

Gliederungsschema für die Anamneseberichte im Schwerpunkt Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Erwachsene)

*Anamnesen analog der Berichte zu Anträgen auf
Kostenübernahme: Punkte 1-6 (nach den Vorgaben der
Psychotherapie-Richtlinien, ca. 2-3 Seiten)
Abschließende Falldokumentationen und die beiden
Prüfungsfälle: zusätzliche Punkte 8+9*

1. Relevante soziodemografische Daten

- Ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder

2. Symptomatik und psychischer Befund

- Von der Patientin oder dem Patienten geschilderte Symptomatik mit Angaben zu Schwere und Verlauf
- Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme, der Interaktion und bezüglich des Erscheinungsbildes
- Psychopathologischer Befund (z.B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der mnestischen Funktionen; Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen)
- Krankheitsverständnis der Patientin oder des Patienten
- Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

3. Somatischer Befund/Konsiliarbericht

- Somatische Befunde (ggf. einschließlich Suchtmittelkonsum)
- Ggf. aktuelle psychopharmakologische Medikation
- Psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychiatrische Vorbehandlungen (falls vorhanden Berichte beifügen)

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte, zur Krankheitsanamnese und zur Psychodynamik

- Familienanamnese, soziale Anamnese (einschließlich Kindergarten, Schule, Peers, Partnerschaft, Eintritt in Berufsleben, weitere Schwellensituationen), sexuelle Entwicklung
- Psychodynamik: auslösende Situation, intrapsychische Konfliktebene und aktualisierte intrapsychische Konflikte, Abwehrmechanismen, strukturelle Ebene, dysfunktionale Beziehungsmuster

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung

- ICD-10-Diagnose(n) mit Angabe der Diagnosesicherheit
- Psychodynamische bzw. neurosenpsychologische Diagnose
- Differenzialdiagnostische Angaben, falls erforderlich

6. Behandlungsplan und Prognose

- Beschreibung der konkreten, mit der Patientin oder dem Patienten reflektierten Therapieziele
- Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan, auch unter Berücksichtigung evtl. vorausgegangener ambulanter und stationärer Behandlungen sowie Angaben zu den im individuellen Fall geplanten Behandlungstechniken und –methoden
- Bei TP in Abgrenzung zur AP: keine Förderung der Regression, Beachtung aber nicht Vertiefung von Übertragungsprozessen
- Begründung des Settings (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl sowie der Behandlungsfrequenz und ggf. auch kurze Darstellung des

Gruppenkonzepts; bei Kombinationsbehandlung zusätzlich kurze Angaben zum abgestimmten Gesamtbehandlungsplan

- Kooperation mit anderen Berufsgruppen
- Prognose unter Berücksichtigung von Motivation, Umstellungsfähigkeit, inneren und äußeren Veränderungshindernissen, Fähigkeit bzw. Neigung zur Regression, Introspektionsfähigkeit

7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag

- Bisheriger Behandlungsverlauf, Veränderung der Symptomatik und Ergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele
 - Begründung der Notwendigkeit der Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie
 - Weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren
-

Zusätzlich für Falldokumentation:

8. Zusammenfassung des Therapieverlaufes

a) Mitarbeit des Patienten, Beziehungsverhalten, Regressionsfähigkeit/-tendenz, Fixierungen, Flexibilität

b) bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme des Patienten am interaktionellen Prozeß in der Gruppe, Möglichkeiten des Patienten, seinen neurotischen Konflikt in der Gruppe zu bearbeiten

9. Ergebnisse der Behandlung

Darstellung der angewandten Methoden und der erreichten Effekte.