

Neudeck • Mühlig

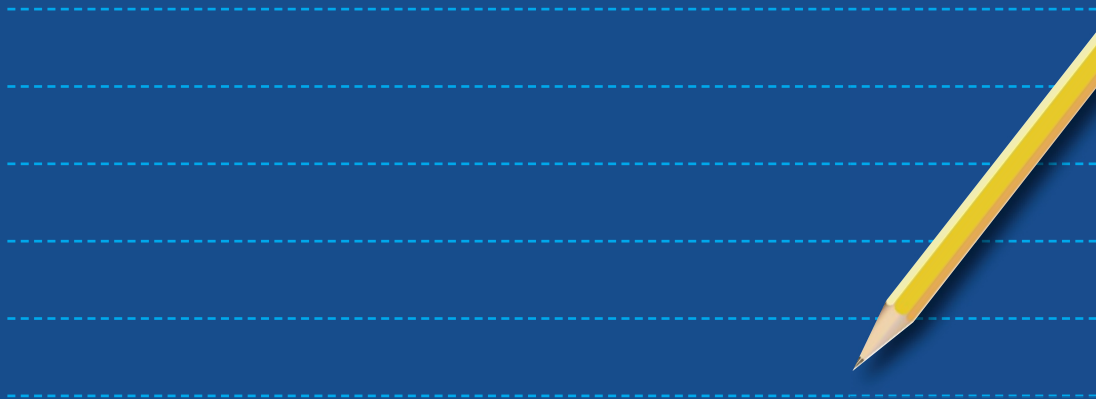
**THERAPIE-TOOLS**



Mit Online-Materialien

# Verhaltenstherapie

Therapieplanung, Probatorik,  
Verhaltensanalyse



**BELTZ**

Neudeck · Mühlig

**Therapie-Tools**  
**Verhaltenstherapie**



Peter Neudeck · Stephan Mühlig

# Therapie-Tools Verhaltenstherapie

Therapieplanung, Probatorik, Verhaltensanalyse  
Mit Online-Materialien

Unter Mitarbeit von Christina Berndt

**BELTZ**

*Anschriften der Autoren:*

Dr. Peter Neudeck  
Praxis für Verhaltenstherapie  
Follerstraße 64  
50676 Köln

Prof. Dr. Stephan Mühlig  
Technische Universität Chemnitz  
Institut für Psychologie  
Wilhelm-Raabe-Str. 43  
09120 Chemnitz

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich (ISBN 978-3-621-27827-0).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

1. Auflage

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013  
Programm PVU Psychologie Verlags Union  
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Andrea Schrameyer  
Herstellung: Sonja Frank  
Gestaltungs- und Iconkonzept: David Wolpert, Julian Zimmermann, Mannheim  
Umschlaggestaltung: Lina Marie Oberdorfer  
Satz: SatzKiste GmbH, Stuttgart

E-Book

ISBN 978-3-621-28064-8

# Inhaltsübersicht

Vorwort	10
<b>Teil I Rahmenbedingungen</b>	
1     Institutionelle Bedingungen	14
2     Antragstellung	20
3     Rechtliche Aspekte	39
<b>Teil II Therapieablauf</b>	
4     Erstkontakt	70
5     Erstgespräch	77
6     Probatorik	137
7     Therapiebeginn	211
8     Therapiebeendigung	254
9     Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis	266
Literatur	273
Hinweise zu den Online-Materialien	278

# Inhalt

Vorwort	10
---------	----

## Teil I Rahmenbedingungen

<b>1</b>	<b>Institutionelle Bedingungen</b>	<b>14</b>
1.1	Indikation: Welche Störungen dürfen zu Lasten der GKV (Psychotherapie-Richtlinie) behandelt werden und welche nicht?	14
1.2	Anwendungsbereiche	14
	INFO 1 Checkliste zur allgemeinen Indikation	16
1.3	Indikationsstellung Kurz- oder Langzeittherapie	18
<b>2</b>	<b>Antragstellung</b>	<b>20</b>
2.1	Allgemeines zur Antragstellung	20
	AB 1 Merkblatt Antragsmodalitäten	22
	AB 2 Bericht an den Gutachter: Meine Notizen	23
2.2	Der Bericht an den Gutachter	24
	INFO 2 Beispiel für einen Bericht an den Gutachter: Antrag auf Kurzzeittherapie	31
	AB 3 Checkliste Kassenantrag	35
<b>3</b>	<b>Rechtliche Aspekte</b>	<b>39</b>
3.1	Aufklärungspflicht (Informed Consent)	39
	INFO 3 Checkliste Aufklärungsinformationen (allgemein)	41
	INFO 4 Aufklärungsblatt: Rahmenbedingungen der Verhaltenstherapie	43
	AB 4 Therapievereinbarung	44
	AB 5 Ausfallvereinbarung	46
3.2	Dokumentationspflicht	47
	INFO 5 Checkliste Basisdokumentation	49
	AB 6 Stundendokumentationsbogen	53
	AB 7 Verlaufs-dokumentationsbogen: Zwischenfazit des Patienten	54
3.3	Auskunfts- und Einsichtsrecht des Patienten	55
	INFO 6 Checkliste Dokumenteneinsicht	57
3.4	Schweigepflicht und Informationspflicht	59
	AB 8 Schweigepflichtentbindung	63
3.5	Datenschutz und IT-Datensicherung	64
	AB 9 IT-Datensicherheit (mod. nach Bundesärztekammer + KBV)	66

## Teil II Therapieablauf

<b>4</b>	<b>Erstkontakt</b>	<b>70</b>
	AB 10 Der telefonische Erstkontakt	71
	AB 11 Aufnahme in die Warteliste	72
	AB 12 Erstauskunftsbogen	73
	AB 13 Einverständniserklärung zur Aufzeichnung von Gesprächen	76
<b>5</b>	<b>Erstgespräch</b>	<b>77</b>
<b>5.1</b>	Mit den Augen des Patienten	77
	INFO 7 Informationssuche und -weitergabe	79
<b>5.2</b>	Struktur und Ablauf eines Erstgesprächs	80
<b>5.2.1</b>	Begrüßung	80
<b>5.2.2</b>	Behandlungsanlass und Symptomatik	80
<b>5.2.3</b>	Störungsanalyse und Vorbehandlung	81
	AB 14 Akut-Checkliste	82
	AB 15 Schweigepflichtentbindung Vorbehandler	83
	AB 16 Lebensvertrag	84
	AB 17 Abstinenzvertrag	85
<b>5.2.4</b>	Biographie, Aktuelle Lebenssituation	86
	INFO 8 Fallbeispiel: Aufnahme der Biografie und aktuellen Lebenssituation	87
<b>5.2.5</b>	Absprachen, Klären des Auftrags	89
<b>5.2.6</b>	Organisatorisches und Rahmenbedingungen	90
	AB 18 Nach dem Erstgespräch: Fragebogen zur Symptomatik und Anamnese	91
	AB 19 Datenschutzerklärung	108
	AB 20 Zusammenfassung nach dem Erstgespräch	109
	AB 21 Protokollbogen Erstgespräch: Anorexie	113
	AB 22 Protokollbogen Erstgespräch: Bulimie	115
	AB 23 Protokollbogen Erstgespräch: Depression	118
	AB 24 Protokollbogen Erstgespräch: PTBS	120
	AB 25 Protokollbogen Erstgespräch: Schmerz	122
	AB 26 Protokollbogen Erstgespräch: Zwänge	124
	AB 27 Protokollbogen Erstgespräch: Ängste	127
	AB 28 Protokollbogen Erstgespräch: Funktionelle Diagnostik Ängste	129
	AB 29 Selbstreflexion nach dem Erstgespräch	132
<b>5.3</b>	Gesprächsführung auf der Ebene des Patienten	134
	AB 30 Der Therapeut als Dolmetscher – Vom »Etwa« zum »Genau«	135
<b>6</b>	<b>Probatorik</b>	<b>137</b>
<b>6.1</b>	Initiale Problemexploration	138
	INFO 9 Checkliste Exploration	140
	AB 31 Selbstdokumentation (Symptomtagebuch)	142



<b>6.2</b>	Anamnese	143
	INFO 10 Checkliste Anamnese	146
	AB 32 Hausaufgabe »Lebenslinie«	151
	AB 33 Hausaufgabe »Soziogramm«	152
	INFO 11 Anschreiben an Mitbehandler: Beispiele	153
<b>6.3</b>	Kategoriale Diagnostik	154
<b>6.4</b>	Dimensionale Diagnostik	158
	AB 34 Global Assessment of Functioning	164
<b>6.5</b>	Verhaltensanalyse	165
<b>6.5.1</b>	Warum verhaltensanalytische Modelle?	165
<b>6.5.2</b>	Mikro- und Makroanalyse im Überblick	166
<b>6.5.3</b>	Mikroanalyse: das SORKC-Modell	166
	AB 35 Erstellung eines SORKC-Modells	169
<b>6.5.4</b>	Mikroanalyse: das Modell der Problemanalyse	172
<b>6.5.5</b>	Exkurs: Verhaltensmodifikation in der Mikroanalyse	173
<b>6.5.6</b>	Makroanalyse	174
<b>6.5.7</b>	Plananalyse als Teil der Makroanalyse	177
	AB 36 Nach der Verhaltensanalyse	179
	AB 37 Fragebogen zur Beschreibung einer konkreten Situation	184
	AB 38 Das Beobachten und Beschreiben von Gefühlen	186
<b>6.6</b>	Prognose	187
<b>6.7</b>	Psychopathologischer Befund	187
	AB 39 Psychopathologischer Befund: Psychopathologische Merkmalsbereiche	189
<b>6.8</b>	Zielfindung	191
	INFO 12 Checkliste Zielebenen	195
	INFO 13 Checkliste Ziel-Merkmale	198
<b>6.9</b>	Fallkonzeption	201
<b>6.9.1</b>	Aspekte der Fallkonzeption	201
<b>6.9.2</b>	Grundregeln zu therapeutischen Zielen	205
	AB 40 Zielerreichungsskala Probatorik	206
	AB 41 Meine Ziele	207
	AB 42 Mein Ziel genau beschreiben	208
<b>6.9.3</b>	Manuale und Maßnahmen	209
<b>7</b>	<b>Therapiebeginn</b>	<b>211</b>
<b>7.1</b>	Auswertungsgespräch, Psychoedukation und kognitive Vorbereitung	211
<b>7.1.1</b>	Das Auswertungsgespräch	211
<b>7.1.2</b>	Information über die Natur der Störung – Psychoedukation und kognitive Vorbereitung	212
	INFO 14 Informationen zu Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	215
	AB 43 Meine Trinkgeschichte	218
	INFO 15 Informationen zu Depression	221
	INFO 16 Information zu Angststörungen	224

INFO 17 Die Aufrechterhaltung von Panikstörungen	230
INFO 18 Die Aufrechterhaltung der Agoraphobie	231
INFO 19 Die Aufrechterhaltung der Sozialen Phobie	232
INFO 20 Die Aufrechterhaltung der Generalisierten Angststörung	233
INFO 21 Körperliche Symptome bei Angststörungen im Überblick	234
INFO 22 Informationen zu Zwangsstörungen	235
INFO 23 Informationen zu Essstörungen: Anorexie und Bulimie	237
INFO 24 Information zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)	240
INFO 25 Information zu somatoformen Störungen	242
AB 44 Psychoedukation Pro-Kontra-Liste	244
AB 45 Der Kompetenzkuchen	246
AB 46 Aufrechterhaltung von Problemverhalten	247
AB 47 Beispiele für Kognitionen	248
<b>7.2</b> Systemimmanenz – ein Beispiel für die Optimierung therapeutischer Prozesse	250
<b>8 Therapiebeendigung</b>	<b>254</b>
<b>8.1</b> Alltagstransfer und Verstetigung	254
<b>8.2</b> Rückfallprophylaxe und Nachsorge	254
<b>8.3</b> Therapieabschluss	255
INFO 26 Checkliste Zielerreichung	257
INFO 27 Checkliste: Bewertung Therapieabbruch	259
INFO 28 Checkliste: Bericht zum Umwandlungsantrag Kurzzeittherapie in Langzeittherapie	260
INFO 29 Checkliste: Bericht zum Fortführungsantrag VT 3b nach Langzeittherapie	262
INFO 30 Checkliste: Ergänzungsbericht zum Fortführungsantrag VT 3c nach Langzeittherapie	263
AB 48 Schweigepflichtentbindung Abschlussbericht	264
AB 49 Beendigungsmitteilung an Krankenkasse	265
<b>9 Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis</b>	<b>266</b>
<b>9.1</b> Grundlagen der Qualitätssicherung	266
<b>9.2</b> Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Praxis	266
<b>9.2.1</b> Strukturqualität	266
<b>9.2.2</b> Prozess- und Ergebnisqualität	267
AB 50 Zwischenbilanz	269
AB 51 Zielerreichungsskala	270
AB 52 Therapieauswertungsbogen	271
AB 53 Katamnesefragebogen	272
Literatur	273
Hinweise zu den Online-Materialien	278

# Vorwort

*»Es ist noch nichts gesagt worden, was nicht schon früher gesagt worden wäre.«*

Johann Wolfgang von Goethe

In diesem Sinne sollte auch ein neues – weiteres – Psychotherapiemanual gut begründet sein. Was ist Neues, Unge-sagtes in diesem Bereich wirklich beizutragen? Wir haben in langjähriger Berufspraxis als Forscher, Ausbilder und Psychotherapeuten die Erfahrung gemacht, dass es in der verhaltenstherapeutischen Psychotherapeuten-Ausbildung häufig an einem übergreifenden Handlungsplan mangelt, der Ausbildungskandidaten und Berufsanfänger wie mit einem roten Faden durch das komplexe Tätigkeitsfeld des niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten führt.

Grundidee dieses Therapie-Tools ist folglich, eine Art praxisbezogenen Navigator für das Tätigkeitsfeld des ambu-lanten Psychotherapeuten zur Verfügung zu stellen. Dabei geht es also weder um die manualisierte Anleitung zur Behandlung spezifischer Störungen (wie in störungsbezogenen Manualen) noch um die Vermittlung spezifischer Interventionstechniken (wie in Interventionsmanualen) noch um eine Anleitung zur Therapieplanung, sondern pri-mär um eine strukturierte Einführung, Begründung und Anleitung bei der Umsetzung generischer Basistätigkeiten und grundlegender Anforderungen in diesem Handlungsfeld. Das Buch soll eine praktische Hilfestellung dafür bie-ten, die zu Berufsbeginn häufig verwirrende Fülle und Vielfalt von störungsübergreifenden Aufgaben bei der fachge-rechten Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vom ersten Patientenkontakt bis zum Therapieende systematisch im Blick zu behalten und erfolgreich zu erfüllen, z. B. zu Fragen wie: Wie aber steige ich die Therapie ein, was ist wichtig beim Erstgespräch und welche rechtlichen Rahmenbedingungen muss ich beachten? Zu diesem Zweck haben wir die einzelnen Therapieabschnitte und Teilaufgaben im Therapieprozess jeweils einleitend kurz mit ihren rechtlichen und theoretischen Grundlagen dargestellt und in Form eines anwendungsorientierten Leitfadens Schritt für Schritt begleitet. Zu jedem Abschnitt wurden Arbeits- und Praxismaterialien (Tipps, Hinweise, Check-listen, Arbeitsblätter etc.) aus unserer ambulanten Arbeit zusammengestellt bzw. neu entwickelt.

Das Buch ist in zwei Abschnitte unterteilt. Im ersten Teil werden die Rahmenbedingungen ambulanter psychothe-rapeutischer Behandlung beschrieben und Materialien zu den Themen Indikationsstellung, Berufsrecht (Aufklä-rungspflicht, Dokumentationspflicht, Auskunft- und Einsichtsrecht des Patienten, Schweigepflicht und Informa-tionspflicht, Zeugnisverweigerungsrecht) sowie Datenschutz und IT-Datensicherung bereitgestellt. Der zweite Teil umfasst den Therapieablauf vom Erstkontakt bis zum Therapieende. Die beiden Schwerpunkte dieses Teils bilden die Probatorik und die erste Therapiephase nach der Probatorik (Psychoedukation und kognitive Vorbereitung der Patienten).

Dieser Handlungsleitfaden erhebt dabei einerseits den Anspruch auf faktische und wissenschaftliche Fundiertheit und Evidenzbasierung und fokussiert andererseits auf die praktische Umsetzung, indem für jeden der behandelten Teilbereiche zahlreiche Handlungstipps sowie Arbeitsmaterialien bereitgestellt werden. Dies kann in bisherigen Ma-nualen nicht ausreichend geleistet werden, da aus der störungsspezifischen Perspektive der Fokus primär auf den therapeutischen Veränderungen liegt, weniger auf den allgemeinen Routineanforderungen und Basiskompetenzen einer ambulanten Verhaltenstherapie, ohne deren ausreichende Beherrschung allerdings jegliche Psychotherapie zum Scheitern verurteilt wäre.




Bei der Arbeit mit dem Buch begegnen dem Leser verschiedene Icons, die im Folgenden erklärt werden.



»Therapeut/in«: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die nur für den Therapeuten selbst gedacht sind.



»Patient/in«: Mit diesem Icon ausgehändigte Arbeits- oder Informationsblätter werden dem Patienten zur Bearbei-tung ausgehändigt.

-  »Ran an den Stift«: Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren.
-  »Hier passiert was«: An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten oder Patienten gegeben.
-  »Input fürs Köpfchen«: Hier werden Anregungen zum Weiter- und Ums-Eck-Denken gegeben – auf diese Weise markierte Abschnitte beinhalten Varianten oder Fortführungen der jeweiligen Übung oder weisen auf Hintergrundinformationen hin.

Wir wünschen dem Leser viel Freude an den von uns zusammengestellten Materialien und hoffen, dass es ihm eine Ressource bei der Gestaltung von erfolgreichen Behandlungen sein wird.

---

### **Danksagung**

Unser besonderer Dank gilt Frau Christina Berndt (B.Sc. Psychologie) für eine höchst kompetente und allzeit engagierte Hilfestellung bei der Erstellung und Überarbeitung des Manuskriptes und vielerlei wertvolle Ratschläge aus der Sicht der hier angesprochenen Zielgruppe. Darüber hinaus danken wir dem Verlag und insbesondere Frau Andrea Schrameyer für die kontinuierliche Begleitung, die schnelle Redigierung, ihre unermüdliche Geduld und starken Nerven in der Endphase der Manuskriptfinalisierung.

Köln und Chemnitz, im November 2012

*Peter Neudeck  
Stephan Mühlig*



**Teil I**  
**Rahmenbedingungen**

### 1.1 Indikation: Welche Störungen dürfen zu Lasten der GKV (Psychotherapie-Richtlinie) behandelt werden und welche nicht?

In der *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)* sind die Voraussetzungen zur Durchführung von Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgelegt. Danach kann Psychotherapie als Kassenleistung erbracht werden, soweit und solange eine »seelische Krankheit« vorliegt (§1). »Seelische Krankheit« wird hier definiert als »krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen«, zu deren Wesen es gehöre, dass »sie der willentlichen Steuerung durch die Patientin oder den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind« (§2). Die Definition »krankhafter Störungen« erfolgt symptomatologisch und unabhängig von der jeweiligen Ätiologie. »Krankhafte Störungen werden in seelischen und körperlichen Symptomen und in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar«, die »durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht werden« oder »denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens« oder »pathologische Veränderungen seelischer Strukturen« zugrunde liegen können (§2). Damit ist prinzipiell das gesamte Spektrum psychischer Störungsformen erfasst, inklusive primär organisch bedingter Störungen (z. B. organische Psychose), durch kritische Lebensereignisse ausgelöste (z. B. Anpassungsstörung) oder aufgrund von strukturellen Veränderungen verursachte Störungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen). Auch Beziehungskonflikte werden als Behandlungsgegenstand anerkannt, sofern »ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes eines Menschen nachgewiesen wurde«.

### 1.2 Anwendungsbereiche

Die Psychotherapie-Richtlinie macht allerdings einige Einschränkungen und legt konkrete Anwendungsbereiche fest, bei denen Psychotherapie als Kassenleistung angewendet werden darf. Die formalen Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie sind nach § 22 beschränkt auf

- (1) affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;
- (2) Angststörungen und Zwangsstörungen;
- (3) somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);
- (4) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;
- (5) Essstörungen;
- (6) nichtorganische Schlafstörungen;
- (7) sexuelle Funktionsstörungen;
- (8) Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;
- (9) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend.

Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist explizit *ausgeschlossen* bei

- ▶ ungünstiger Prognose (unzureichende Motivation/Motivierbarkeit, Umstellungsfähigkeit, persönliche und/oder soziale Ressourcen),
- ▶ Fehlen einer krankheitswertigen Störung und Vorliegen ausschließlich nicht-pathologischer psychosozialer Probleme, die Maßnahmen zur beruflichen oder sozialen Anpassung, der beruflichen oder schulischen Förderung oder der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung erforderlich machen.

Eine Sonderstellung nehmen die »psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen« (ICD-10 F10-F19) ein. Das Abhängigkeitssyndrom und der schädliche Gebrauch von psychotropen Substanzen (vierte Stelle »1« in den Kategorien F10–F19 = »Schädlicher Gebrauch«, vierte Stelle »2« = »Abhängigkeitssyndrom«) sind prinzipiell im Rahmen der *Richtlinien-Psychotherapie* behandelbar.

**Substanzabhängigkeit.** Im Falle von Substanzabhängigkeit setzt die Durchführung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung allerdings grundsätzlich Suchtmittelfreiheit / Abstinenz voraus: »Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, sind beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz.« 2011 wurde hier eine Zusatzregelung eingeführt: Im Ausnahmefall ist es nun möglich, eine ambulante Psychotherapie einer Substanzabhängigkeit auch dann zu beginnen, wenn die Suchtmittelfreiheit / Abstinenz vor Beginn der Behandlung noch nicht erreicht worden ist, aber bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist durch eine unabhängige ärztliche Bescheinigung festzustellen und zu dokumentieren. Bei einem Rückfall darf die ambulante Psychotherapie nur fortgesetzt werden, »wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz ergriffen werden«. Bei Opioidabhängigkeit gelten spezielle Regelungen, die eine begleitende ärztliche Substitutionstherapie und Beigebrauchsfreiheit voraussetzen. Ambulante Psychotherapie kann somit immer bei schädlichem Gebrauch psychoaktiver Substanzen und bei Substanzabhängigkeit im Zustand der Abstinenz bzw. deren kurzfristiger Erreichbarkeit durchgeführt werden. Ausgenommen davon ist bislang der schädliche Gebrauch bzw. die Abhängigkeit vom Tabakrauchen.

**Somatische Erkrankungen und neuropsychologische Störungsbilder.** Weiterhin darf Psychotherapie »neben oder nach einer somatisch-ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet«, mit ausdrücklicher Beschränkung auf

- ▶ seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen;
- ▶ seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe;
- ▶ psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

Damit ist die Behandlung von neuropsychologischen Störungsbildern (F.00-Diagnosen) im Rahmen der ambulanten Psychotherapie im Regelfall ausgeschlossen, sofern nicht psychische Faktoren nachweisbaren pathogenetischen Anteil an der Störung haben oder eine psychische Störung als Folgeerkrankung (aus dem o. g. Katalog) aus der neuropsychologischen Primärerkrankung resultiert. Neuropsychologische Störungsbilder (mit Ausnahme dementieller Erkrankungen) können seit einiger Zeit von niedergelassenen klinischen Neuropsychologen mit Approbation als Psychologische Psychotherapeuten im System der ambulanten kassenärztlichen Versorgung behandelt werden. Die Entscheidung über die allgemeine Indikation für bzw. gegen eine ambulante Psychotherapie ist in vielen Fällen schwieriger zu treffen als es auf den ersten Blick erscheint. Oftmals erfolgt die Indikationsentscheidung in der Versorgungspraxis eher unsystematisch und intuitiv als anhand klarer Kriterien. Versorgungsepidemiologische Studien zeigen, dass dadurch nicht unerhebliche Fehlversorgungen verursacht werden (Wittchen et al., 2001): Ein Teil der behandlungsbedürftigen Patienten erhält keine Therapie (falsch-negative Indikationsentscheidung), während zugleich nicht wenige Fälle ambulant psychotherapeutisch behandelt werden, für die eigentlich eher eine Indikation für Beratungsangebote oder auch eine Indikation für stationäre oder teilstationäre Versorgung bestünde (falsch-positive Indikationsentscheidung). Die folgende Checkliste soll eine Hilfestellung geben, die allgemeine Indikationsentscheidung in systematisierter Form zu treffen, indem auf den drei Dimensionen »Störung«, »Behandlungsform« und »persönliche Kompetenz« Schlüsselaspekte, Kontraindikationen und Alternativen reflektiert werden.



Checkliste zur allgemeinen Indikation

<b>(1) Störung</b>		
<b>Indikationsfrage</b>	<b>Kontraindikationen / Ausschlussgründe</b>	<b>Alternativen</b>
Liegt eine krankheitswertige Störung i. S. der Psychotherapie-Richtlinie vor?	Lebens, Erziehungs- oder Beziehungsprobleme	► Beratungsstellenangebote
Ist die Störung i. S. der Psychotherapie-Richtlinie behandlungsfähig?	akuter Substanzgebrauch (der nicht in höchstens 10 Sitzungen zur Abstinenz gebracht werden kann), Tabakabhängigkeit; F.00-Diagnosen	► Suchthilfesystem (akute Entgiftung, Entwöhnungsbehandlung) ► (ambulante) neuropsychologische Therapie
Ist die Störung akut behandlungsbedürftig?	weitgehend ausgeheilt oder in Remission	
Ist die Störung hinreichend eindeutig diagnostizierbar?	unklare / mehrdeutige und komplexe Symptomatologie (z. B. somatoforme Störungen mit organischen Anteilen)	► medizinische (Ausschluss-)Diagnostik ► apparative (stationäre) Diagnostik
Ist die Störung psychotherapeutisch behandelbar?	Störungen, für die keine effektiven / evidenzbasierten Psychotherapieoptionen zur Verfügung stehen (z. B. akute Schizophrenie, akute manische Episode, schwere depressive Episode, schwere Persönlichkeitsstörung)	► medikamentöse Therapie ► psychiatrisch-pharmakologische (Begleit-) Behandlung ► stationäre Behandlung
Ist der Patient mit vertretbarem Risiko ambulant zu behandeln?	akute Selbst- oder Fremdgefährdung (z. B. Suizidalität, Verlust der Kontrolle und Steuerungsfähigkeit, akuter Substanzmissbrauch)	► stationäre (akut-) psychiatrische Behandlung
Ist der Patient therapiewillig?	fremdmotivierte Therapieaufnahme, fehlende / unzureichende Eigenmotivation	► Therapievorbereitungsintervention (Motivierende Gesprächsführung) ► Warteliste
Ist der Patient aktuell therapiefähig?	körperliche, kognitive, gesundheitliche oder andere Einschränkungen (z. B. Sprache), die eine psychotherapeutische Behandlung stark beeinträchtigen	► Therapievorbereitungsintervention ► Spezialeinrichtung ► Warteliste
Besteht eine ausreichend positive Prognose, im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien eine signifikante Besserung zu erzielen?	ungünstige Lebensumstände	► Therapievorbereitungsintervention ► Spezialeinrichtung



<b>(2) Behandlungs- und Anwendungsformen (Richtlinienverfahren)</b>		
<b>Indikationsfrage</b>	<b>Kontraindikationen / Ausschlussgründe</b>	<b>Alternativen</b>
Ist die vorliegende Störung im Rahmen der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie optimal zu behandeln oder existieren erfolversprechendere Alternativen?	Anorexia nervosa; Borderline-Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ stationäre Behandlung</li> <li>▶ teilstationäre Therapie / Tagesklinik</li> </ul>
Ist die vorliegende Störung durch das eigene Richtlinienverfahren optimal zu behandeln oder existieren erfolversprechendere Alternativen?	Liegen für den Problembereich verhaltenstherapeutische Störungs- und Behandlungsmodelle vor? Ist der Patient compliant für eine Verhaltenstherapie (z. B. für Hausaufgaben, Rollenspiele, Exposition) und ausreichend umstellungsfähig?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ andere Richtlinien-Psychotherapieverfahren</li> </ul>
Ist die Störung im Format der Einzeltherapie optimal zu behandeln oder existieren erfolversprechendere Alternativen?	Alkoholabhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Gruppentherapie</li> <li>▶ teilstationäre Therapie</li> </ul>
Ist die Störung im vorgesehenen Zeitformat der Richtlinien-Therapie optimal zu behandeln oder existieren erfolversprechendere Alternativen?	Substanzstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Langzeittherapie</li> </ul>
<b>(3) Persönliche Behandlungskompetenz und Beziehung</b>		
<b>Indikationsfrage</b>	<b>Kontraindikationen / Ausschlussgründe</b>	<b>Alternativen</b>
Bin ich bzgl. meiner Ausbildung, persönlichen Erfahrung und therapeutischen Kompetenz geeignet, diesen Fall zu behandeln?	mangelnde Erfahrung mit besonders schwierigen oder schwergradigen Störungsbildern (z. B. Borderline, Psychosen, bipolare Störungen, Sucht)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Psychotherapieambulanz</li> <li>▶ spezialisierter Kollege</li> <li>▶ spezialisierte Einrichtung</li> </ul>
Bin ich aufgrund personaler Merkmale geeignet, diesen Fall zu behandeln?	Störungs- oder personbezogene Passungsprobleme bzgl. Alter, Geschlecht, sozio-kulturellem Hintergrund o. ä.	
Ist eine ausreichend tragfähige therapeutische Beziehung herstellbar bzw. zu erwarten?	spontane Antipathie; persönliche Bekanntschaft (Befangenheit)	

### 1.3 Indikationsstellung Kurz- oder Langzeittherapie

Ob eine Kurz- oder eine Langzeittherapie indiziert ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Generell gilt: Eine Kurzzeittherapie hat die Obergrenze von 25 Behandlungseinheiten, eine Langzeittherapie von 45 Behandlungseinheiten. Eine Kurzzeittherapie wird – bei entsprechender Genehmigung nach 35 erfolgreichen Anträgen – durch die zuständige kassenärztliche Vereinigung ohne Antrags- und Gutachterverfahren gewährt.

Die pragmatische Abwägung über Kurz- oder Langzeit beinhaltet den Kosten-Nutzen-Aspekt, beziehungsweise den Dosis-Nutzen-Aspekt. Untersuchungen lassen den Schluss zu, dass Langzeittherapien vor allem bei chronischer Stresssymptomatik und schwierigen Beziehungs- beziehungsweise Interaktionsverhalten (Akzentuierungen oder Störungen auf Achse II) indiziert sind, Kurzzeittherapien dagegen bei akuter Stresssymptomatik (Kopta et al., 1994).

Die *Indikation* für eine Kurzzeittherapie kann unter den folgenden Umständen gegeben sein:

- ▶ einfache umschriebene Störung (keine Komorbidität),
- ▶ leichte Störung,
- ▶ kurze Dauer der Störung,
- ▶ stabile Primärpersönlichkeit,
- ▶ situative Auslöser.

Gründe für eine Umwandlung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie können sein:

- ▶ Komplexität der Störung,
- ▶ unbekannte Traumata, die während des therapeutischen Prozesses aktualisiert werden,
- ▶ Einbeziehung des sozialen Systems,
- ▶ Auftreten schwerwiegender Belastungen während der Therapie,
- ▶ Stabilisierung des Erreichten,
- ▶ langsame Veränderungsschritte,
- ▶ Rückfall am Ende der Therapie.



Kurzzeittherapie sollte von Anfang an perspektivisch auf einen begrenzten Zeitraum beziehungsweise eine Zielsetzung angelegt sein! Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Chancen der Kurzzeittherapie verschenkt werden.

Für die *Differentialindikation*, ob Kurz- oder Langzeittherapie durchgeführt werden soll, sind weiterhin folgende Aspekte von Bedeutung:

- ▶ Lebens- und Beziehungsgestaltung des Patienten vor der Symptombildung,
- ▶ symptomauslösender Aspekt der Lebenssituation, Lerngeschichte der familiären Situation,
- ▶ zentrale Verstärker (Gibt es welche und wenn ja, welche?),
- ▶ zentrale Vermeidungstendenz,
- ▶ Aggressionspotential/ -hemmung des Patienten,
- ▶ Impulskontrolle, Gefühlsrepertoire des Patienten,
- ▶ Konfliktverhalten,
- ▶ Persönlichkeitsstörung.

Weiterhin sind Aspekte der Stressbewältigung und Ressourcenaspekte zu beachten. Diese sind in Tabelle 1.1 dargestellt.

**Tabelle 1.1** Ressourcen und Stressbewältigung, die zur Indikation beachtet werden müssen

<b>Ressourcen</b>	Selbst- und Fremdbeobachtung	Beschreibt das Maß, in dem Patienten in der Lage sind, sich selbst und andere realistisch wahrzunehmen.
	Selbst- und Fremdbewertung	Beschreibt das Maß, in dem Patienten in der Lage sind, die Situationsadäquatheit ihrer Gefühle, Bedürfnisse, Ängste und die eines Interaktionspartners zu beurteilen.
	Selbst- und Fremdverstärkung	Beschreibt das Maß, in dem Patienten in der Lage sind, Gefühle auszudrücken, Grenzen zu setzen, zu streiten, verlieren zu können, die Gefühle und Bedürfnisse des Gegenübers berücksichtigen zu können und eine Balance zwischen Selbstinteressen und Beziehungsinteressen herstellen zu können.
<b>Stressbewältigung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Art und Wirksamkeit von Stress- und Krisenbewältigungsstrategien</li> <li>▶ Fähigkeit zu neuen Stressreduktionsmöglichkeiten</li> <li>▶ Leidenskapazität, um unvermeidbaren Schmerz zu tolerieren</li> <li>▶ Bereitschaft, zunächst Unerträgliches anzunehmen und das Übriggebliebene sinnvoll zu gestalten</li> </ul>	

# KAPITEL 2 /

## Antragstellung

### 2.1 Allgemeines zur Antragstellung

#### — Antrag zur Kostenübernahme

Der Antrag auf Bewilligung der Kostenübernahme für eine psychotherapeutische Behandlung umfasst folgende Einzelteile:

- ▶ den Antrag des Versicherten,
- ▶ die Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten,
- ▶ den Konsiliarbericht,
- ▶ Berichte über Vorbehandlungen, soweit vorhanden,
- ▶ den Bericht an den Gutachter.

#### — Antragsmodalitäten

Bei der Beantragung wird unterschieden zwischen:

- ▶ Kurzzeittherapie (KZT) mit 25 Behandlungseinheiten (BE),
- ▶ Langzeittherapie (LZT) mit 45 BE,
- ▶ Umwandlungsantrag von KZT in LZT mit 20 BE,
- ▶ Fortführungsantrag nach 45 BE um weitere 15 BE »in besonders begründeten Fällen«,
- ▶ Fortführungsantrag nach 60 BE um weitere 20 BE »bis zur Höchstgrenze im Ausnahmefall«.

Die Höchstgrenze für die Durchführung einer verhaltenstherapeutischen Behandlung beträgt somit 80 Behandlungseinheiten (BE) á 50 min, die auch halbiert (25 min) oder aber in Doppelsitzungen (100 min) durchgeführt werden können.



Für Expositionsbehandlungen können ohne besondere Beantragung bis zu 4 BE pro Behandlungstag durchgeführt werden (200 min). Darüber hinausgehende Block-Kontingente müssen im Bericht an den Gutachter im Einzelfall begründet werden.

#### — Die Beantragung der Kurzzeittherapie

Die Richtlinien der kassenärztlichen Vereinigung sehen folgende Indikationen für einen Antrag auf Kurzzeittherapie (KZT) vor (s. a. Abschn. 1.3):

- ▶ Ein ausreichend erscheinender Behandlungserfolg ist in 25 Sitzungen erreichbar (zum Beispiel bei spezifischen Phobien, Anpassungsstörungen, Zwangsstörungen, depressive Episoden, keine Komorbidität).
- ▶ Die KZT dient als Überprüfung der Indikation für eine Langzeittherapie (zum Beispiel bei Patienten mit starker Chronifizierung, Patienten mit vielen vorherigen stationären und / oder ambulanten Behandlungsversuchen, unklarer oder ambivalenter Motivation).
- ▶ Die KZT ist als Sofortmaßnahme zur Krisenintervention sinnvoll.

### Tipp

Nach 35 positiv beschiedenen Anträgen kann bei der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine Befreiung von der Berichterstattungspflicht für Kurzzeitanträge beantragt werden.

## Bericht an den Gutachter

Der Bericht an den Gutachter ist zentraler Bestandteil des Antragsverfahrens und dient zur Überprüfung der Nachvollziehbarkeit und Angemessenheit des therapeutischen Vorgehens. Ein von der kassenärztlichen Vereinigung bestellter und durch die jeweilige Krankenkasse beauftragter Gutachter wird anhand des Antrages beurteilen, ob

- ▶ eine krankheitswertige Störung im Sinne des SGB V vorliegt,
- ▶ das geplante Behandlungskonzept zweckmäßig erscheint,
- ▶ die Behandlung unter ökonomischen Gesichtspunkten angemessen erscheint.

Der Bericht an den Gutachter besteht aus folgenden Unterpunkten, die in Abschnitt 2.2 Schritt für Schritt erläutert werden:

- (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

### Tipp

Der Bericht an den Gutachter für eine Kurzzeittherapie sollte maximal zwei Seiten lang sein und ist vom formalen Aufbau dem Antrag auf Langzeittherapie sehr ähnlich. Der Unterschied liegt in Punkt 2 der lebensgeschichtlichen relevanten Daten zur Vorgeschichte: Dieser Punkt wird bei einem Antrag auf Langzeittherapie ausführlicher abgehandelt.

Das Merkblatt AB 1 »Antragsmodalitäten« fasst die wichtigsten Eckdaten der Antragstellung für den Therapeuten übersichtlich zusammen.

## Merkblatt Antragsmodalitäten

**Je nach Bedingungen können folgende Anträge gestellt werden:**

Kurzzeittherapie	25 BE	EBM 35220
Langzeittherapie	45 BE	EBM 35221
Umwandlungsantrag von KZT in LZT	20 BE	EBM 35221
Fortführungsantrag nach 45 BE	15 BE	EBM 35221
Fortführungsantrag nach 60 BE	20 BE	EBM 35221

**Der Antrag auf Bewilligung der Kostenübernahme für eine psychotherapeutische Behandlung umfasst folgende Einzelteile:**

- Der Antrag des Versicherten Dieser Antrag wird nur der Krankenkasse zugestellt.
- Die Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten Das Original wird an die Krankenkasse gesendet, der erste Durchschlag an den Gutachter.
- Der Konsiliarbericht Der Durchschlag mit Adressfeld wird an die Krankenkasse gesendet, der Durchschlag mit Angaben zur Erkrankung anonymisiert an den Gutachter.
- Berichte über Vorbehandlungen, soweit vorhanden Diese Daten sind unbedingt zu anonymisieren.
- Der Bericht an den Gutachter

## Bericht an den Gutachter: Meine Notizen

Der Bericht an den Gutachter besteht aus folgenden Unterpunkten:

(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

---

Behalten Sie die Nummerierung der einzelnen Abschnitte bei!



## 2.2 Der Bericht an den Gutachter

### (0) Angaben zur Person

Unter Angaben zur Person werden kurz Informationen zu Alter, Beruf, Familienstand und Zuweisungsmodus zusammengefasst.

#### Beispiel

Der 45-jährige Patient, von Beruf Feinmechaniker, erscheint auf eigenen Wunsch zum Erstgespräch. Er wurde durch die Homepage auf die Praxis aufmerksam.

### (1) Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Unter diesem Punkt stellt der Therapeut Beschwerden des Patienten hinsichtlich der Diagnose dar. Das heißt, es werden jene Symptome und problematische Verhaltensweisen beschrieben, welche für die Diagnosestellung von Bedeutung sind (Dauer, Frequenz, Intensität). Es ist sinnvoll, die aus der Verhaltensanalyse (Mikroanalyse) gewonnenen Erkenntnisse zu relevanten Kognitionen und Emotionen sowie zu Physiologie und Verhalten einzubeziehen. In jedem Fall können auch wörtliche Zitate des Patienten in die Angaben aufgenommen werden.

#### Beispiel

Im Vordergrund der Symptomatik des Patienten stehen Angstanfälle sowie daraus resultierendes Vermeidungsverhalten. Der Patient berichtet, dass er unter Angstanfällen leide, die sein Leben und seinen Aktivitätsspielraum völlig einschränken. Die Angstanfälle träten in Situationen wie U-Bahn-Fahren oder Busfahren sowie in großen Menschenmengen auf, außerdem in allen Situationen, in denen er länger als ca. 20 Minuten von zuhause entfernt sei. Während der Angstanfälle würde es zu einer Reihe von körperlichen Symptomen kommen (Zittern, Herzrasen, Druckgefühl in den Augen, innere Unruhe, Schnellatmigkeit, Schwindel). Er habe in den angstauslösenden Situationen das Gefühl von Unwirklichkeit, habe Angst, die Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder zu sterben. Er befürchtet in diesen Situationen, nicht schnell genug nach Hause zu kommen, dem einzigen Ort, an dem er sich momentan sicher fühle. Deshalb vermeide er solche Situationen. Weiterhin berichtet der Patient über anhaltende Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Zustände innerer Leere. Er wisse nicht, wie es weitergehen solle. Bei alltäglichen Problemen sei er manchmal aufbrausend und unbeherrscht, sodass es oft zu lauten Auseinandersetzungen komme, er sei dann wie ein Bulldozer. Er rege sich schon über die kleinste Kritik so fürchterlich auf, dass dann auch körperliche Symptome (Nervosität, Zittern sowie Atemnot) auftreten. Er könne nicht mit Kritik umgehen und beziehe diese ausschließlich auf seine Person. Er bemerke, dass er sich immer mehr zurückziehe und habe Angst, sich zu isolieren. Andererseits fehlen ihm die Lust und der Antrieb, sich mit anderen zu treffen und etwas zu unternehmen. Er habe das Gefühl, dass ihn niemand verstehe. Weil das nicht so weitergehen könne, suche er jetzt nach professioneller Hilfe.

### (2) Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Der Therapeut fasst Informationen über das Familiensystem, Kindheit und Primärfamilie, soziale, schulische und berufliche Entwicklung, sexuelle Entwicklung und Partnerschaften, gegenwärtiges soziales Beziehungsnetz und Krankheitsanamnese hinsichtlich körperlicher Erkrankungen zusammen.

Im Hinblick auf das Störungsmodell des Patienten sollten hier Ereignisse und Entwicklungen dargestellt werden, die Hinweise zu der individuellen Lerngeschichte und zu persönlichen Vulnerabilitäten geben, die bezüglich kognitiver Grundannahmen, affektiver Schemata und problematischer Verhaltensmuster relevant sind (s. Abschn. 6.2). Des Weiteren sind aktuelle Erkrankungen, die soziale Situation und vorherige psychotherapeutische Behandlungen zu berichten.

## Beispiel

- ▶ Herr D. ist seit 1990 verheiratet, der Beruf seiner Partnerin ist Bürokauffrau. Der Patient hat eine 15-jährige Tochter, die zur Schule geht. Herr D. wohnt zusammen mit seiner Ehefrau im Eigenheim, das er von seinen Eltern geerbt hat.
- ▶ Der Patient gibt an, dass er zwar Kontakt zu Freunden und Bekannten habe, die Kontakte seien aber in letzter Zeit weniger geworden, er fühle sich den Kontakten nicht mehr gewachsen und empfinde die Gespräche mit Bekannten als anstrengend.
- ▶ Freizeitverhalten, Hobbys: Spaziergehen, Puzzeln, Lesen.
- ▶ Finanzielle Situation: die finanzielle Situation sei gesichert. Herr D. bezieht eine unbefristete EU-Rente, seine Frau arbeitet halbtags.
- ▶ Schulischer Werdegang: Hauptschulabschluss 1978.
- ▶ Beruflicher Werdegang: 1978 – 1981 Ausbildung mit Abschluss zum Feinmechaniker; 1981 – 1982 tätig als Feinmechaniker; 1982 – 1984 Bundeswehr. 1985 – 1994 angestellt als Feinmechaniker, seit 1994 zunächst arbeitslos, zwischen 1995 und 1999 mehrere Versuche, eine Arbeit aufzunehmen, die während der Probezeit scheiterten. Seit 2002 befristet, seit 2009 unbefristet EU-Rente.
- ▶ Herr D. wuchs in einer deutschen Kleinstadt als jüngstes Kind mit seinen Geschwistern (m+2, w+4, m+7) bei den Eltern auf. Der Vater sei Bäckermeister im eigenen Betrieb gewesen, die Mutter Hausfrau. Herr D. berichtet, eine glückliche Kindheit gehabt zu haben. Er sei umsorgt worden und seine Geschwister seien immer genau wie seine Eltern für ihn dagewesen. Er beschreibt sich als ängstliches und zurückhaltendes Kind. Der Patient berichtet von Ängsten in Bezug auf Dunkelheit, Alleinsein und Hunde. Keine erwähnenswerten Krankheiten in Kindheit und Jugend, keine Unfälle. Einschulung und Schulzeit verliefen unauffällig. Begonnen hätten seine Probleme mit der Arbeitslosigkeit. Bis dahin sei sein Leben geregelt gewesen, er habe eine gute Frau kennengelernt, geheiratet und eine Familie geplant. Dann sei er arbeitslos geworden.
- ▶ Weder sein Vater noch die Geschwister waren je durch das Netz der existenziellen Sicherheit gefallen, so dass die erschütterte Lebenssituation auch das familiäre Selbst- und Weltverständnis überstieg. Darauf folgende Versuche, an die Normalität des Lebens wieder anzuknüpfen, scheiterten an bedrohlichen Konflikten mit als »schikanös und mobbend« erlebten Arbeitgebern. Das Ausmaß der darüber erlebten seelischen Belastung wurde immer mehr angereichert durch Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit und sozialen Rückzug.
- ▶ Auf die letzte Kündigung folgte zunehmender sozialer Rückzug und im Verlauf einer körperlichen Erkrankung (Lungenentzündung) mit einer diffus und unklar verlaufender Diagnose (es dauerte drei Monate, bis die Diagnose feststand) Angst, dass mit dem Körper etwas nicht stimmen könnte. Er habe sich für nichts mehr interessiert und zu nichts mehr Lust gehabt. Angst habe dabei immer eine Rolle gespielt und er habe mehr und mehr begonnen, seinen Körper zu beobachten und sei bezüglich der Gesundheit immer unsicherer geworden. Auch das Verhältnis zu seinen Mitmenschen sei nachhaltig schlechter geworden, da der Freundes- und Bekanntenkreis die Passivität und den Rückzug gar nicht zu bemerken schien, was er als herbe Enttäuschung erlebte und ihm die Vertrauenswürdigkeit sogenannter guter Freunde zweifelhaft erscheinen ließ. Die letzte Enttäuschung folgte, als er nach einer mit neuer Hoffnung belegten Qualifizierungsmaßnahme in Richtung Bürokaufmann trotz der Versicherungen des Ausbilders nicht vermittelt werden konnte.

### — (3) Aktueller psychischer Befund

Thematisiert wird das Interaktionsverhalten sowie die intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit des Patienten. Im Rahmen des psychopathologischen Befunds wird der Patient differenziert beschrieben. Testergebnisse werden im Anschluss berichtet.

## Beispiel

### Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)

Es werden alle diagnostischen Kriterien für eine Panikstörung mit Agoraphobie erfüllt. Der Patient beschreibt anhaltende Angst, die Kontrolle zu verlieren, in Ohnmacht zu fallen oder verrückt zu werden. Als Angstsymptome nennt der Patient v. a. Herzrasen, Zittern, verzerrte Sicht, trockene Kehle und Desorientierung. Schwierig sind Situationen, in denen eine Flucht schwierig oder das Auftreten einer Panikattacke sehr peinlich sein könnte. Hypochondrische Symptome werden im Rahmen der Agoraphobie eingeordnet, da der Patient durch eine ärztliche Diagnose zunächst wieder beruhigt ist und erst beim weiteren Auftreten von agoraphobischen Symptomen erneut beginnt, sich Sorgen zu machen.

Weiterhin erfüllt der Patient die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode. Der Patient beschreibt Interessenverlust und Traurigkeit, Schuldgefühle, innere Unruhe, Schlaf- und Konzentrationsbeschwerden.

### Psychometrische Tests

Gepflegt und freundlich auftretender Patient, der offen und differenziert seine Problematik schilderte. Affektiv voll schwingungsfähig, kognitive Grundfunktionen ungestört. Keine Hinweise auf Suizidalität oder psychotisches Geschehen. Aufgrund des hohen Leidensdrucks besteht eine eindeutige und fundierte Therapiemotivation.

## (4) Somatischer Befund

Der somatische Befund umfasst die kurze Darstellung der relevanten physischen Daten und Befunde hinsichtlich der Diagnose, er umfasst neben körperlichen Krankheiten auch Alkohol- und Drogenkonsum sowie Informationen zur früheren und aktuellen Medikamenteneinnahme.

Der ärztliche Konsiliarbericht wird durch den Hausarzt oder durch einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie angefertigt.

## (5) Verhaltensanalyse

Ziel ist die Beschreibung des Problemverhaltens auf den Ebenen Motorik (Verhalten), Kognition, Emotion und Physiologie sowie der funktionalen Zusammenhänge mit antezedenten Faktoren, Kontingenzen (falls bekannt) und Konsequenzen (positiv, negativ, kurzfristig, langfristig, intern, extern).

**Mikroanalyse.** Die Mikroanalyse erfolgt im Rahmen des SORKC-Modells (s. Abschn. 6.5). Die Darstellung des Modells ist als Fließtext oder als Liste möglich.

## Beispiel

### Fließtext

Im Sinne einer Verhaltensanalyse kann bei dem Patienten folgendes Modell erstellt werden: Als vorausgehende äußere Reizbedingungen lassen sich folgende Situationen erkennen: Anrufe von Freunden, Einladungen, Streitgespräche. Auf der kognitiven Ebene sind realitätsferne, globale verzerrte Denkstrukturen und unrealistische Selbstbewertungen vorhanden (»Ich habe nichts zu sagen«, »Das hat doch eh keinen Wert«, »Die finden mich langweilig«). Emotional lassen sich Gefühle wie Hilflosigkeit, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und Wut erkennen. Körperlich ist eine innere Unruhe, motorische Unruhe und Zittern bzw. Schwitzen zu identifizieren. Das Verhalten des Patienten besteht im sozialen Rückzug und Passivität (spez. soziale Situationen, wie z. B. Einladungen) oder in Wutanfällen und Schreien (bei Streitgesprächen). Dadurch wird zunächst die Angst, es nicht zu schaffen, und das Gefühl der Hilflosigkeit vermieden (C-), längerfristig führt dieses Verhalten zu einem Mangel an reaktionskontingenten Verstärkern und potentiell verstärkenden Ereignissen und Aktivitäten sowie zu einer ungünstigen Attributionsweise und wenig Selbstkompetenz in Bezug auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen (z. B. bei einem Streit). Des Weiteren sind Grübeln und die damit verbundene erlebte innere Leere eine Konsequenz dieses Verhaltens.

### Liste

S ext.	Anrufe von Freunden, Einladungen, Streitgespräche	
O	ängstlicher Patient mit realitätsfernen, global verzerrten Denkstrukturen und unrealistischen Selbstbewertungen, andauernde Schlafprobleme	
R	kognitiv	»Ich habe nichts zu sagen«, »Das hat doch eh keinen Wert«, »Die finden mich langweilig«
	emotional	Hilflosigkeit, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und Wut
	körperlich	innere Unruhe, motorische Unruhe und Zittern bzw. Schwitzen
	Verhalten	sagt, er habe keine Zeit, bzw. er könne an diesem Termin nicht
K	kurzfristig / intern	Reduktion der Angst es nicht zu schaffen ∅
	kurzfristig / intern	Reduktion des Gefühls von Hilflosigkeit ∅
	kurzfristig / extern	Patient hat Zeit für Hausarbeit und Puzzle C+
	langfristig / intern	Mangel an reaktionskontingenten Verstärkern und potentiell verstärkenden Ereignissen und Aktivitäten C-
	langfristig / extern	wenige soziale Kontakte C-
	langfristig / extern	ungünstige Attributionsweise und wenig Selbstkompetenz in Bezug auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen C-
	langfristig / intern	Grübeln und damit verbundene erlebte innere Leere C-

**Makroanalyse.** Die makroanalytische Beschreibung umfasst die Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung (s. Abschn. 6.5.6).

#### Beispiel

Im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells ist davon auszugehen, dass der Patient Dispositionen einbringt, die ihn für eine Angststörung ebenso vulnerabilisieren sowie für eine depressive Erkrankung. Er beschreibt sich als ein ängstliches Kind. In der Familie herrschte große Angst vor körperlichen Erkrankungen, der Patient wuchs überbehütet auf und erlernte wenig flexible Bewältigungsstile in belastenden Situationen. In seiner Beziehungsgestaltung tendiert Herr D. zu einem übermäßig sensiblen Stil. Auslösend für die Entstehung der depressiven Störung war sicherlich die Arbeitslosigkeit und die darauf folgenden Erfahrungen misslungener Versuche, Arbeit zu finden und die subjektiv als Mobbing erlebten Probleme am Arbeitsplatz. In der Selbstwahrnehmung des Patienten hat die kontinuierliche Abfolge dieser sukzessiv als Niederlage erlebten Erfahrungen zu einem Gefühl hilfloser Ohnmacht geführt. Diese führte daraus resultierend zu einer sozialen Isolation. Die Angststörung wurde durch die körperliche Erkrankung (Lungenentzündung) und die damit verbundenen Komplikationen und Unsicherheiten ausgelöst. Damit begann ein ständiges Selbst-Monitoring bezüglich körperlicher Veränderungen und vermeintlicher Symptome. Herr D. ist sich unsicher hinsichtlich seiner körperlichen Funktionstüchtigkeit und bewertet alle negativen Körperempfindungen als Hinweis auf eine drohende körperliche Katastrophe. Anzeichen sind körperliche Unruhe (Herzklopfen, Schwitzen oder Zittern) bzw. Anspannung in Situationen, in denen eine Flucht schwierig sein könnte oder Hilfe nur schwer zu erreichen ist (respondentes Verhalten 1). Diese sind als unangemessene Ängstlichkeit zu identifizieren. Zentral ist dabei der Gedanke, dass er die Kontrolle verlieren oder einen Herzinfarkt erleiden könne und dann sterbe. Im Sinne des von Margraf und Schneider (1990) beschriebenen Teufelskreismodells zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen kommt es hierdurch zu einer Zunahme der körperlichen Angstreaktion (respondentes Verhalten 2), was von dem Patienten wiederum als Bestätigung seiner Angstgefühle interpretiert wird. Die positive Rückkoppelung körperlicher Reaktionen und ihre Bewertung als gefährliche Zustände steigern sich so zu massiven Angstgefühlen. Aufrechterhalten wird die Störung durch das Vermeidungsverhalten des Patienten (operantes Verhalten). Verhaltensanalytisch sind demnach respondente und operante Konditionierungsmuster relevant.

### — (6) Diagnose

Die Diagnose wird aufgrund der klassifikatorischen (s. Abschn. 6.3) und individuellen (Verhaltensanalyse) Diagnostik festgestellt. Mögliche Differentialdiagnosen sind zu diskutieren.

#### Beispiel

Panikstörung mit Agoraphobie ICD 10: F40.01

### — (7) Therapieziele und Prognose

Im Abschnitt »Therapieziele und Prognose« werden übergeordnete Therapieziele i. S. einer Gesamtstrategie, Therapieziele für die einzelnen Behandlungsabschnitte sowie konkrete verhaltensnahe Ziele dargestellt.

Die realistische prognostische Einschätzung (auch unter Einbeziehung von Vorbehandlungen) und die aus dem Verhalten ersichtliche Therapie- und Veränderungsmotivation sind elementar für die Bewilligung der Therapie.