollziehbar dargestellt werden. Bei Gruppentherapie sind der Gruppenprozess und das Verhalten des Patienten darin darzustellen und die Verhaltensänderung in der Gruppe.

b) Bei Kindern und Jugendlichen ist auch der Verlauf der Behandlung der Bezugsperson zu schildern.

### 5. Änderungen des Therapieplans und ggf. Begründung dafür

### 6. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf

Die wahrscheinlich noch nötige Therapiedauer ist mit Bezug auf die Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten und seines Umfelds zu begründen. Die Therapieziele sind auch im Hinblick auf die Leistungspflicht der Krankenkassen zu erläutern (s. Faber-Haarstrick, 2005)

Wenn eine zweite oder dritte Verlängerung nötig sein sollte, ist jeweils nach dem obigen Schema ein weiterer Fortführungsantrag zu schreiben und dazu ein

### ■ Ergänzungsbericht PT 3 c

Hierfür werden immer die gleichen vier Fragen abgefragt

1. Welche Erwartungen knüpft der Patient (und ggf. seine Eltern oder anderweitigen Bezugspersonen) an die Fortführung der Behandlung? Was möchten sie noch erreichen? Was ist bereits erreicht worden, z. B. im Hinblick auf die Essstörung und das Körpergewicht, aber auch im Hinblick auf die ursächlichen Konflikte und Nöte?
2. Welche Zielvorstellungen verbindet der Therapeut mit der im Bericht zum Fortführungsantrag dargestellten Therapie? Glaubt er daran, in dem möglichen Rahmen evtl. noch einen Durchbruch zu erreichen, oder ist er eher skeptisch?

3. Kann die Beendigung der PT durch Reduzierung der Behandlungsfrequenz ermöglicht oder erleichtert werden?
4. Welche Stundenzahl wird für die Abschlussphase der PT noch für unbedingt erforderlich gehalten? Welche Sitzungsfrequenz und welche Behandlungsdauer bis zur Beendigung der Therapie sind vorgesehen?

### ■ Anträge für Privatkassen oder Beihilfe

Diese richten sich im Grunde alle nach diesem Schema, mit dem Unterschied, dass es keinen Ergänzungsbericht gibt, sondern zu den Fragen dieses Berichts im Rahmen der Fortführungsanträge Stellung zu nehmen ist. Ein weiterer wichtiger Unterschied ist der, dass die Privatversicherten und Beihilfeberechtigten die Formulare für die Anträge bei ihrem jeweiligen Versicherer anfordern müssen, da diese Formulare von Kasse zu Kasse leicht unterschiedlich, aber selbsterklärend sind. Dabei ist zu beachten, dass der Patient in der Regel eine Entbindung von der Schweigepflicht auf diesen Antragsformularen unterschreiben muss und meist mit einer zweiten Unterschrift der Antrag zu stellen ist, was bei den gesetzlichen Kassen mit dem Formular PTV1 „Antrag des Versicherten“ geschieht. Manchmal muss der Therapeut dies dem Patienten erklären. Wie viel ihm seine Versicherung oder Beihilfe erstattet, hängt von seinem persönlichen Vertrag ab; d.h., es kann also sein, dass er mehr oder weniger zuzahlen muss. Darauf muss man den Patienten zu Beginn hinweisen und ggf. dies auch in die Therapieplanung mit einbeziehen: Es hat wenig Sinn, eine Analyse anzustreben, wenn der Patient z. B. nur 20 oder 30 Sitzungen im Jahr erstattet bekommt und nicht willens oder in der Lage ist, den größeren Rest selbst zu finanzieren. Einige wenige Privatkassen verlangen nur kurze formlose Anträge, meist, wenn sie nur 20 oder 30 Sitzungen bezahlen. Der Therapeut muss also im Einzelnen mit jedem Privatversicherten seine Vertragslage abklären, um nicht plötzlich vom Patienten zu hören: „Meine Kasse zahlt dieses Jahr nicht mehr; ich muss die Therapie bis nächstes Jahr unterbrechen.“ Zur Wahrung der Schweigepflicht sollte der Therapeut auch bei der Beihilfe und den Privatkassen, wenn sie nicht ohnehin farbige Umschläge für den Antrag mitschicken, diesen in einem separaten Umschlag verschließen und darauf schreiben „Nur vom Gutachter zu öffnen“ und diesen verschlossenen Umschlag zusammen mit dem Antrag an die Kasse bzw. Beihilfe in einen größeren Umschlag eintüten. Der Datenschutz hat auch hier Priorität!

### ■ Die Anträge für Verhaltenstherapie

Indikationen für VT sind nur

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen oder Phobie);
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie;
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von VT bietet;

- seelische Behinderungen aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten, z. B. schicksalhafte psychische Traumen);
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen;
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch erneuter psychotischer Episoden – erkennen lassen.

### ■ Der Erstantrag

Im Grunde folgt er in der Systematik den Anträgen für die TP, die Schwerpunkte liegen nur anders und die Vorarbeit – in der Regel mit Fragebogen – gibt eine andere Struktur des Erstgesprächs vor. Inhaltlich folgt dann das Abfassen des Antrags in ähnlicher Reihenfolge:

**1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik.** Die Symptomatik wird unkommentiert vom Therapeuten aus der subjektiven Sicht des Klienten berichtet und auf einer beschreibenden Ebene aufgezeichnet.

**2. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese:** Dabei werden

- a) Umweltfaktoren stärker in die Verhaltensanalyse mit einbezogen, wie z. B. ökologische Ängste und die damit verbundenen hilflosen und krankmachenden Bewältigungsversuche der Patienten, zunehmend aber auch der Ablauf der Biografie und belastende Lebensereignisse und etwaige Traumatisierungen. Dann wird weiter zentriert auf die
- b) aktuelle Lebenssituation: Lebensumstände, Beruf und Ausbildung, materielle und familiäre Lage, Partnerbeziehungen, Kinder, Ursprungsfamilie. Immer wird auch nach
- c) früheren psychotherapeutischen Behandlungen gefragt, zumal diese im VT-Bereich ja häufiger sind als bei der TP oder PA. Auch im VT-Antrag folgt dann der

**3. Psychische Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung,** wobei hier größerer Wert gelegt wird auf die Interaktion zwischen Klient und Therapeut und aktiv versucht wird, eine gute Beziehung zu etablieren. Das ist ein Unterschied zur TP und PA, wo sich in den probatorischen Sitzungen möglichst ungestört die frühe Übertragungsbeziehung entwickeln soll, die in der VT weniger wichtig ist als eine reale gute Arbeitsbeziehung mit einer warmen, freundlichen und akzeptierenden Interaktion. Diese wird als Basis für das Gelingen einer therapeutischen Intervention angesehen.

**4. Beim somatischen Befund** gibt es keine wesentlichen Unterschiede: Wie im Kommentar von Faber und Haarstrick gefordert, muss hier ein nicht länger als 3 Monate zurückliegender Untersuchungsbefund bzw. Konsiliarbericht angeführt werden, wobei zu differenzieren ist, ob die körperlichen

Befunde seelisch begründet sind, funktionelle Störungen oder psychosomatische Erkrankungen im klassischen Sinn bestehen und wo der Schwerpunkt beim jeweiligen Klienten liegt. Dann folgt analog zur Psychodynamik

**5. die Verhaltensanalyse**, sozusagen als Kernstück des Antrags, aus der dann logischerweise der Behandlungsplan abgeleitet wird. Die Verhaltensanalyse ist sehr differenziert zu erstellen. Dazu gehören sowohl die Selbstaussagen des Klienten wie die Ergebnisse der strukturierten Verhaltensbeobachtung und evtl. durchgeführter Tests. Zunächst werden die Krankheitsphänomene, soweit nicht schon weiter oben geschehen, genau beschrieben. Dann folgt die sog. Bedingungsanalyse, die von der Funktionsanalyse gefolgt wird. Alles wird zu einer umfassenden Analyse der Gesamtpersönlichkeit zusammengetragen.

#### a) Bedingungsanalyse

Zunächst wird aus den erhobenen Daten herausgearbeitet, unter welchen Bedingungen die Symptome entstanden sind, wodurch sie unterhalten werden, wodurch verstärkt oder abgeschwächt. Außerdem werden sie Situationen aufgezeigt, in denen die Symptomatik überhaupt nicht auftritt.

#### b) Phänomenologie

Die Symptomatik des Klienten und seine Persönlichkeit werden auf vier Ebenen beschrieben:

1. Kognitionen: z. B. das Symptom aufrechterhaltende Gedanken, Einstellungen, internalisierte Elternanweisungen,
2. Emotionen: Welche Qualität hat die Emotionalität des Patienten, gibt es Impulsdurchbrüche oder massive emotionale Hemmungen?
3. Physiologie: Physiologischer Ausgangszustand und physiologische Begleiterscheinungen der Symptomatik, auch ausgeprägte Hemmungen im Denken oder Tun?
4. Motorik: Was lässt sich sehen an körperlichen Ausdrucksmerkmalen und Verhalten?

#### c) Funktionsanalyse

Die Analyse der Funktion der Symptomatik ist praktisch immer wichtiger geworden; sagt sie doch etwas aus über den primären und sekundären Krankheitsgewinn. Bis zum Entschluss des Patienten, etwas durch eine Therapie ändern zu wollen, dienen die Funktionen des Symptoms vor allem der Aufrechterhaltung einer inneren und äußeren Homöostase. Daher darf nicht vorschnell das Symptom direkt angegangen werden, um den Klienten nicht zu destabilisieren. Funktionen werden als interne und externe Auswirkungen der Symptomatik definiert, sie können dem Patienten sowohl bewusst wie unbewusst sein. Früher sprach man manchmal von „positiven Konsequenzen der Symptomatik“; das ist nichts anderes als der Krankheitsgewinn. Insofern muss das Symptom wertgeschätzt werden.

#### d) Analyse weiterer Einflussfaktoren

Hier werden vor allem die Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten des Klienten angeführt; daneben aber auch die fehlenden Strategien und Defizite und evtl. körperliche

Behinderungen und notwendige Medikationen. Weiter gehört hierher die Motivationsanalyse, die Analyse der bisherigen Arzt-Patient-Beziehung im Sinne von Michael Balint und Überlegungen zur evtl. Unterstützung oder Behinderung der geplanten Therapie durch die nahen Bezugspersonen.

Als Abschluss der Verhaltensanalyse wird ein hierarchisch geordnetes Störungsmodell formuliert einschließlich übergeordneter Störungen.

#### 6. Diagnose und Differentialdiagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

Hier werden wie auch bei der TP die beschreibende Diagnose, z. B. Selbstwertstörung, und die ICD-10-Codierung verlangt. Differentialdiagnosen sind genauso zu stellen wie bei der TP, sofern es welche gibt.

#### 7. Therapieziele und Prognose

Am effektivsten ist es, wenn Klient und Therapeut gemeinsam die Ziele aus dem bisher erarbeiteten Material formulieren. Das stärkt die Motivation des Klienten, und der Therapeut stellt seine persönlichen und professionellen Kompetenzen in den Dienst der Ziele des Klienten, ohne dessen Probleme zu lösen (Kanfer et al., 1991). Wie bei TP auch folgt jetzt der

#### 8. Behandlungsplan

Dieser wird jetzt strukturiert erstellt unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte, der Verhaltensanalyse und der Compliance sowie der individuellen Veränderungsmöglichkeiten des Klienten in den Probesitzungen. Er wird der rote Faden der Therapie, wenn er verändert werden muss, wird dies mit dem Klienten besprochen. Außerdem muss die geplante Behandlungsfrequenz und Sitzungsdauer sowie eine mögliche Kombination von Einzel- und Gruppensitzungen begründet werden. Die Verhaltenstherapeuten nehmen sich, wenn sie dafür ausgebildet sind, manchmal die Freiheit, Interventionen aus anderen Methoden zu integrieren, wobei der Grundcharakter des verhaltenstherapeutischen Konzeptes bewahrt werden muss. Dann ist dergleichen Richtlinien-konform. Therapie wird als Hilfe zur Selbsthilfe und nicht als Weg zur vollständigen Problemlösung verstanden. Vom Therapeuten geplante Interventionen dürfen nicht gegen den offenen oder versteckten Widerstand des Klienten durchgeführt werden, sondern müssen immer wieder neu seinem aktuellen Veränderungsprozess angepasst werden.

#### ■ Verlängerungsanträge in der Verhaltenstherapie

Das Verfahren hierfür ist analog zu dem in der TP und PA. Der Klient muss wie schon beim Erstantrag ein Formular PT V1 für die gesetzlichen Kassen ausfüllen und unterschreiben, zu dem das Formular PT V2 bE des Therapeuten kommt. Dazu wird dann der Antrag an den Gutachter verfasst, der in einem geschlossenen gelben Umschlag zusammen mit einer Kopie des Antragsformulars des Therapeuten in einen weiteren Umschlag mit dem Antrag PTV1 und PT V2 weggeschickt wird an die Zweigstelle der Kasse, bei der der Klient geführt wird. Parallel zu den Anträgen für TP wird auch im Bericht zum Fortführungsantrag für VT gefragt:

**1. Wichtige Ergänzungen zum Erstantrag (VT 3a)**

- zur lebensgeschichtlichen Entwicklung und Krankheitsanamnese
- zum psychischen Befund und Bericht der Angehörigen des Klienten
- ergänzende Befundberichte (ambulant, stationär, testpsychologisch)
- 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; evtl. neu hinzugetretene Symptome
- Mitarbeit des Klienten und ggf. der Bezugspersonen

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

- Prognose
- Begründung der wahrscheinlich noch notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Klienten

**■ Ergänzungsbericht**

Ein solcher ist in der VT ebenfalls notwendig, wenn es zu einem zweiten oder weiteren Verlängerungsanträgen kommt bis zur Höchstgrenze von maximal 80 Sitzungen. Der Ergänzungsbericht muss einem Fortführungsantrag hinzugefügt werden und enthält ebenfalls vier Fragen:

1. Welche Erwartungen knüpft der Klient an die Fortführung? Was möchte er noch erreichen?
2. Welche besonderen Ereignisse sind eingetreten, die eine Fortführung der Behandlung in diesem Umfang nötig machen?
3. Wie schätzt der Therapeut die Möglichkeiten zur Selbsthilfe und zur eigenverantwortlichen Bewältigung der Verhaltensstörung ein?
4. Welche Stundenzahl, Sitzungsfrequenz und Behandlungsdauer werden für die Abschlussphase der VT noch für unbedingt erforderlich gehalten?

Wenn alles nicht reicht, gibt es noch laut Faber und Haarstrick (Faber-Haarstrick, S. 26) die sog. Entdeckung, d.h. die Überschreitung der Regelgrenzen; es gibt dies aber nur in besonders begründeten, meist analytischen Ausnahmefällen, wenn weiterhin Krankheit im Sinne der RVO (Reichsversicherungsordnung) angenommen werden muss, der Therapeut alles *lege artis* versucht hat und glaubt, er kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Therapie nicht beenden, ohne den Erfolg zu gefährden, und ersichtlich ist, dass der Therapeut nicht in eine Gegenübertragungsproblematik geraten ist. Sinngemäß ist dies wohl auch bei TP und VT zu versuchen.

**Beendigung der Therapie bei nicht ausreichendem Behandlungserfolg (z.B. bei Süchten)**

Es sollte eigentlich selbstverständlich sein, dass im Sinne der Solidargemeinschaft der Versicherten eine Therapie beendet werden muss, wenn kein nennenswerter Erfolg eintritt oder erwartet werden kann. Ggf. können andere Therapieformen oder ein Therapeutenwechsel erwogen werden. Beides ist zu bestimmten Bedingungen möglich, die bei Bedarf im Kommentar von Faber und Haarstrick nachgelesen werden können. Natürlich müssen jeweils dann neue Anträge für das neu gewählte Verfahren oder vom neuen Therapeuten gestellt werden, es sei denn, er kann bereits für den Vortherapeuten genehmigte Sitzungen noch übernehmen.

Abschließend ist positiv zu bemerken, dass bei aller notwendigen Strenge und Klarheit zum Wohle der Patienten sehr viel als Kassenleistung möglich ist, wahrscheinlich mehr als irgendwo sonst in der Welt.

**■ Literatur**

- Dührssen, A. (2011). Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Mit einer Einführung von Gerd Rudolf und Ulrich Rüger. Stuttgart: Schattauer. ISBN 978-3-7945-2769-4.
- Faber-Haarstrick (2005). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Hrsg. U. Rüger, A. Dahm und D. Kallinke (7. aktualisierte u. ergänzte Aufl. auf der Basis der gültigen Psychotherapie-Richtlinien). München, Jena: Urban & Fischer. ISBN 3-437-22861-7,
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). Selbstmanagementtherapie. Berlin: Springer.
- Keil-Kuri, E. (1992). Vom Erstinterview zum Kassenantrag. Seelische Krankheit im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien. München: Urban & Fischer.
- Keil-Kuri, E., unter Mitarbeit von G. Görlitz (1999). Vom Erstinterview zum Kassenantrag Ein Praxishandbuch für Psychotherapeuten. Mit neuem Psychotherapeutengesetz (3. überarb. Aufl.). München, Jena: Urban & Fischer.
- Keil-Kuri, E. (2008). Kassenanträge – Denkanstoß statt Angstpartie Das notwendige Know-how zur rationalen und erfolgreichen Abfassung. 1.Sonderausgabe mit neuen Gebührensätzen. Stuttgart, New York: Schattauer.

**■ Korrespondenzadresse**

Dr. Eva Keil-Kuri  
82234 Wessling/Obb. | Etterschlagerstr.7  
eva.keil-kuri@gmx.de