

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ab dem 01. April 2017 gilt eine neue, deutlich veränderte Psychotherapierichtlinie. Dabei wurde auch das Gutachterverfahren strukturell und inhaltlich verändert: Neben der Abschaffung des 45-Stundenschritts und der fakultativen Begutachtung des 80-Stundenschritts wurde die Vorgabe der Berichtserstellung modifiziert. Es galt bisher der Standard von drei Seiten für einen LZT-Bericht, was jedoch völlig unrealistisch war. Der durchschnittliche LZT-Bericht umfasste vier Seiten. Dementsprechend war fachlich zu erwarten, dass diese vier Seiten endlich als Standard definiert werden. Erstaunlicherweise soll der Bericht nun nur noch zwei Seiten umfassen. Dazu müssen durchgreifende Kürzungen vorgenommen werden. Hier sind die wesentlichen Angaben der neuen Vorgabe (PTV3):

[...] Der Bericht soll auf die für das Verständnis der psychischen Störung und deren Ursachen sowie auf die für die Behandlung relevanten Informationen begrenzt sein. Die jeweiligen Unterpunkte [...] müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden. [...] Die Angaben können stichwortartig erfolgen. Der Umfang des Berichts soll i.d.R. zwei Seiten umfassen.

1. Relevante soziodemografische Daten

- Bei Erwachsenen: aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder.

[...]

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte [...], zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell (VT) [...]

- Funktionales Bedingungsmodell (VT): Verhaltensanalyse, prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen und kurze Beschreibung des übergeordneten Störungsmodells (Makroanalyse) [...]

Die Sortierung der Informationen wurde neu gestaltet und der Bericht soll stichwortartig verfasst werden statt in ganzen deutschen Sätzen, was fachlich grundsätzlich unproblematisch ist.

Die Sozialanamnese wurde deutlich gekürzt. Die genannten drei Aspekte reichen natürlich nicht aus, die aktuelle Lebenssituation angemessen darzustellen. Relevante biografische Informationen sollen nun in die Verhaltensanalyse (VA) eingebaut werden. Dies wird in der Makroanalyse immer getan, da dort die relevanten biografischen Aspekte wieder aufgegriffen werden müssen. Die diagnostische Darstellung der biografischen Anamnese ist aber dadurch real gestrichen worden. Dies ist auffällig, denn die individuelle Störungsentwicklung kann fachlich nur sinnvoll beurteilt werden, wenn auch die biografischen Daten bekannt sind. Unter diesen Bedingungen kann nur noch beurteilt werden, ob die VA in sich schlüssig ist. Der Schwerpunkt liegt nur noch auf den aufrechterhaltenden Bedingungen.

Die Anweisung für die Verhaltensanalyse ist so gestaltet, dass diese nur makroanalytisch erfolgen soll. Der Begriff »Verhaltensanalyse« umfasst zwar den kompletten Inhalt einer verhaltenstherapeutischen Fallkonzeption (Makro-, Mikro- und Plananalyse), jedoch gehören die aufgezählten Punkte ausschließlich zur Makroanalyse. Das SORKC-Modell wurde in der alten Vorgabe explizit genannt und nun nicht mehr, was den Schluss zulässt, dass auf die Darstellung einer Mikroanalyse verzichtet werden soll. Dies ist nicht zwangsläufig so, nur in Kombination mit dem gleichzeitigen Platzmangel lässt nur diesen Schluss zu. Damit kann in diesen Grenzen eine umfassende VA nicht mehr dargestellt werden. Besonders auffällig ist die Anweisung, dass die Unterpunkte nur noch »bei Relevanz« abgehandelt werden sollen. Dies ist vor dem Hintergrund der Seitenbegrenzung nachvollziehbar, wirkt sich aber auf die Beurteilung stark aus: Werden in diesem Bericht bestimmte Dinge nicht aufgeführt, gelten diese Informationen als nicht relevant. Ein kritisches Nachfragen erscheint damit

unangemessen. Die Gutachter müssen nun grundsätzlich davon ausgehen, dass alle wichtigen Aspekte erhoben und auf Relevanz geprüft wurden. Bei einer umfassenden, fachlich professionellen Diagnostik werden sehr viele Variablen erhoben. Viele dieser Variablen werden selbstverständlich als unauffällig festgestellt. Diese unauffälligen Aspekte zu nennen gehört zu einem professionellen Bericht. Kein Facharzt käme auf die Idee, nur pathologische Befunde in seinem Arztbrief zu nennen, ohne alle anderen Ergebnisse seiner Anamnese und Untersuchung als unauffällig zu benennen. Nur so können sich die Behandler ein ganzheitliches Bild vom Patienten machen, was besonders auch für Fallbegutachtungen durch Dritte gilt. Die Vorgabe schließt diese Nennung nicht explizit aus, jedoch betont sie die Relevanz für die Behandlung. Zusammen mit der Seitenbegrenzung kann auch hier nur der Schluss gezogen werden, dass die unauffälligen Aspekte nicht mehr genannt werden sollen. Damit müssen die Antragsteller nicht mehr nachweisen, dass sie alle Aspekte erhoben haben.

Aufgrund der Seitenbegrenzung ist es nicht mehr möglich, die Therapieziele individuell zu operationalisieren und im Behandlungsplan die individuelle Anwendung der genannten Methoden zu skizzieren. Diese Individualisierung haben die Gutachter bisher – fachlich zurecht – immer gefordert. Irritierenderweise nun nicht mehr.

Dass unter diesen Bedingungen noch eine fachlich korrekte Begutachtung durchgeführt werden kann ist schwer vorstellbar, da eben viele wichtige Informationen nicht mehr gegeben werden. Das neue Vorgehen spricht auch gegen die bisherigen veröffentlichten Vorschläge der VT-Gutachter. Mit einer Anpassung der Honorarhöhe für die Erstellung des Berichts ist durch die Kürzung nicht mehr zu rechnen. Das Honorar dafür wurde immerhin nicht gesenkt. Wir niedergelassenen Psychotherapeuten müssen uns nun daran anpassen.

Hier ist ein Anpassungsvorschlag:

- (1) Die Berichtsvorlage muss zunächst auf die neue Sortierung angepasst werden. Die Schriftgröße wird auf Pitch 10 (Arial) reduziert und die Ränder ausgereizt (oben/unten 1 cm, rechts/links 1,6 cm, abheften noch möglich).
- (2) Die Informationen werden immer möglichst stichwortartig dargestellt.
- (3) Aufgrund des professionellen Vorgehens sollte auf die Nennung wichtiger Aspekte nicht verzichtet werden, auch wenn diese unauffällig sind.
- (4) Auf eine Operationalisierung der Therapieziele und ein erklärender Behandlungsplan wird verzichtet. Daher werden nur noch Therapiezielrichtungen und die geplanten Methoden genannt. Es wäre sehr befremdlich, wenn die Gutachter dies nun weiterhin bemängeln würden, da sie selbst diese Begrenzung einfordern.
- (5) Ein Stempel passt nicht mehr auf den Bericht. Die Praxisdaten werden als kleine Fußzeile eingepflegt. Bei Fortführungsbericht kann der Stempel gesetzt werden.

Unter diesen Bedingungen sollte der Bericht tatsächlich auf zwei Seiten begrenzbar sein. Für sehr komplexe Fälle kann und muss dann eine dritte Seite genutzt werden. Dies ist in diesem Fall auch zulässig.

Die VA sollte weiterhin vollständig dargestellt werden. Dazu wird auch ein SORKC-Modell erstellt. Um die VA zu verstehen, werden die Informationen aus der biografischen Anamnese benötigt. Daher sollte auch diese weiterhin aufgeführt werden. Diese beiden Punkte können in einem Zusatzblatt »Weitere wichtige Informationen« aufgeführt und dem Bericht beigelegt werden. Es bleibt den Gutachtern überlassen, diese zu lesen oder nicht. Damit bleiben wir fachlich glaubwürdig.

Dasselbe gilt für die mit den Patienten vereinbarten Therapieziele. Eine Kopie der aufgeschriebenen Ziele kann ebenfalls als Zusatzinformation beigelegt und damit die Operationalisierung dargestellt werden.

Mit diesen »Zusatzinformationen« liefern wir diejenigen Informationen, die für eine Begutachtung notwendig sind.

Die Vorgabe für den Fortführungsantrag ist erfreulicherweise von Ballast befreit und insgesamt zielführend.

Im Folgenden finden Sie in dieser Datei zwei neue Berichtsvorlagen, die beispielhaft ausgefüllt und kommentiert sind:

- ▶ Antragsbericht 2017 mit Inhalten
- ▶ Fortführungsantrag 2017 mit Inhalten

In einer separaten Worddatei »Berichtsvorlagen« finden Sie die leeren Vorlagen:

- ▶ Antragsbericht 2017
- ▶ Fortführungsantrag 2017

Kai Born

Wiesbaden, 24. April 2017

1. Relevante soziodemografische Daten: Frau XX (XX = Anfangsbuchstabe mit Punkt [z.B. „A.“], ersetzen im gesamten Dokument mit der „Ersetzen“-Funktion) (AlterJ, Schulabschluss, Beruf, Tätigkeit, Familienstand, Kinder) lebe *alleine/mit...* in einem *Mietwohnung/Miethaus/Eigenheim. Partnersituation (Partner/in, Altersabstand, wie lange zusammen).* Finanzielle Situation: *Bewertung, ggf. Quelle. Großen/mittelgroßen/kleinen* Freundeskreis & engere Freunde vorhanden (*ggf. ändern*). Teilnahme am sozialen Leben, versch. Freizeitinteressen (*was?*) oder Sozialer Rückzug, keine/wenige Freizeitaktivitäten. Probleme am Arbeitsplatz: keine. Arbeitszeit *Anzahl* Std./Wo an 5 Tagen, angemessenes Arbeitsaufkommen (*Werden Überstunden gemacht? Wie wird damit verfahren? Ausgleichzeiten?*). *Falls nicht gesamte Urlaub genommen wird: Wie viel wird davon genommen? Wird verzichtet und/oder an Feiertagen ohne Ausgleich auch gearbeitet?*). GdB/Rentenbegehren: verneint.

2.1 Symptomatik: EG am *Datum des Erstgesprächs (P1 = PiA)*, Psychotherapiebedarf: Selbst Seit *Zeitpunkt, seit die klinischen Symptome bestehen, dann Aufzählen der Symptome (ICD-Orientierung!)*.

Suizidgedanken *Nein oder Ja, welche Qualität, Distanzierung.* Kein SM(V) in der engeren Familie *schwere psychischen Störungen, Suizidalität. Nur noch kurze Sätze mit den wichtigen ICD-Kriterien!*

Hier werden die wichtigsten spontan berichteten Aussagen der Patienten aufgeschrieben. Zusätzlich alle erfragten Symptome und Bedingungen inklusive Zeit und Dauer. Der Überweisungskontext und alle wichtigen ICD-Kriterien der Diagnosen stehen hier. Die aktuellen Diagnosen müssen durch die Angaben hier nachvollziehbar sein! Zudem werden die Denk- und Verhaltensweisen dargestellt, die die emotionalen Probleme (EP) zum Ausdruck bringen,, auch der Ausschluss derselben (die EP hier noch nicht als solche explizit benennen, nur beschreiben). Alle EPs beschreiben, die dann später in der VA, den Zielen und im Behandlungsplan wieder auftauchen. Die Suizidanamnese wird zum Schluss erwähnt. CAVE: Einteilung in die Grade der Suizidalität.

Alle berichteten Sachverhalte werden im Konjunktiv wiedergegeben, auch wenn wir diese schon zusammenfassen und präzisieren. Markante Aussagen werden nur noch aufgeführt, wenn der Platz reicht. Solche Aussagen nur erwähnen, wenn es tatsächlich sinnvoll erscheint.

2.2 Störungsanamnese: Familienanamnese: unauffällig *Familienanamnese in Bezug auf psychische Störungen beschreiben.* Vor der aktuellen Krise erlebte sich die Patientin psychisch unauffällig. *Oder* Vor der aktuellen Krise waren die emotionalen Probleme vorhanden, jedoch hinreichend kompensiert. *Oder kurze Beschreibung der Störungsentwicklung. Auslöser, Zeitverlauf und Umgang (Maßnahmen) im Telegrammstil, auch frühere Störungen und Probleme, die heute nicht mehr aktuell sind.*

2.3 Psychischer Befund: Im Kontakt freundlich & offen, situationsangemessenes Verhalten. Das Gespräch war strukturiert durchführbar. Die Grundstimmung erschien *etwas/deutlich* niedergestimmt zu sein bei normaler Schwingungsfähigkeit. Psychosomatisches Krankheitsverständnis ist erkennbar. Keine Hinweise auf aktuelle Suizidalität. Ansonsten unauffällig.

Nur beschreiben, was selbst beobachtet wird, da dies ein Befund ist! Fremdanamnesen werden in Punkt 1 erwähnt und entsprechend gekennzeichnet. Eigene Reaktionen auf die Pat. können genannt werden, wobei es aber immer fraglich ist, ob es sich dabei um wirkliche Gegenübertragungen handelt. Wir empfehlen das nicht zu tun. Es werden nur noch auffällige Befunde genannt.

2.4 Testpsychologische Messergebnisse: BDI-II (frei: <9): *Anzahl* Punkte (→ *Schweregrad* Depression). BSI-Belastung (Norm: 0.31 ± 0.23): *Wert.* INK (Norm: 2,10 ± 0,55): *Wert.* S.a. Anlage Testgrafiken (z-Transformation + Ref.-Gr.).

Die Befunde und Messungen sollten zur Diagnose passen. Wenn nicht, muss eine Diskrepanz hier erklärt werden (z.B. Aggravations- oder Bagatellisierungstendenz). Generell müssen keine Befunde erklärt werden, die gutachterliche Kenntnis der Tests und deren Bedeutung vorausgesetzt werden. Die Testergebnisse werden als Grafiken auf einem Extrablatt beigelegt.

2.5 Therapievariablen: Therapie- & Veränderungsmotivation erscheinen vorhanden. Introspektions-, Reflexions- & Empathiefähigkeit erscheinen ausreichend. Symptome werden Ich-dyston erlebt. Umstellungsfähigkeit ausreichend (Beispiele:). Aktuelle Leidensdruck: hoch.

Um die Prognose beurteilen zu können, müssen die Patientenvariablen, die die Therapiefähigkeit bestimmen, beurteilt werden. Sind entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten und eine Veränderungsmotivation vorhanden, kann eine positive Prognose gestellt werden. Fehlen Fertigkeiten, muss die Frage beantwortet werden, ob diese aufbaubar sind. Wenn ja, wird das in die Therapieziele aufgenommen. Können diese fehlenden Fähigkeiten nicht aufgebaut werden, ist eine Psychotherapie nicht indiziert. Bei jungen Patienten kann es sein, dass diese noch keine besonderen Anpassungsleistungen erbracht haben. Dies sollte dann so auch erwähnt werden. Die Veränderungsfähigkeit wird oft erst im Verlauf einer Therapie und bei entsprechender Mitarbeit deutlich.

3.1 Somatische Anamnese: Unauffällig. *Alle relevanten (!) somatischen Vorerkrankungen mit Diagnosen und Zeiten (Zeitpunkte bzw. seit...) angeben. Ggf. kann noch ein eigener Punkt „Familienanamnese“ hinzugefügt werden, falls relevant.*

Auch PsychologInnen sind verantwortlich für eine umfassende medizinische Anamnese! Dies darf nicht auf den Arzt delegiert werden bzw. davon ausgegangen werden, dass dieser das durchführt. Das hat im Zweifelsfall strafrechtliche Relevanz!

3.2 Suchtanamnese: Nikotin: verneint. *Konsummenge, seit wann, Abstinenzphasen.* Alkohol: verneint. *Konsummenge, seit wann, Abstinenzphasen.* Medikamente/Drogen *(hier sind nur Medikamente, die süchtig konsumiert werden/wurden):* verneint. *Konsummenge, Abstinenzphasen.* Essen zur Emotionsmodifikation: verneint. *Konsum und konkrete Menge (pro Tag und Woche), Abstinenzphasen (Länge), Gegenregulationen, Gewicht und Größe (BMI). Umstände des Suchtverhaltens.* Medienkonsum: *. Wieviel Zeit verbringt Pat. mit Medien? Kann Pat. ohne? Stellt Pat. das Mobiltelefon auch zeitweise ab? Etc.*

Wenn eine positive Suchtanamnese erhoben wird, müssen alle Suchtkriterien, die erfüllt und die nicht erfüllt sind, dargestellt werden (siehe Berichtsvorlagen). Bei „schädlichem Gebrauch“ muss Abhängigkeit ausgeschlossen und der Schaden benannt werden. Ohne Schaden ist immer noch „riskanter Gebrauch“ möglich (ICD: Z-Diagnose). Bei Essstörungen höchstes, niedrigstes und aktuelles Gewicht mit Körpergröße benennen. Bei früherem Suchtverhalten: erfüllte Kriterien und Abstinenz seit ...

3.3 Path. Untersuchungsbefunde: keine. AU: keine. *Aktuelle Untersuchungsbefunde zusammenfassen oder auf Briefe hinweisen (Briefe müssen dann aber anonymisiert beigelegt werden – generell empfohlen, wenn die Untersuchungen oder Klinikaufenthalte innerhalb von 12 Monaten vor dem ersten Kontakt stattgefunden haben!). Ärzte: Eigene pathologische somatische Befunde nennen. Psychologen: Auf den Konsiliarbericht hinweisen und diesen kommentieren. Nichtssagende Konsiliarberichte können vom Gutachter zurückgewiesen werden. Es liegt in der Verantwortung des Psychologischen Psychotherapeuten, einen angemessenen Bericht vorzulegen. Der Konsiliarbericht darf nicht älter als drei Monate sein. Aktuelle Arbeitsunfähigkeit.*

3.4 Medikation: keine. *Alle Medikamente nennen: Psychopharmaka (inkl. Wirkung und Verträglichkeit) und somatische Medikamente (sollten zu den somatischen Diagnosen passen). In Klammern wird hier der Krankheitsbezug genannt, z.B. „(Hypertonie)“. Bei Medikamenten werden immer die Wirkstoffe genannt, nicht die Handelsnamen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Gutachter alle Wirkstoffe kennen, v.a. nicht die somatischen, daher muss das Wesentliche hier erkennbar werden.*

3.5 Bisherige Psychotherapie: keine. *Hier stehen die Vorerfahrungen mit Psychotherapie: Welche Therapieform, Zeit und Dauer, Therapeutengeschlecht, Anlass (Problem/Störung) und Ergebnisse im kurzen Überblick. Bei schlechten oder unzureichenden Ergebnisse entsprechende Erklärungen des Patienten nennen. Bei viel Psychotherapieerfahrung muss in der Prognose darauf Bezug genommen werden: Der Therapeut muss die Ergebnisse der Therapien ebenfalls aus seiner Sicht bewerten und die möglichen Auswirkungen auf diese Therapie reflektieren. Es ist möglich, dass der Patient einen schriftlichen Überblick über seine umfangreiche Therapieerfahrung gibt, die dem Bericht beigelegt werden kann. Die Entlassungsberichte nach stationären Aufenthalten müssen anonymisiert in Kopie beigelegt werden (Schwärzung des Namens).*

4. Relevante Angaben zur Lebensgeschichte und Verhaltensanalyse

Prädisponierende Faktoren: Keine organisch-genetischen Faktoren ersichtlich. *Frau XX ist in einem Familienklima aufgewachsen, das von geprägt gewesen war.* *Störungsentwicklung:* Aufgrund dieser Erlebnisse hat Frau XX . *Aufrecht erhaltende Faktoren:* Als Kompensationsstrategie entwickelte Frau XX . *Auslösende Faktoren der aktuellen Dekompensation:* .

5.1 Psych. Diagnose(n): *Klartext (Fxx. xxG), Klartext (Fxx. xxG)*

5.2 Emot. Probleme: *Selbstwert, Wirksamkeit*

5.3 Soma-Diagnose(n): *Klartext*

5.4 DD: Die klinischen Kriterien dieser psychischen Störung(en) sind erfüllt. Weiteres ICD-Screening unauffällig.

Alle ICD-F-Diagnosen mit Verschlüsselung. Bei ungeklärten differenzialdiagnostischen oder noch offenen diagnostischen Fragen in DD eine kurze Reflexion bzw. Begründung aufschreiben, weshalb diese Diagnose gewählt wurde oder was noch erfolgen muss und wird. Zusatzangabe: G = gesichert; V = Verdacht auf ...; Z = Zustand nach ...; A = Ausschluss von ...

Die somatischen Diagnosen werden auch genannt, jedoch nur mit Klartext ohne ICD-Verschlüsselung, da diese die ärztlichen Kollegen diagnostizieren.

6.1 Therapiezielrichtungen

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Langfristige Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit• Erreichen von Problem-/Symptomakzeptanz und einer positiven Veränderungsperspektive | <ul style="list-style-type: none">• Lösen der Wirksamkeitsproblematik• Lösen der Selbstwertproblematik• Verbesserung der Selbstsicherheit• Senken der erhöhten Grunderregung |
|---|---|

Zielrichtungen nennen, eine Operationalisierung ist aufgrund der Kürze des Berichts nicht mehr machbar. Diese Zielrichtungen und deren Operationalisierung wurden mit den Patienten besprochen und gemeinsam vereinbart. Implizite Ziele als solche kennzeichnen (siehe Berichtsvorlagen). Die Ziele unterstützen die Lebensziele des Patienten und tragen zur Lösung der o.g. emotionalen Probleme, Konflikte und Störungen bei (interne Logik!). Keine Benennung von selbstverständlichen Zielen (z.B. Aufbau einer tragfähigen Beziehung und/oder Symptomverbesserungen). Alle Ziele müssen auf die Probleme und auf die Störung bezogen und von der Makroanalyse logisch ableitbar sein! Die Vorlage muss entsprechend angepasst werden. Prinzip: Weniger ist mehr – also keine Überfrachtung. CAVE: 2 Spalten-Tabelle.

Falls es hier Probleme mit den Gutachtern geben wird, können wir ggf. die mit den Patienten vereinbarten Ziele kopieren und beilegen.

6.2 Behandlungsplan

- *Klärung & ggf. Entwicklung von Werten und Lebenszielen* mit Erstellen eines Lebensplanes inkl. Aufbau angenehmer Aktivitäten und Genussstraining.
- *Eduktion*: Vermittlung des ABC-Modells und eines funktionellen Emotions- und Stressmodells; Vermittlung störungsspezifischer Modelle: . Anhand dieser Modelle werden die individuelle Problem- und Störungsentwicklung und die Aufrechterhaltung erläutert.
- *Problemakzeptanz*: De-Identifikation von Gedanken/Gefühlen und zielorientiertes Handeln, auch wenn die Störgefühle vorhanden sind inkl. Handlungsplan.
- *Kognitive Umstrukturierung*: Herausarbeiten der dysfunktionalen Kognitionen (ABC-Modell), Disputation & sokratischer Dialog, Gedankenstopp-Technik & gestufte Übungen mit Selbstinstruktion der funktionalen Kognitionen. Die konkreten individuellen Übungen werden im Verlauf gemeinsam festgelegt.
- *Soziales Kompetenztraining*: Erarbeitung sozialer Kompetenzkriterien, Rollenspiele und Übungen auch außerhalb der Therapieräume.

Aufgrund des beschränkten Platzes können keine individuellen Anpassungen und Inhalte dargestellt werden. Daher nur noch die konkreten Methoden nennen, mit denen die Ziele erreicht werden können. V.a. störungsspezifische Methoden ergänzen. Auf interne Logik achten!

Sind Gruppenangebote geplant, muss beschrieben werden, was in den Gruppen konkret geplant ist.

Wenn die Behandlungsfrequenz von durchschnittlich 1-2mal wöchentlich geplant abweichen soll, muss dies genannt und erläutert werden, z.B. bei Konfrontationsbehandlungen.

Wichtig: *Entspannungsverfahren müssen mit über eine andere EBM-Leistungsposition (EBM# 35111/35112) abgerechnet werden und gehören nicht in ein beantragtes VT-Behandlungskontingent, aber durchaus in einen VT-Behandlungsplan. Alternativ kann ein Entspannungsverfahren extern z.B. in der regionalen VHS oder bei einer Krankenkasse erlernt werden. Auch Hypnose muss extra abgerechnet werden (EBM# 35120) und ist auch kein Richtlinienverfahren.*

6.3 Prognostische Beurteilung: Die Pat.-Variablen und die bisherigen Ergebnisse sprechen für eine ausreichende Lern- und Umstellungsfähigkeit, sodass die Prognose weiterhin als günstig eingeschätzt wird. Die Ziele können innerhalb des veranschlagten Kontingents (**Anzahl** Std.) mit den o.g. Methoden erreicht werden.

Hier auch mögliche Schwierigkeiten und Einschränkungen beschreiben. Glaubwürdig bleiben! Bei negativen Vorbehandlungen hier benennen, warum die Behandlungen bisher schlecht verliefen. Positive Verläufe als Ressource kennzeichnen. Erwartete Dauer nennen.

7.1 Bisheriger Verlauf: Tragfähige Arbeitsbeziehung. Insgesamt erwartungsgemäßer Verlauf ohne nennenswerte Erschwernisse. Es wurde ein psychosomatisches Störungsentstehungs- und -aufrechterhaltungsmodell vermittelt, das kognitive Modell vom Entstehen der Emotionen erarbeitet und die Analyse der Emotionen mit Hilfe des SAE-Schema (Stavemann) erlernt. Damit wurden die dysfunktionalen Kognitionen herausgearbeitet und deren biografische Entstehung und Funktionalität im Rahmen menschlicher Grundbedürfnisse verstanden. Empirische Dispute halfen zu unterscheiden, worüber ein Mensch Kontrolle hat und worüber nicht. Dies half, das Denken und Verhalten diesbezüglich neu auszurichten: Der Umgang mit ... wurde optimiert, indem Mit Hilfe der sokratischen Gesprächsführung wurden die dysfunktionalen Grundannahmen reflektiert und neue funktionale Überzeugungen gebildet: Für die spezifischen Situationen wurden angemessene Zielgefühle und angemessenes Zielverhalten

entwickelt, z. B. Durch dieses Vorgehen wird die Störung und das eigene bisherige Verhalten besser verstanden und eine Bewältigungsperspektive gesehen.

Wir legen gemeinsam einen Übungsplan fest, wobei die ersten Übungen erfolgreich durchgeführt worden sind. Aktuell wird folgendes geübt: Die Bereitschaft, auch die weiteren notwendigen Veränderungsschritte durchzuführen, erscheint vorhanden.

Hier muss deutlich werden, welche konkreten Ziele erreicht, teilweise erreicht oder nicht erreicht wurden. Dazu müssen die angebotenen Interventionen beschrieben werden, welche Erkenntnisse der Patient dadurch gewonnen und welche Schlussfolgerungen er daraus gezogen hat und was er systematisch einübt mit welchen Ergebnissen. Nur so kann nachvollzogen werden, wie die Therapie verlaufen ist. Dann muss die Notwendigkeit einer Fortführung begründet und der weitere Verlauf prognostisch beurteilt werden. Dazu müssen neben den Patientenvariablen auch die Umgebungsvariablen und die Grenzen therapeutischer Beeinflussung berücksichtigt werden. Verzögerungen und Schwierigkeiten im Verlauf und der Umgang damit müssen beschrieben und beurteilt werden.

Mitbehandler, deren Interventionen und die Zusammenarbeit mit diesen muss beschrieben werden.

7.2 Begründung der Umwandlung: KZT war nicht ausreichend, um Therapieziele zu erreichen und zu konsolidieren.

Das Auslaufen der Therapie muss ebenfalls geplant werden: Größere Abstände zwischen den Sitzungen und/oder nur noch halbstündige Sitzungen.

Geklärt werden muss, wie es weitergeht: Benötigt der Patient weitere Betreuung? Welche Personen bzw. Institutionen sind dafür geeignet? Ist mit einer erneuten Psychotherapie in der Zukunft zu rechnen?

7.3 Aktuelle Testergebnisse: BDI-II: *Anzahl* Punkte. BSI-Belastung: *Wert*. INK-K: *Wert*.

Zusätzliche zu beachtende wichtige Aspekte

Der Bericht muss in sich logisch sein. Alle Punkte müssen sich aufeinander beziehen. Die Modelle und Methoden müssen für den Patienten und die Therapie passen und müssen immer auch aktuelle Leitlinien berücksichtigen. Eine Wiederholung derselben Information ist zu vermeiden.

Der Bericht darf keinesfalls länger als 2 Seiten bei einer Schriftgröße von Arial 10 sein, nur bei besonderen Fällen (mehrere Diagnosen, hohe Komplexität, zusätzliche somatische Diagnosen, viele Vorbehandlungen etc.).

Die Unterschriften müssen am Ende reinkopiert werden (Berichtsvorlage). Der Stempel passt nicht auf den Bericht, daher die Fußzeile.

CAVE: *Die Anweisung zur Erstellung des Berichts besagt, dass nur noch die relevanten vorliegenden Phänomene und Aspekte dargestellt werden sollen. Ein Fall kann aber nicht professionell begutachtet werden, wenn nicht auch wichtige nicht vorhandene Phänomene und Aspekte benannt werden. Damit weist der Antragschreiber nach, dass er eine sorgfältige Anamnese und eine ebensolche Untersuchung durchgeführt hat. Vor diesem Hintergrund werden wir entgegen der Anweisung auch geprüfte nicht vorhandene Phänomene und Aspekte im Bericht nennen.*

[Neue Seite]

Ergänzende wichtige Informationen

Chiffre:

Die Kürzung des Berichts ist klar als eine Entlastung für die Gutachter einzuschätzen, da einerseits die Honorierung völlig unangemessen für eine solide Begutachtung ist und andererseits eine so geringe Ablehnungsquote besteht, dass es ohnehin unnötig ist, einen professionellen umfangreichen Bericht einzureichen. Dadurch werden zwar auch die Therapeuten entlastet, die Begutachtung selbst wird aber nun zu einer Farce.

Neben der Anweisung, nur vorhandene Phänomene und Aspekte zu benennen, wurden die Biografie und die Mikroanalyse gestrichen. Beides sind aber wichtige Informationszusammenstellungen, ohne die der Fall nur eingeschränkt konzeptualisiert und begutachtet werden kann. Daher werden hier in einem »Ergänzungsblatt« die Informationen wie bisher zusammengestellt. Dies ist für die Ausbildung und für die Supervision unabdingbar. Dieses Blatt wird dem Antragsbericht beigelegt, dem Gutachter steht es frei, sich dieses anzuschauen oder nicht. Gleiches gilt für die vereinbarten Therapieziele, falls die Gutachter sinnloserweise weiterhin eine Operationalisierung fordern. Es gilt weiter, das Gutachterverfahren nicht abzuschaffen, da dadurch unsere festen Punktwerte begründet werden. Die Abschaffung würde zu einer erheblichen finanziellen Verwerfung führen.

2.6 Biographie: Frau XX sei als *Rang in der Reihenfolge (2. von 3) Kindern (Geschwister mit Altersabstand: ♂ +3, ♀ -2) eines Beruf des Vaters und einer Beruf der Mutter in Geburtsort wenn wichtig (Ausland, DDR o.ä.) geboren.* Die Ehe der Eltern schildert sie als *Bewertung (Begründung bei schlechter Bewertung).* Ihren Vater beschreibt sie als *mindestens 3 (oder mehr) typische Eigenschaften nennen, sodass sich der Untersucher/Leser ein Bild von dieser Person machen kann.* Die Beziehung zu ihm sei *Bewertung (Begründung bei schlechter Bewertung).* Ihre Mutter beschreibt sie als *mindestens 3 (oder mehr) typische Eigenschaften nennen, sodass sich der Untersucher/Leser ein Bild von dieser Person machen kann.* Die Beziehung zu ihr sei *Bewertung (Begründung bei schlechter Bewertung).* Ggf. weitere Bezugspersonen, Beziehung zu den Geschwistern. Keine Trennungs- und/oder Gewalterfahrungen.

In der Schule habe sie *Bewertung* Leistungen erbracht und sei im Klassenverband *Bewertung* integriert gewesen. *Schulabschluss und berufliche Laufbahn im Überblick.*

Ggf. Nennen von wichtigen/prägenden Partnerschaften und deren Verlauf im Überblick (Fokus: Gibt es hier ein Wiederholungsmuster? Wenn ja, hier darstellen). Ihren Mann (Altersabstand) habe sie mit Alter Jahren kennengelernt und mit Alter Jahren geheiratet. *Beschreibung und Bewertung der Beziehung (Begründung bei schlechter Bewertung).*

Hier werden alle wichtigen biografischen Eckpunkte erwähnt. Diese sollten anhand der Grundbedürfniserfüllung in der Kindheit und Jugend, die Entwicklung und Aufrechterhaltung der emotionalen Probleme und der Störung erklären können, die später in der Verhaltensanalyse (VA) erklärt werden. Die Bereiche sind: Familie und Kindheit, Schule und berufliche Entwicklung, sexuelle Entwicklung, Partnerschaft und eigene Familie.

In der Makroanalyse der VA muss aus diesen Daten ersichtlich sein, wie die Entwicklung ausgesehen haben könnte, deshalb hier alle Daten erwähnen, die später wieder aufgegriffen werden. Alle entwicklungsrelevanten Daten müssen später wieder erwähnt und bewertet werden.

4.2 Mikroanalyse eines typischen Beispiels für den emotionalen Problembereich:

Die Mikroanalyse einer typischen Situation veranschaulicht die Störung und das dahinter liegende emotionale Problem. Die Situation muss überzeugen und inhaltlich logisch nachvollziehbar sein! Die Ursachenlogik des ABC-Modells wird eingearbeitet, aber nicht explizit erwähnt.

S _{ext} :	<i>Kontext: Kurze Beschreibung der objektiven äußeren Situation und um was es hier geht. Reiz: Konkreter äußerer Reiz, der die Reaktion auslöst: Visueller, auditiver, olfaktorischer oder taktiler Reiz.</i>
S _{int} :	<i>Innere konkreter Reiz: Wahrnehmungen von somatischen Phänomenen, einem Gefühl und/oder einem Gedanken.</i>
O _{org} :	<i>Für die Reaktion relevante körperliche Erkrankungen, Handycaps und Reaktionsbereitschaften; Konditionierungen; Persönlichkeitseigenschaften, die tendenziell genetischer Natur sind (z.B. ängstliches Temperament, unsicherer Bindungsstil, Störung der Emotionsregulation) oder früh erworben und stark ausgeprägt sind (Persönlichkeitsstörungen).</i>
O _{plan} :	<i>Grundannahmen (GA): . Regeln: . Dysfunktionale Grundannahmen über die Welt, andere und sich selbst; davon abgeleitete Verhaltens- und Erwartungsregeln (Oberpläne).</i>
R _{kognitiv} :	<i>Explizit: Bewusste Gedanken. Implizit: Unbewusste Gedanken. Auch der kognitive Umgang mit der emotionalen Reaktion wird hier beschrieben („KOG-2: ...“, die primäre Reaktion dann als „KOG-1: ...“).</i>
R _{physiologisch} :	<i>Körperreaktionen.</i>
R _{emotional} :	<i>Gefühl und Stärke (muss mit Stärke der Körperreaktion übereinstimmen; hier KEINE Skalenwerte benutzen, sondern Klartext).</i>
R _{motorisch} :	<i>Konkrete Handlung in der Situation.</i>
K:	<i>Kontingenz: Häufigkeit der Reaktion bei Reizdarbietung. Kontiguität: sofort. Zeitlicher Abstand der Reaktion zum Reiz.</i>
Q _{-kurz} :	<i>Kurzfristige Erleichterung: Symptom nimmt ab oder mindestens nicht weiter zu oder subjektiv wird ein „angenehmeres“ Gefühl gefühlt (Ärger statt Angst oder Scham).</i>
C _{+kurz} :	<i>Kontrolle. Ggf. soziale oder materielle Zuwendungen.</i>
C _{-lang} :	<i>Langfristige Auswirkung: Verstärkung der Störung, Ausweitung und als Endstrecke häufig Depressionen. Begründung der Verstärkung benennen.</i>
Q _{+lang} :	<i>Kontrollverlust. Ggf. Verlust der Zuwendungen.</i>

1. Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs

Aktuelle Stundenzahl: . *Hier werden folgende Fragen beantwortet: Welche Themen wurden mit welchen Methoden bearbeitet, welche Erkenntnisse hat der/die Patient/in dadurch gewonnen, welche Schlüsse hat er/sie daraus gezogen und was hat er/sie daraufhin systematisch eingeübt? Welche Ergebnisse wurden dadurch realisiert?*

2.1 Diagnose(n):

Psych. Fachgebiet: *Klartext (Fxx. xxG)*

Klartext (Fxx. xxG)

Aktuelle P- Diagnosen, ggf. auch Soma-Diagnosen.

2.3 Psychischer Befund: Die Grundstimmung erscheint niedergestimmt zu sein bei normaler Schwingungsfähigkeit. Keine Hinweise auf aktuelle Suizidalität. Ansonsten unauffällig.

Aktueller Befund, nur die Auffälligkeiten nennen.

2. Relevante Testergebnisse: BDI-II (frei: < 9): Punkte (Beginn), Punkte (aktuell). BSI-Belastung (Norm: 0.31 ± 0.23): (Beginn), (aktuell). INK-K (Norm: $2,10 \pm 0,55$): (Beginn), (aktuell). Problemspezifische Tests: ...

Es werden aktuelle Testergebnisse genannt und ggf. der letzte Stundenbogen in Kopie beigelegt.

3. Begründung der notwendigen Fortführung, Ziele, Behandlungsplan & Prognose

Hier werden die konkreten Therapieziele genannt bzw. auf den Erstantragsbericht Bezug genommen. Es muss nicht alles wieder aufgeführt werden, sondern nur die Ziele bzw. Teilziele, die noch nicht erreicht sind und nun erreicht werden sollen. Dasselbe gilt für die geplanten Methoden.

Kurzer Hinweis, dass die Prognose weiterhin positiv eingeschätzt wird und wie das Ende der Therapie geplant ist: Im Verlauf wird die Frequenz der Stunden erniedrigt und/oder ggf. die Stundenzahl halbiert (25 Min. statt 50 Min.). Ggf. Zuführung zu einer Selbsthilfegruppe, zur psychiatrischen Grundversorgung und/oder zu anderen Maßnahmen oder aussagen, dass der/die Patient/in dann allein klar kommen wird.