



# „NEUE BESEN KEHREN GUT“ - AKTUELLE NEUERUNGEN IM 10. FABER/ HAARSTRICK KOMMENTAR

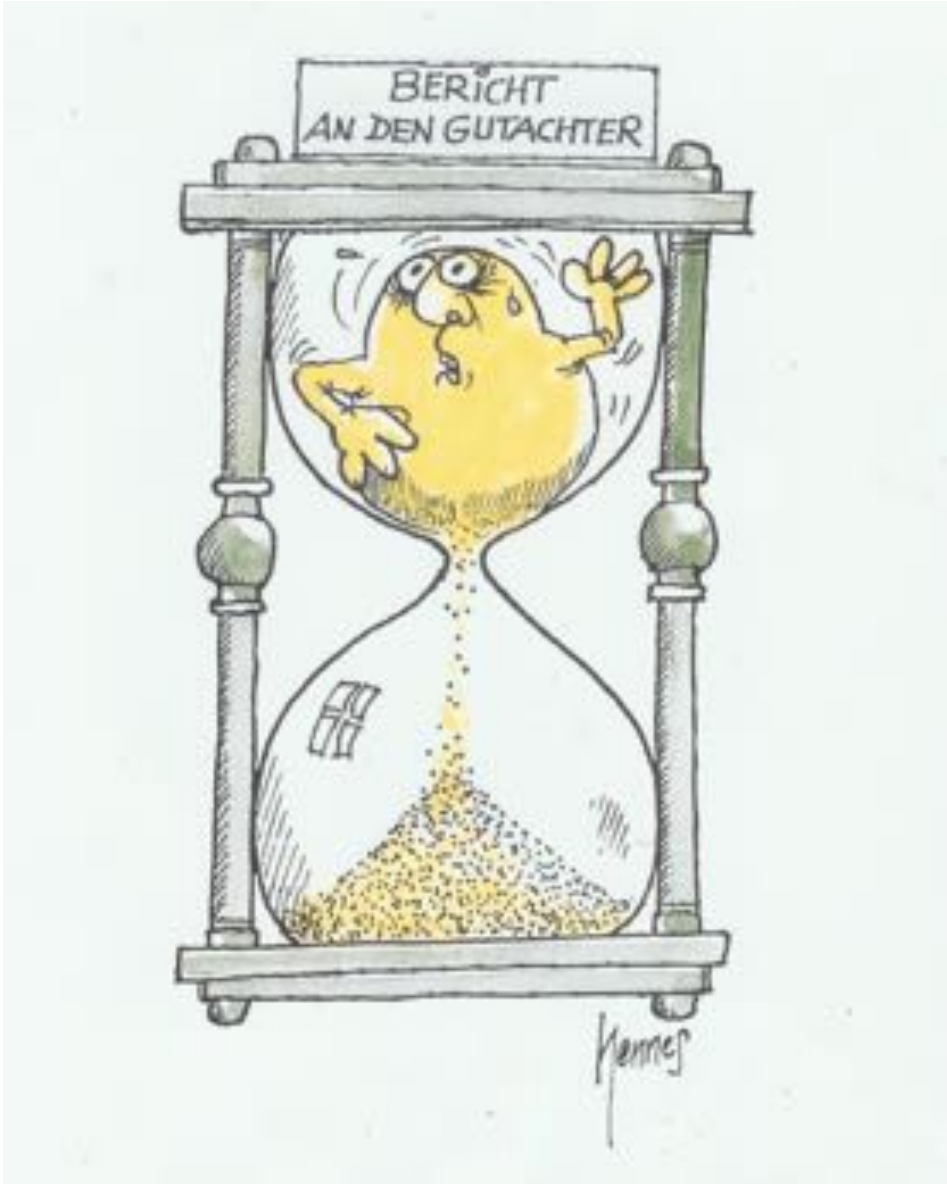
5.12.14

Dipl.-Psych. Ingo Jungclaussen

[www.pro-bericht.de](http://www.pro-bericht.de)



*Patient - Gutachter - Therapeut*



## AKTUELLE FORTBILDUNGS-TERMINE

○ **Sa. 13.12.**

Psychoanalytisches Theorie-Seminar (10 Punkte)

○ **So. 14.12.** Bericht an den Gutachter – Neue Lust statt alter Frust (10 Punkte)



# WER IST DA?

- 800 Exemplare im ersten Monat verkauft
  
- Traumatherapeuten?
- Sind Vtler anwesend?
- TP?
- AP?
- Andere Verfahren



# WAS ERWARTET UND HEUTE?

- Einführung Faber-Haarstrick
- Rückblick
- Änderungen/Neuerungen
- Fazit
- Offene Fragen
- Diskussion
- Formulierungshilfen



# 1. AUFGABE DES FABER/HAARSTRICK KOMMENTARS

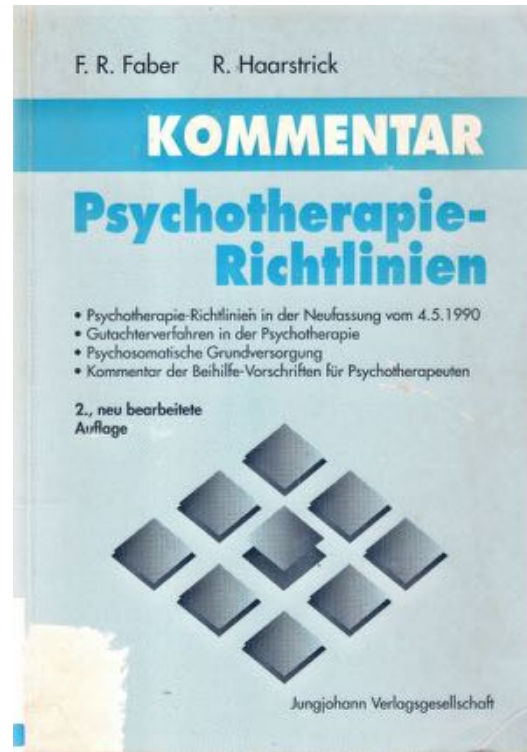
- Dieser folgt der Zielsetzung die „knapp gehaltenen Psychotherapierichtlinien“ und deren Vereinbarungen zu verdeutlichen, indem er ihren Wortlaut von Expertenseite kommentiert und sachlich **„erläutert“**.
- „Kommensurabel“: Es muss etwas geben, dass sicher stellt, dass für Gutachter und Therapeut mit dem **gleichen Maß gemessen** wird.
- Die Autoren des Kommentars haben dabei über ihren Interpretationsspielraum der PT-Richtlinien auch die Aufgabe, über ihre Kommentierungen Gesetz und Versorgungs-Realität aus Expertensicht möglichst hoch miteinander **in Übereinstimmung** zu bringen.



Rudolf Haarstrick verst. 1997  
Franz Rudolf Faber 1919-2010 (Bild)



# 1. - 3. AUSGABE 1989, 1991, 1994





## 4.- 8. AUFLAGE 1996, 1999/2000 (PSYCHTHG), 2002/03, 2005/06, 2008/2009



## 9. AUFLAGE NOV. 2011



# PROF. ULRICH RÜGER (GÖTTINGEN)



# ANDREAS DIEKMANN (BONN)



# VT: DIETER KALLINKE (AUSGESCHIEDEN)



# VT: MARTIN NEHER (LÖRRACH)



# Trauma- Aspekt



# PROBLEM-SITUATION FÜR TRAUMATHERAPEUTEN VOR DER NEUERUNG





## 2. ZWEI PROBLEMFELDER IN DER ANTRAGSTELLUNG

### ○ Bereich Psychodynamik

Eine TP-Indikation ist (nur) beim „*Nachweis aktueller neurotischer Konflikte und deren Symptombildung*“ (Faber-Haarstrick 2009, S. 38) erfüllt.

*„Mein Pat. ist krank genug. Wieso muss ich jetzt noch einen Konflikt finden?“*

Prädisposition

### ○ Bereich Behandlungsplanung

Traumatherapien oder traumatherapeutische Interventionen gehörten nicht zu den für die TP im Faber/Haarstrick aufgeführten Interventionen.



## PROBLEM

- Gutachterliche Stellungnahme:

*Leider kann ich die beantragte Psychotherapie nicht befürworten. Die von der Antragstellerin angeführten Methoden (Traumatherapie) entsprechen nicht den im PsychThG aufgeführten richtlinienkonformen Methoden.*



# DILEMMA



# BERUFSPOLITISCHER DRUCK

- Fachverbände
- Wissenschaftliche Studien
- Literatur:

**Ermann** (2004) In seinem Artikel „Die tiefenpsychologisch fundierte Methodik in der Praxis“ bemängelte E., dass Traumapat. im Faber/ Haarstrick nicht explizit erwähnt werden.

**Jungclaussen** (2009): „Vor diesem Hintergrund wäre es wünschenswert, wenn in künftigen Kommentaren der Richtlinien die „Traumatherapie-Frage“ klarer geregelt würde. Die ungeklärte Situation sollte nicht zulasten kranker, behandlungsbedürftiger Patienten ausgetragen werden.“ (S. 244)



## SITUATION NACH DER NEUERUNG

- Auf Seite 44 der 9. Auflage wurden im Abschnitt "Bevorzugt tiefenpsychologisch fundiert behandelte Störungsbilder" zwei Sätze neu hinzugefügt:
- *"In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können bei gesicherter Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) traumatherapeutische Interventionen indiziert sein. Diese Interventionen müssen jeweils in eine tiefenpsychologisch fundierte Gesamtkonzeption integriert sein."* (2011, S. 44)



## ZWEI BEDINGUNGEN

- Gesicherte PTBS Diagnose
- Einbettung  
traumatherapeutischer  
Interventionen in ein  
übergeordnetes TP-  
Behandlungskonzept



## PARADIGMEN-WECHSEL

- Hier wird der Faber/Haarstrick seinem Auftrag gerecht
- Die Mühlen mahlen langsam, aber sie mahlen



## MODIFIZIERTE TP

- Bemerkenswert ist, dass Faber/Haarstrick diese durch die neue Regelung entstehende Öffnung der TP mit dem o.g. Modifizierungs-Begriff versieht. So ist auf S. 45 in Zeile zwölf die Rede von „*Modifikationen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (z. B. traumatherapeutische Interventionen)*“.
- Begriff v. Ermann (2004) „Die tiefenpsychologisch fundierte Methodik in der Praxis“





# WILLKOMMENE MODIFIKATION („OFFENE KARTEN“)



## RÜCKBLICK AUF 9. FABER-HAARSTRICK

- Zulassung von „traumatherapeutischen Interventionen“ (S. 44)
- Erstmalige Einführung des Begriffs „Modifikationen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (z.B. traumatherapeutische Interventionen)“ (S. 45)
- 2012 wurde drüber berichtet



# WAS WURDE ZWISCHEN 9. & 10. AUFLAGE BESCHLOSSEN?

- Reduzierung der Mindestteilnehmerzahl Gruppentherapie AP und TP von 6 auf 3 Teilnehmer (2013)
- VT auch als alleinige Gruppentherapie möglich (2013)



**Dann kam**

**Nr. 10**



# WAS IST ANDERS ODER NEU?

1. Präzisierung der inhalt. Begründung für die Begrenzung von Therapie („Verschlankung“; Ergänzungen, kleiner „Seitenhieb“ an die AP. Neu: 2.3.)
2. Besonderheiten bei der Behandlung von Traumafolgestörungen (ganz neuer Abschnitt: 2.5.4)
3. **Differenzial-Indikation TP/AP** (radikale Kürzung und Vereinfachung: neu: 2.6.2)
4. Der Stellenwert von Vorbehandlungen (ganz neuer Abschnitt: 2.6.4)
5. Therapeutenwechsel (ganz neuer Abschnitt: 2.8.6)



# WAS IST ANDERS ODER NEU?

6. Verhaltenstherapie (neuer Autor Martin Neher, Kap 4)
7. Rechtliche Aspekte (Kap. 6)
8. Beihilfe-Vorschriften (Kap. 12)
9. Private Krankenversicherung und Psychotherapie (ganz neues Kap. 13)



# Trauma/EMDR



# EMDR-ANERKENNUNG

- EMDR als Methode in den Richtlinien akzeptiert seit 16.Okt 2014
- Voraussetzungen für die Behandlung von Traumafolgestörungen S. 33
- Diagnostik
- Einbettung in psychodynamische (AP/TP) oder verhaltenstherapeutische Behandlungsplanung
- Verlaufsbeschreibung





# WAS IST MIT DEN ANDEREN TRAUMA-METHODEN?

- Hier weiter auf den 9. Faber-Haarstrick beziehen:
- „Traumatherapeutische Interventionen“ sollen angewandt werden, eingebettet in einen übergeordneten tiefenpsychologisch fundierten bzw. analytischen Behandlungskonzeptes



# Begründung für die Begrenzung von Therapie (Kap. 2.3)



# BEGRÜNDUNG FÜR DIE BEGRENZUNG VON THERAPIE

- Neu: Terminologisch wurde die „Begrenzung“ in die Überschrift 2.3 eingefügt
- Begrenzung wird als „wesentlicher therap. Wirkfaktor“ (S. 22) hervorgehoben!
- TP neu: bei niederfrequenter S. 25 unten recht (unter Abschnitt neu)
- AP: redaktionelle Verschlinkungen und Neuerungen (S. 26)
- AP: Neues zur hochfrequenten AP: deutliche Kritik daran, innerhalb einer Richtlinien AP eine hochfrequente (4-5) AP durch zusätzlich privat vergütete Extra-Sitzungen zu konstruieren. (S. 27)
- AP: Eine vorübergehende Frequenz-Erhöhung ist aber nicht unmöglich in der Richtlinien-AP. Diese muss aber im konkreten Einzelfall genau begründet werden (S. 27)



# BEGRÜNDUNG FÜR DIE BEGRENZUNG VON THERAPIE: KRITIK AN DIE PSYCHOANALYSE

- AP: Interessanter Aspekt auf Seite 28 „Die Wirkung der Leistungsbegrenzung“:
- Noch im 9. Faber-Haarstrick (S. 27): Die Realität der versicherungsrechtl. Situation fordert die Psychoanalyse heraus, „zur kausalen Forschung, zur Erfolgskontrolle ihres Handelns und zur Überprüfung der Behandlungskonzepte“
- Weiterlesen..“begehrliche Anspruchshaltung dämpfen“ AP
- Im 10. Faber: Forschungsaspekt gestrichen, aber erneute Appell der Begrenzung mehr Rechnung zu tragen.
- Hinweis, dass Begrenzung je nach Psychodynamik einer eigenen Bedeutung zu kommt (S. 28)



**Neu:  
2.8.6.:  
Wechsel des  
Therapeuten**



## NEU: 2.8.6.: WECHSEL DES THERAPEUTEN

- Ein neuer Therapeut muss aufgrund der von ihm selbst erhobenen Befunde zu einer diagnostischen Einordnung des Krankheitsbildes kommen und damit seine Behandlungsplanung begründen. Ein Verweis auf einen bereits vorliegenden Bericht des früheren Therapeuten ersetzt nicht die notwendige eigene Urteilsbildung in einem üblichen Erstbericht. Darin müssen auch die Gründe für den Therapeutenwechsel dargestellt und hinreichend vertieft erörtert werden (vgl. hierzu auch > Kap. 2.4. und > Kap. 6.5)



# TIEFGREIFENDE ÄNDERUNG BEI DER DIFFERENTIAL-INDIKATION:

- Papiere austeilen



KAP. 13 NEU!

PSYCHOTHERAPIE UND  
PRIVATE KRANKEN-  
VERSICHERUNG  
(PKV)

(ANDREAS DIECKMANN)





# PSYCHOTHERAPIE UND PKV (KAP. 13)

- 13.1. Versicherungsvertrag (Vorsicht ist geboten)
- 13.2. Kriterien der Leistungspflicht (Begriff der „medizinischen Notwendigkeit“)
- 13.3. Antrags-Prüfung (Kritik)
- 13.4 Indikation und Tarif (Vorsicht ist geboten „degressives Leistungsversprechen“)



## PKV: 13.1. VERSICHERUNGSVERTRAG

- Kritik: Vertragsablehnungen wegen therap. Vorbehandlungen
- Appell: Therapeuten sollen immer sorgfältig mit Diagnosen, Attesten und Verlaufsmittelungen sein
- Lock-Angebote der PKV: Billige Tarife und wenig Std.
- Kritik an fehlendem Datenschutz (erwachsene Kinder)



## PKV: 13.2: KRITERIEN LEISTUNGSPFLICHT

- Vgl. GKV-Kriterien: „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich“ (SGV V § 12)
- Nicht bindend für die PKV!
- Zentraler Begriff für die PKV: „mediz. Notwendigkeit“ (BGH)
- Faber/H. zitiert Heyll und Scheele:
  - ✓ Objektive Erkenntnisse aus früherer Sicht (ex-ante)
  - ✓ Rationalität (begründete, nachvollz., fund. Sichtw.)
  - ✓ Diagn. hinreichende Erfassung
  - ✓ Adäquatheit (Verhältnismäßigk. von Aufwand und Schwere der Erkrankung, keine entbehrlichen Beh.)
  - ✓ Eignung (wiss. Anerkennung)
- Versch. Beurteilungen des Leistungsumfanges in PKV (gerade bei Suchtstörungen)



## PKV: KAP. 13.3. ANTRAGS-PRÜFUNG

- Appell an die PKV gemäß ihrer rechtlichen Verpflichtung die mediz. Prüfung sach- und fachgerecht durchzuführen.
- Kritik an die PKV: Gutachterpraxis weder einheitlich noch transparent geregelt und keine einheitl. Qualifikationen (> Zweifel an der fachl. Angemessenheit!)
- Forderung: Stellungnahmen fachlich unabhängig von den Wirtschaftsinteressen der PKV zu erstellen
- Appell: sich an die Kriterien der GKV zu halten



## PKV: KAP 13.4: VERSICHERUNGSTARIF & INDIKATION

- Aufklärung: zu beachten ist die entweder max. Stundenzahl pro Jahr oder eine prozentuale Beteiligung an den Behandlungskosten
- Achtung „degressives Leistungsversprechen“: bei zunehmender Therapiedauer nimmt auch die Eigenbeteiligung des Pat. zu
- Besonders gravierend bei Therapeuten- oder Methodenwechsel (Std. werden zusammengezählt)
- Pauschale Begrenzung auf eine feste Sitzungszahl pro Jahr widerspricht jeglicher notwendigen Therapieindikation, die sich an der Störung und dem erforderlichen Behandlungsplan orientieren sollte.
- Deutliche Kritik: Jedes Jahr z.B. 30 Std. niederfrequent zu bekommen ohne klare Indikationsstellung und Behandlungsplanung für zur Entstehung von Abhängigkeit und Chronifizierung

# Verhaltens- therapie

(Kap. 4 neu  
verfasst  
von  
Martin Neher)



# KAP 4: VERHALTENSTHERAPIE ( ÜBERSICHT - WAS IST NEU?)

1. Wichtigste Änderung: Gruppen-VT muss nicht mehr nur in Kombination mit einer Einzel-VT durchgeführt werden. (9. Faber-H.)
2. Technik-Integration/ Öffnung!
3. Betonung der Individualität und konkreten Einzelsituation des Pat. / Gutachter wollen keine glatten Berichte
4. Sonstige Änderungen: Anderer Aufbau des Kap. wie sonst



# VT: NEUERUNG GRUPPEN-VT

- Seit 19.6.2013 kann eine reine Gruppentherapie durchgeführt werden
- 3 Modelle:
  1. Entweder Gruppentherapie alleine
  2. Oder beides vom gleichen Therapeuten
  3. Oder beides und Gruppe von einem anderen Therapeuten (Fallverantwortung dann aber beim Therapeuten der Einzel-VT)
- Voraussetzung Gruppen-VT:
- „Der Nutzen von Gruppenprozessen als zusätzliche Möglichkeit zur Verhaltensänderung bleibt jedoch nach wie vor in die grundsätzliche Ausrichtung anhand einer indiv. Verhaltensanalyse eingebettet.“ (S. 82)





## VT: TECHNIK-INTEGRATION/ÖFFNUNG

- „Die Verhaltenstherapie als Verfahren innerhalb der Richtlinien-Psychotherapie ist damit in der Lage, auch Neuerungen auf der Ebene von Techniken zu integrieren bzw. sie in angemessener Weise zu berücksichtigen.“ (Kasten auf S. 75)
- Weiter lesen im Buch !



# VT: BETONUNG DER INDIVIDUALITÄT

- S. 76 vorlesen!



# Kap. 12

# Beihilfe-

# Vorschriften

(Barth + /Dieckmann)

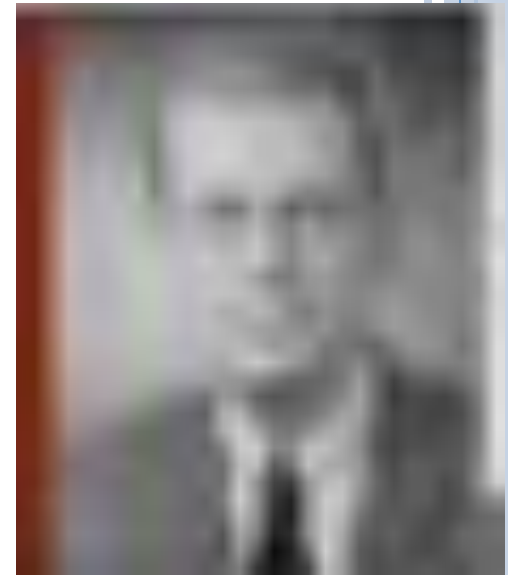


## KAP. 12: BEIHILFE

- Fehler: Vorwort steht: neu verfasst von Dieckmann (95% unverändert zur Autor Prof. Barth)
- Neue Zahlen (2011 statt 2009)
- Neu: Passus zur Auswahl der Gutachter
- Neu: Behandlung von Angehörigen im Ausland
- Neu § 18 Abs. 3 Punkt 1: 10 Sitzungen!
- Neu § 18 Abs. 3 Punkt 2: Opioide
- Neu § 18 Abs. 4 Abschnitt nach Punkt 3 (über Gutachter!)
- Passus weggefallen (Abs. 3 § 19 im 9. Faber), dass Beihilfe ausgeschlossen ist, wenn verbale, übende oder suggestive Methoden in derselben Sitzung durchgeführt werden oder wenn autogenes Training, Progr. Muskelrelaxation und Hypnose in einem Krankheitsfall nebeneinander durchgeführt werden.
- Neu: Einige Formulare haben leicht veränderte Nummerierung



**Ergänzungen in  
Kap 6.:  
Rechtliche  
Aspekte**



# KAP 6. RECHTLICHES

- Neue Überschriften
- Neu Kap. 6.8.1 „Patientenrechtegesetz“ (S. 102)
- Neu unter Behandlungsvertrag (Kap. 6.8.2) ist mit Blick auf den Datenschutz erstmals die Rede von einer „Pseudoanonymisierung“
- Neu: Empfehlung Honorarabsprachen bei Nichterscheinen des Patienten schriftlich zu vereinbaren (zur Vermeidung von Auseinandersetzungen) (S. 103)
- Neu: Schlusspassus in Kap 6.11 (Therapeuten-Wechsel)
- Neu: Nicht Zulässigkeit der Behandlung von Partnern oder nahen Angehörigen (Kap. 6.12)



**Fazit ?**



# FAZIT

- Positive Entwicklung: Faber/Haarstrick Kommentar nähert sich mehr der Versorgungs-Realität an
- EMDR
- Vereinfachung der Differenzial-Indikation TP/AP
- PKV wird mehr in die Pflicht genommen
- Mehr Transparenz und Qualifikation in der Beihilfe-Gutachterschaft
- Weitere Methoden-Öffnung in der VT
- Betonung der Patienten-Rechte





# Offene Fragen!



## OFFENE FRAGEN

- Was bedeutet die Vereinfachung der Differenzial-Indikation zwischen TP und AP für die konkrete Praxis?

