



Der verhaltenstherapeutische Kassenantrag



Agenda

- Allgemeine Richtlinien
- Bewilligungsschritte
- Der Kurzzeitantrag
- Praktische Vorgehensweise
- Exkurs: Multifaktorielles Störungsmodell der Depression
- Der Bericht an den Gutachter am Beispielfall
- Probleme mit der Bewilligung



Allgemeine Richtlinien

- Die Verhaltenstherapie ist als drittes Richtlinienverfahren seit 1987 anerkannt.
- Damit gehört die Übernahme der Kosten der Therapie zur Leistungspflicht der Krankenkassen.
- Ein Gutachter überprüft, ob die Leistungspflicht im jeweiligen Fall vorliegt und ob den aktuellen Qualitätsansprüchen Rechnung getragen wird
- Dazu beurteilt er drei Kriterien:
 - Liegt eine Störung mit Krankheitswert vor (orientiert an ICD 10)?
 - Liegt ein zweckmäßiges Behandlungskonzept vor (orientiert an wissenschaftlich begründetem Störungsmodell und dementsprechenden Interventionsmethoden)?
 - Ist die Behandlung wirtschaftlich (können Befundverbesserungen nach maximal 80 Sitzungen realistischerweise erwirkt werden)?
- Diese Kriterien sollte der Therapeut/die Therapeutin daher in seinem Bericht hervorheben



Die Bewilligungsschritte

- maximal 5 probatorischen Sitzungen plus eine Anamneserhebung
- im Normalfall: Langzeittherapie (45 Sitzungen á 50 Minuten)
- in besonders begründeten Fällen: Fortführungsantrag (15 Sitzungen)
- bis zur Höchstgrenze im Ausnahmefall: Fortführungsantrag mit Ergänzungsbericht (20 Sitzungen)
- Die Einzelsitzungen können auf 25 Minuten halbiert werden
- Bei Konfrontationsübungen können auch pro Behandlungstag zwei Doppelsitzungen durchgeführt werden.
- Nach Ablauf 15 mal im Quartal 10 Minuten



Der Kurzzeitantrag

- seit 2000 auch gutachterpflichtig
- umfasst 25 Sitzungen á 50 Minuten
- erweist sich die Kurzzeittherapie als unzureichend, kann nach spätestens 20 Sitzungen ein Umwandlungsantrag(20 Sitzungen) gestellt werden



Der Kurzzeitantrag (2)

- Die Richtlinien für Kurzzeittherapie sehen nur 3 Indikationen für diesen Antrag vor:
 - ausreichend erscheinender Behandlungserfolg in 25 Sitzungen (z.B. spezifische Phobien, Anpassungsstörungen mit leichter depressiver Symptomatik))
 - zur Überprüfung einer Indikation für eine Langzeittherapie. (z.B. Patienten mit eingeschränkten Verständnismöglichkeiten, starker Chronifizierung mit vielen vorherigen Behandlungsversuchen, schwankende Motivationslage)
 - als Sofortmaßnahme zur Krisenintervention



Der Kurzzeitantrag (3)

- Nach 35 positiv beschiedenen Anträgen kann bei der zuständigen KV eine Befreiung von der Berichterstattungspflicht für Kurzzeitanträge beantragen.
- Die Unterpunkte im Bericht sind praktisch identisch mit denen des Langzeitberichts, der Antrag soll aber lediglich 1 bis 1 ½ Seiten umfassen.



Praktische Vorgehensweise

- Die Patientin kommt mit ihrer Krankenkassenkarte und einer Überweisung (oder 10 €).
- In maximal fünf probatorischen Sitzungen plus einer Anamneserhebung werden die benötigten Informationen exploriert.
- Aufgrund der Komplexität der Störung wird ein Langzeittherapieantrag gestellt.
- Die Patientin stellt per Antragsformular PTV 1 einen Antrag auf Psychotherapie.
- Die Therapeutin füllt Antragsformular PTV 2 aus.
- Beide Anträge erhält die Kasse.
- Der Gutachter erhält über die Kasse in einem geschlossenen Umschlag: Bericht, PTV2, Klinikberichte und bei PP Konsiliarbericht (Patientendaten als Chiffre)
- Wenn es gut gelaufen ist, empfiehlt der Gutachter die Kostenübernahme der Therapie!!!
- Abschluss oder Abbruch der Kasse melden



Exkurs: Das multifaktorielle Depressionsmodell (nach Hauzinger et al.)

- Das Modell integriert verschiedene Störungsmodelle, wie etwa das verhaltenstheoretische Modell von Lewinsohn oder das kognitionstheoretische Modell von Beck.
- Es beschreibt die beteiligten psychischen und sozialen Prozesse, die zu der Entwicklung und zur Aufrechterhaltung einer Depression führen können.
 - A: Vorausgehende Bedingungen, auslösende Ereignisse (stressreiche oder kritische Lebensereignisse, besonders im Bereich sozialer Beziehungen)
 - B: Die auslösenden Bedingungen rufen unmittelbare emotionale Reaktionen, automatisierte Verhaltensmuster auf und aktivieren Gedächtnisinhalte mit zusätzlich belastenden Erinnerungen.
 - C: Dies führt zu einer Zunahme der Selbstaufmerksamkeit mit Lageorientierung und dem internen Focus auf Selbstkritik.

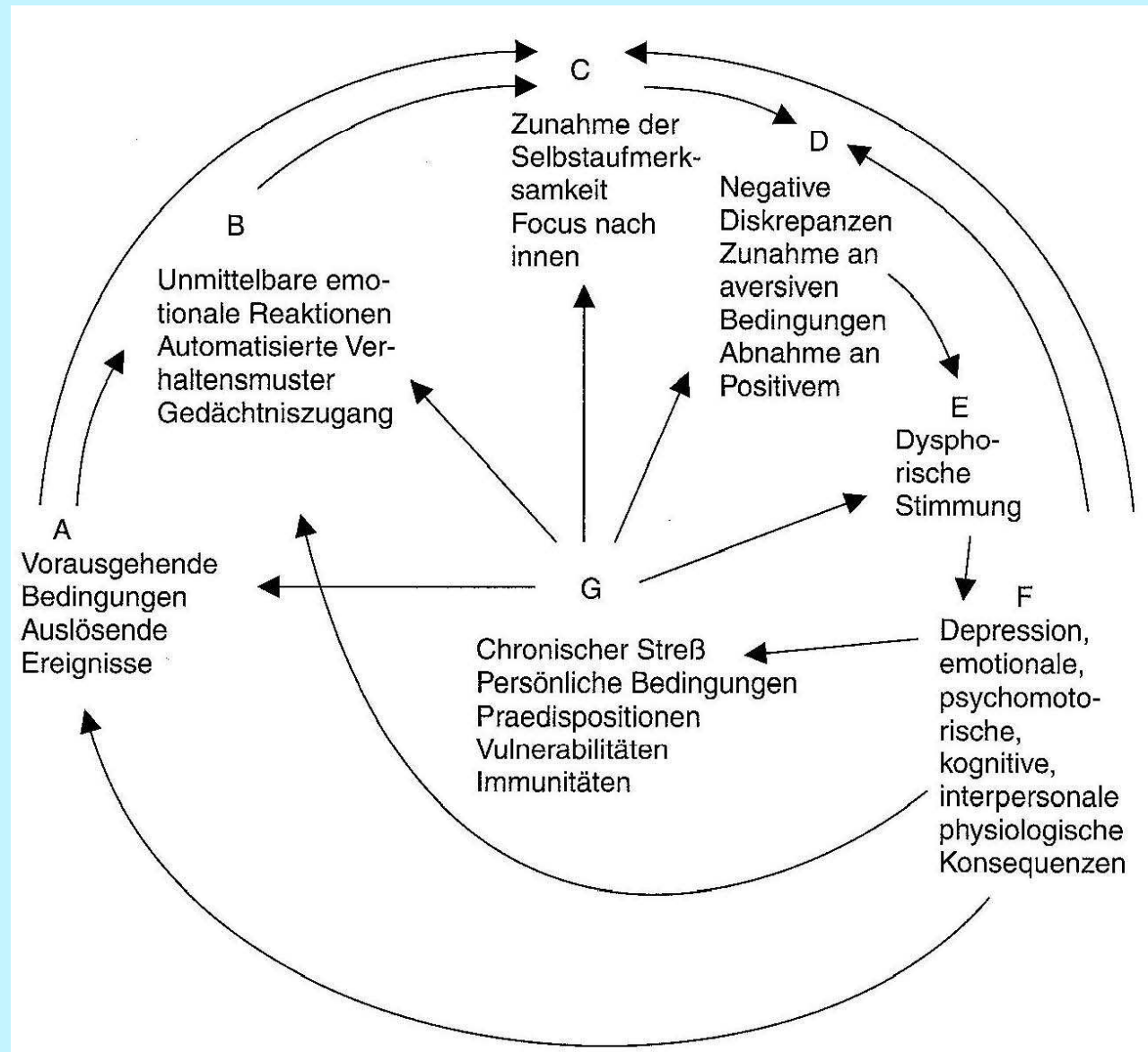


Exkurs: Das multifaktorielle Depressionsmodell (nach Hauzinger et al.)

- D: Daraus resultieren eine Zunahme aversiver Bedingungen und eine Abnahme an Positivem.
- E: Diese Einflüsse intensivieren die affektiven Reaktionen hin zu dysphorischen Stimmungen.
- F: Diese Faktoren kummulieren sich zu den kognitiven, emotionalen, motivationalen, physiologischen, interaktiven und motorischen Konsequenzen einer Depression.
- G: Auf diese Abläufe nehmen Faktoren wie chronischer Stress, persönliche Bedingungen, Praedispositionen und Vulnerabilitäten Einfluss und können diese Prozesse beschleunigen oder aufschaukeln im Sinne eines Teufelskreises.



Der verhaltenstherapeutische Kassenantrag





Der Bericht an den Gutachter am Beispiel der Patientin Frau A.

- Maximal 3-4 Seiten
 - 0. Angaben zur Person
 - 1. Symptomatik
 - 2. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese
 - 3. Aktueller psychischer Befund
 - 4. Somatischer Befund
 - 5. Verhaltensanalyse
 - 6. Diagnose
 - 7. Therapieziel und Prognose
 - 8. Behandlungsplan



Der Bericht an den Gutachter am Beispiel der Patientin Frau A.

0. Angaben zur Person

- (Alter, Beruf, Familienstand, Zuweisungsmodus)
- Frau A. ist 25 Jahre alt und arbeitet als Erzieherin in einer Kindertagesstätte. Sie ist ledig und lebt alleine in einer eigenen Wohnung. Sie wurde von ihrem Hausarzt überwiesen.



1. Symptomatik

- Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik- möglichst mit wörtlichen Zitaten
- bei der Darstellung der Symptomatik sollte die Diagnose mit den entsprechenden Kriterien deutlich werden, wie Anzahl der Symptome, Dauer, Intensität, etc..
- auch die zu dem verhaltenstherapeutischen Störungsmodell gehörenden Aspekte zu Emotion, Physiologie, Kognition und Verhalten sollten hier beschrieben werden.



- Die sehr **erschöpft** und **niedergeschlagen** wirkende Patientin bricht schon gleich zu Beginn des Gesprächs **in Tränen aus** und berichtet vor drei Tagen von ihrem Freund verlassen worden zu sein. Sie habe „**wieder einmal einen schweren Schicksalsschlag erlitten**“.
- Die Beziehung habe sich im letzten halben Jahr deutlich verschlechtert, aber mit einer Trennung habe sie gar nicht gerechnet. Sie sei „**völlig fertig, fühle sich wie tot**“, **weine** fast den ganzen Tag, könne **nicht mehr schlafen**. Dies sei bereits das dritte Mal, dass sie von einem Partner verlassen worden sei.



- Sie glaube, „dass mit ihr etwas nicht stimme“. Auf Nachfrage gibt sie an, „wohl nicht attraktiv genug zu sein, zu ängstlich, zu „nichtssagend“. Sie habe auch von allen bisherigen Partnern gehört, dass sie zu sehr klammere, zu häuslich sei und zu wenig unternehmungslustig.
- Diese Vorwürfe hätten ihr schwer zu schaffen gemacht. Sie habe sich daher in der letzten Beziehung schon sehr unsicher gefühlt, Angst gehabt „nicht gut genug zu sein“. Dass sie jetzt wegen einer anderen Frau verlassen worden sei, bestätige diese Annahme.



- Schon vor der aktuellen Trennung habe sie sich nicht gut gefühlt. **Vor einem halben Jahr** habe sie **Konflikte mit Kolleginnen gehabt**, die ihr vorwarfen, zu weich zu sein, sich bei den Kindern nicht durchsetzen zu können, nicht mit Kritik umgehen zu können. Das habe sie schwer getroffen, sie befürchte, dass „da was Wahres dran sein könnte“.
- Aufgrund dieses Vorfalls sei sie auch am Arbeitsplatz **zunehmend verunsichert** gewesen, habe **Angst gehabt etwas falsch zu machen**, nicht ernst genommen zu werden. Sie sei seitdem sehr **angespannt**, **grüble viel über ihre „Defizite“**. Die **Ein- und Durchschlafstörungen** hätten damals schon begonnen. Sie habe sich immer **schlechter konzentrieren** können, sei sehr **nervös** gewesen.



- Auch sei sie zunehmend **lustlos** geworden, habe keine Lust mehr gehabt etwas zu unternehmen, sich auch von ihren Freundinnen **zurückgezogen**. Ihr Partner habe zunehmend genervt auf ihre Passivität reagiert und jetzt habe sie dafür „**die Quittung bekommen**“.



- Da sie sich nicht das erste Mal nach einer Trennung oder auch Konflikten sehr schlecht fühle, glaube sie nun, dass sie auch **an sich etwas verändern** müsse, an ihrem Selbstwertgefühl z.B., damit sich „diese Geschichte“ nicht immer wiederhole.
- Sie habe ihren Hausarzt aufgesucht, der sie im letzten halben Jahr schon wiederholt **wegen ihrer Erschöpfung krankgeschrieben** habe und ihr jetzt zur Psychotherapie geraten habe.



2. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

- Informationen über Familienanamnese, Kindheit und Primärfamilie, soziale, schulische und berufliche Entwicklung, sexuelle Entwicklung und Partnerschaften, gegenwärtiges soziales Beziehungsnetz, Krankheitsanamnese
- Im Hinblick auf das Störungsmodell der Patientin sollten hier Ereignisse und Entwicklungen dargestellt werden, die Hinweise zu der individuellen Lerngeschichte und zu persönlichen Vulnerabilitäten geben, die relevant sind bezüglich kognitiver Grundannahmen und Verhaltensmuster.
- Zusätzlich: aktuelle Erkrankungen, soziale Situation, vorherige psychotherapeutische Behandlungen.



- Pat. ist als Einzelkind aufgewachsen. Die Mutter war zum Zeitpunkt der Geburt 32 Jahre alt, der Vater 40 Jahre. Eher kleinstädtisches Milieu mit katholisch-religiöser Prägung. Aufgrund einer Achalasie im **ersten Lebensjahr einmonatiger Krankenhausaufenthalt** in der Kinderklinik. Danach habe die **Mutter sich immer sehr ängstlich "rund um die Uhr" um sie bemüht**, sie kaum aus den Augen gelassen. Pat. erinnert eine Situation im Kleinkindalter, wo sie in einem großen Supermarkt sich **plötzlich von der Mutter verlassen wähnte und in Tränen ausbrach, weil sie fürchtete, diese nie wieder zu sehen.**



- Sanktioniert wurde überwiegend durch **Liebesentzug**; die **Eltern stritten sich "nie"**.
- Kindergartenbesuch zunächst sehr problematisch, da die Pat. über mehrere Monate **immer wieder von der Mutter abgeholt werden musste, weil sie nur weinte und keinen Kontakt mit den anderen Kindern aufnahm.** Einschulung in abgemilderter Form ähnlich schwierig. In der Grundschule dann durchschnittliche Schülerin mit überwiegenden **symbiotischen Beziehungen** zu anderen Mädchen, über die eifersüchtig gewacht wurde.



- Wechsel aufs Gymnasium leistungsmäßig unproblematisch, allerdings vor allem im Bereich der Unter- und Mittelstufe in der Kopfnote häufig der Hinweis, **sie sei sehr schüchtern, melde sich zu wenig, ergreife wenig die Initiative, traue sich nichts zu.** Entwicklung einer "Busenfreundschaft" zu einer Klassenkameradin, die jedoch am Ende des 10. Schuljahrs in eine andere Stadt verzog. Pat. wurde dadurch schwer getroffen, **fühlte sich verlassen und reagierte mit deutlicher Leistungseinbuße.**



- Sexuelle Aufklärung erfolgte nicht im Elternhaus, da dort Sexualität tabuisiert wurde, so dass die Pat. auch nicht auf die Menarche vorbereitet wurde. Aufklärung auf dem Schulhof, wobei Sexualität eher als etwas Anrüchiges bis Anstößiges angesehen wurde.



- Abitur mit überdurchschnittlichen Leistungen abgelegt, entscheidet sich dann aber für die Ausbildung als Erzieherin, da sie sich ein **Lehramtstudium "nicht zutraut"**.
- In dieser Zeit erste Freundschaft, auch mit sexuellem Kontakt. Sieht in dem damaligen Freund **"den Mann fürs Leben" und möchte am liebsten immer bei ihm sein**. Drängt auf schnelles Zusammenziehen und zieht dann ohne Übergang direkt aus der elterlichen Wohnung in eine gemeinsame Wohnung mit ihm. Die Beziehung **scheitert** jedoch bald. Um das **Gefühl der Verlassenheit zu vermeiden**, geht sie schnell eine neue Beziehung ein, die ebenfalls scheitert. Erneut schnell neue Partnerschaft aufgenommen.



- Als es zu **Konflikten mit Arbeitskolleginnen** kommt, beginnt sie sich **zurückzuziehen** und es beginnt eine **depressive Entwicklung**.
- Als der **Freund sie wegen einer anderen Frau verlässt**, **depressiver Zusammenbruch**.
- Aktuell ist sie vom Hausarzt bis auf Weiteres **krankgeschrieben**.



3. Aktueller psychischer Befund

- Darstellung des Interaktionsverhaltens
- intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit
- psychopathologischer Befund
- hier auch Testergebnisse: z.B. BDI



- Im Kontakt wirkt die Patientin freundlich zugewandt, sehr offen und gleichzeitig deutlich belastet. Die Patientin ist bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten voll orientiert. Der Antrieb der Patientin wirkt etwas gemindert, die affektive Schwingungsfähigkeit ist erhalten. Affektiv wirkt die Patientin zeitweise massiv depressiv herabgestimmt. Mehrfach kommt es zu Weinausbrüchen.
- Darüber hinaus fällt eine deutliche Selbstwertminderung auf. Zeitweise wirkt die Patientin innerlich sehr angespannt und nervös. Es bestehen keine Anhalte für Wahrnehmungsstörungen, formale oder inhaltliche Denkstörungen. Die mnestiche Funktionsfähigkeit wirkt voll intakt. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit ist überdurchschnittlich bei einer ausreichend differenzierten Persönlichkeitsstruktur. Die Patientin wirkt sehr gut introspektionsfähig sowie einsichts- und umstellungsfähig. Kein Hinweis auf suizidale Tendenzen.



4. Somatischer Befund

- relevante körperliche Daten oder Befunde und Medikamente
- z.B. Krankheiten, Alkohol- und Drogenkonsum,
- Ärztliche Psychotherapeuten erheben die Befunde selbst, günstiger oft durch den Hausarzt.
- Psychologische Psychotherapeuten verweisen hier auf den ärztlichen Konsiliarbericht.



5. Verhaltensanalyse

- Beschreibung der Krankheitsphänomene in den Kategorien Motorik, Kognition, Emotion und Physiologie.
- Funktions- und Bedingungsanalyse in Anlehnung an das S-O-R-K-C- Modell.
- Zwei Varianten möglich



1. Variante Fließtext

- Als Krankheitsphänomene (R) dominieren depressive Verstimmungen, einhergehend mit Traurigkeit, Verzweiflung, Angst, Interessen- und Motivationsverlust, Konzentrationsschwierigkeiten und exzessiven Grübeleien über eigene Defizite. Auf der motorischen Ebene sind Rückzug in Passivität und Anspannung zu beobachten. Auf der physiologischen Ebene kommt es zu Antriebsverlust, Schlafstörungen, und Erschöpfungszuständen.



- Auf der kognitiv- emotionalen Ebene überwiegen Insuffizienzgefühle, Hilflosigkeit, Selbstabwertung und Schuldgefühle („Ich traue mir gar nichts mehr zu“, „Ich schaffe das alles nicht“, „Ich fühle mich wie weggeworfen, nicht mehr gut genug“, „Ich habe die Quittung erhalten“) sowie Interessenverlust.
- Insgesamt ist ein depressiv gefärbtes Denken mit abwertender Einstellung gegenüber sich selbst, ihrer Lebenssituation und Zukunft vorherrschend. (Kognitive Triade der Depression nach Beck)



- Verhaltensanalytisch lassen sich diese Krankheitsphänomene als Reaktionen infolge multipler Belastungen aufgrund der Konflikte am Arbeitsplatz und der gescheiterten Partnerschaft verstehen (S).
- Intensiviert und aufrechterhalten wird die gesamte Symptomatik durch wechselseitige Beeinflussungen: Depressive Symptome und Denkmuster sowie sozialer Rückzug und dementsprechend ein Mangel an Unterstützung und positiven Aktivitäten stehen in einem Wechselwirkungsprozess, in dem eins das andere bedingt und im Sinne eines Teufelskreises verstärkt (K).



- Auslösend und aufrechterhaltend wirken außerdem offenbar dispositionale Faktoren im Sinne überdauernder dysfunktionaler kognitiver Schemata, die zumindest auf eine abhängige und selbstunsichere Persönlichkeitsstruktur hinweisen und auf die lebensgeschichtliche Entwicklung und frühe Erfahrungen mit Trennung, Überbehütung und Konfliktvermeidung zurückgeführt werden können. Dementsprechend sind hier psychologische Vulnerabilitäten (O) zu vermuten, die sich in einer überdauernden Selbstunsicherheit, einer Bindungsunsicherheit und einer mangelnden Konfliktfähigkeit ausdrücken.



2. Variante: S-O-R-K-C- Schema

- S sit = Konflikt mit Kollegen
- O = dependenter und selbstunsicherer Persönlichkeitsstil
- R phys. = Anspannung, Unruhe, Schlafstörungen
- R mot. = Rückzug, Passivität
- R emot. = Angst, Niedergeschlagenheit
- R kogn. = selbstabwertende Gedanken
- \emptyset^- = negative Verstärkung: Rückzug entlastet kurzfristig
- \emptyset^+ = indirekte Bestrafung: Rückzug bedeutet Verlust von positiven Aktivitäten und Mangel an Unterstützung



6. Diagnose

- Richtlinien: Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse
- Bei unklarer Diagnose Differentialdiagnose diskutieren.

Mittelgradige depressive Episode (F32.1) bei zumindest dependentem und ängstlich- vermeidendem Persönlichkeitsstil



7. Therapieziele und Prognose

- Übergeordnete und konkrete Therapieziele
- realistische prognostische Einschätzung
- Angaben zu Umstellungsfähigkeit und Motivation
- aber auch Faktoren, die eine Prognose belasten können



- Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist die Bewältigung der depressiven Reaktionsmuster sowie der Aufbau von Selbstwertgefühl, Autonomie und Konfliktfähigkeit. Die Therapie wird daher schwerpunktmäßig auf den Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten bezüglich der aktuellen Trennung, der Verbesserung der Konfliktfähigkeit und den Aufbau positiver Aktivitäten abzielen. Hier sollen die Identifikation und Modifikation irrationaler und dysfunktionaler Gedanken und Grundannahmen Inhalt der Therapie sein.



- Die Patientin zeigt sich von Beginn an sehr offen und vorbehaltlos und kann realistische Arbeitsziele formulieren. Darüber hinaus wirkt sie gut einsichts- und umstellungsfähig, so dass aufgrund dieser Voraussetzungen die Prognose für einen Therapieerfolg im Sinne der Beseitigung einer Störungen mit Krankheitswert zum jetzigen Zeitpunkt als ausreichend günstig eingeschätzt wird.



8. Behandlungsplan

- Darstellung der Behandlungsstrategie auf der Grundlage anerkannter verhaltenstherapeutischer Methoden
- Angaben zur geplanten Behandlungssequenz
- Möglichst individualisiert



Erste Therapiephase:

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
 - Hoffnung auf Therapieerfolg wecken
 - Therapieschritte und Ziele vereinbaren

Zweite Therapiephase:

- Psychoedukation
 - Selbstbeobachtungsinstrumentarien
 - Störungsmodelle (z.B. A-B-C-Schema, depressive Spirale) einführen
 - Zusammenhänge deutlich machen zwischen Verhalten, Kognitionen und depressiven Symptomen.
 - Individuelles Störungsmodell entwickeln



Dritte Therapiephase:

- Verbesserung der Verstärkerbilanz (sensu Lewinson):
 - Aufbau positiver Aktivitäten
 - Abbau aversiver und belastender Aktivitäten

Vierte Therapiephase:

- Identifizierung und Modifizierung dysfunktionaler Schemata.
 - Methoden der kognitiven Umstrukturierung (sensu Beck)
 - Identifikation und Disputation der symptomstabilisierenden Kognitionen
 - Entwicklung von Alternativkognitionen
 - Realitätstesten
 - Selbstverbalisationstraining



zusätzlich:

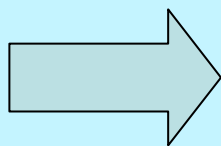
- Elemente aus dem sozialen Kompetenztraining (sensu Pfingsten & Hinsch)
 - z.B. Rollenspiele
- Entspannungsverfahren
 - z.B. PMR (sensu Jacobson)

fünfte Therapiephase:

- Rückfallprophylaxe
 - z.B. Krisenplan



- Beantragt werden 45 Einheiten Verhaltenstherapie in Einzelsitzung, die zu Beginn wöchentlich á 50 Minuten durchgeführt werden sollen und gegen Ende der Behandlung in ausschleichender Frequenz.





- In der ersten Therapiephase wird es zunächst weiterhin notwendig sein eine gewisse Remoralisierung der Patientin zu erreichen sowie eine **vertrauensvolle therapeutische Arbeitsbeziehung aufzubauen**, um ihre Hoffnung auf einen Therapieerfolg zu steigern. Hierzu sollen zunächst konkrete Therapieziele und – schritte vereinbart und gemeinsam ein Behandlungsplan erstellt werden.



- Darauf aufbauend soll eine **psychoedukative Therapiephase folgen**, in der mit der Patientin ein erstes Genesemodell ihrer Problematik erstellt werden soll. Mit Hilfe zusätzlicher Störungsmodelle (abwärtsgerichtete Depressionsspirale, A-B-C-Modell) sollen ihr **Zusammenhänge zwischen depressiven Symptomen, dysfunktionalen Kognitionen, Aktivitätsminderung und sozialem Rückzug** vermittelt werden, um das Kontrollgefühl der Patientin bezüglich ihrer Erkrankung zu erhöhen. In das **individuelle Genesemodell** sollen auch **anamnestische Faktoren** aufgenommen werden, wie die kindlichen Trennungserlebnisse, das überprotektive Verhalten der Eltern oder die unzureichenden Lernmodelle der Eltern bezüglich der Konfliktfähigkeit.



- Im nächsten Schritt sollen operante Therapieverfahren zur **Steigerung positiver Aktivitäten** angewendet werden um die Verstärkerbilanz (sensu Lewinsohn) zu erhöhen. Hier soll die Patientin ermutigt werden, freundschaftliche soziale Beziehungen sowie ihre Hobbies und Interessen wieder aufzunehmen und auch gerade dann einzusetzen, wenn depressive Entgleisungen drohen.



- Sobald eine erste, gewisse Remoralisierung und Verbesserung der allgemeinen Stimmungslage der Patientin erreicht ist, soll auf dieser Basis ein weiterer Schwerpunkt in der **Identifikation und Modifikation der dysfunktionaler Kognitionen sowie der zugrundeliegenden problematischen Grundannahmen** liegen, die als depressionsfördernd bzw. sogar – auslösend angesehen werden. Bezüglich dieser Pat. heisst das: **Identifizierung und Modifizierung der Schemata, die zu dependentem und selbstunsicheren Verhalten und Denken führen**. Hierzu sollen insbesondere **Methoden der kognitiven Umstrukturierung** (Identifikation und Disputation der symptomstabilisierenden Kognitionen, Entwicklung von Alternativkognitionen, Realitätstesten (sensu Beck)) zum Einsatz kommen. Anschließend sollen Methoden eingesetzt werden, um die neu entwickelten, funktionaleren Kognitionen einzuüben (Selbstverbalisationstraining nach Meichenbaum).



- Um das Anspannungsniveau zu senken und den Schlaf zu verbessern, soll ein **Entspannungsverfahren** eingeübt werden (PMR nach Jacobson).
- Weiterhin soll auf Elemente des **sozialen Kompetenztrainings** zurückgegriffen werden um ein selbstsicheres Auftreten und die Konfliktfähigkeit der Pat. zu erhöhen und damit das Selbstvertrauen zu stärken. Dazu sind z.B. **Rollenspiele aus dem Arbeitsfeld** der Pat. vorgesehen.



- Die letzte Phase der Therapie wird bei gedehnter Behandlungsfrequenz der **Rückfallprophylaxe** zu widmen sein, um eine möglichst dauerhafte Stabilisierung zu erreichen.
- Beantragt werden 45 Einheiten Verhaltenstherapie in Einzelsitzung, die zu Beginn wöchentlich a 50 Minuten durchgeführt werden sollen und gegen Ende der Behandlung in ausschleichender Frequenz.



Probleme mit der Bewilligung

- Bericht nachbessern bezüglich der Kritikpunkte des Gutachters
- Obergutachter einschalten
- Gutachter können auch abgelehnt werden