

## Gliederungsschema für Anamnesen, Anträge und Falldokumentationen (VT)

*Anamnesen:* Punkte 1-7  
*Anträge auf Kostenübernahme:* Punkte 1-8 (nach den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinien, ca. 3 Seiten)  
*Abschließende Falldokumentationen:* Punkte 1-10 (ca. 6-8 Seiten)  
*Die beiden Prüfungsfälle:* Punkte 1-10 (max. 15 Seiten)

### 1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Kurze Vorstellung des Patienten (Alter, Lebenssituation, Beruf oder Tätigkeit, Partnerschaft und Familie), 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

- a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
- b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsganges und der beruflichen Situation.
- c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
- d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), insofern sie 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 zu machen, soweit sie für die Verhaltensanalyse relevant sind.

### 3. Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns (Hierin sind, soweit relevant, auch Testbefunde aufzunehmen)

- a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
- b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
- c) Psychopathologischer Befund (z.B. Bewusstseinsstörungen, mnestiche Störungen, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).

### 4. Somatischer Befund

Das Ergebnis der körperlichen Untersuchung, bezogen auf das psychische und das somatische Krankheitsgeschehen.

Der somatische Befund soll nicht älter als 3 Monate sein. Die Darstellung des körperlichen Befundes ist grundsätzlich erforderlich. Falls dies im Einzelfall nicht möglich ist, so ist eine entsprechende Begründung beizufügen.

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

#### **6. Diagnose zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns**

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 zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns**

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 sollten.
- Angaben zur Frequenz und zur Sitzungsdauer (25 Minuten, 50 Minuten, 100 Minuten)
- Ggf. 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 sollten.
- Ggf. bei VT mit Kindern: Wurde bei einer begleitenden Behandlung der Bezugspersonen vom Regelverhältnis 1:4 abgewichen, muss dies hier begründet werden. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.
- Ggf. Veränderung der anfänglichen Ziele und eingesetzten Methoden durch die Einbeziehung neuer diagnostischer Erkenntnisse.

#### **9. Verlaufsdokumentation (Ergebnisse der Behandlung)**

- a) Einschätzung der Verbesserung und Zielerreichung durch den Patienten.
- b) Einschätzung der Verbesserung und Zielerreichung durch den Therapeuten.
- c) Konkrete Veränderungen auf störungsspezifischen Messinstrumenten sowie quantitative Angaben zur allgemeinen psychischen Gesundheit.

#### **10. Reflektion des Behandlungsverlaufs sowie der Therapeut-Klient-Beziehung, Angaben über Themen der Supervision**