

BERICHT AN DEN GUTACHTER VERHALTENSTHERAPIE LANGZEITANTRAG (aus VDS-Report software)		
	Berichtsgliederung	(Erläuterungen, Beispiele)
1. Relevante soziodemographische Daten		
1.1	aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder	z. B. gelernter Maschinenschlosser, jetzt als Hausmeister tätig, verheiratet, 3 Kinder
2. Symptomatik und psychischer Befund		
2.1	geschilderte Symptomatik mit Schwere und Verlauf	Subjektive Beschwerden : - wörtlich (z.B. "ich habe ständig einen Druck auf der Brust, mir bleibt fast die Luft weg), - möglichst einen repräsentativen Ausschnitt des Syndroms (bei der Diagnose Depression muß hier ein depressives Syndrom, bei der Diagnose Angstneurose ein Angstsyndrom erkennbar sein).
2.2	Auffälligkeiten Kontakt, Interaktion, Erscheinungsbild	Was für ein Mensch begegnet mir da ? (z.B. die sich mühselig ins Zimmer schleppende, erschöpft wirkende 23-jährige berichtet mit vorwurfsvoller Stimme oder : der sich jugendlich-dynamisch gebende, vornehm gekleidete 56-jährige Pat. erzählt mit dünner Stimme ...) Beziehungsanalyse: Verhalten des Patienten im Gespräch, welche Art von Beziehung ergibt sich zwischen Patient und Therapeut (z.B. Eltern-Kind-Schema, Reserviertheit, Mißtrauen, starke Tendenz zu sozialer Erwünschtheit).
2.3	Psychischer Befund	Psychopathologischer Befund (z.B. bei Angstneurose: angstvoll, Pulsrasen, Herzklopfen, kalte, schweißige Hände, Mundtrockenheit, Durchfall, Schwindel. Hier können Sie sich in DSM III vergewissern, ob ihre Diagnose mit Ihrem psychopathologischen Befund übereinstimmt.
2.4	Krankheitsverständnis der Patientin oder des Patienten	z. B. der Patient vermutet immer noch eine organische Ursache seines Drehschwindels
2.5	Ergebnisse psychodiagnost. Testverfahren	Nur wenn sich dadurch eine wichtige Ergänzung für das Fallverständnis ergibt
3. Somatischer Befund/ Konsiliarbericht		
3.1	Somatische Befunde (plus Suchtmittel)	Verweisen Sie auf den Konsiliarbericht, z.B. "Siehe beiliegenden ärztlichen Konsiliarbericht."
3.2	aktuelle psychopharmakol. Medikation	z. B. Cipralext, tägl. 1 x 50 mg
3.3	Psychother., psychosom., psychiatr. Vorbehandlungen	Frühere psychische oder psychosomatische Störungen (z.B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Phobien, "Nervenzusammenbruch", Suizidversuch), deren Anlaß, Intensität, Dauer und Behandlungsdürftigkeit Bisherige psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen. Bisherige psychiatrische und psychotherapeutische Klinikaufenthalte (Wann? Wo? Wie lange? Warum?)
4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte		
4.1	Lebensgeschichte	Kurze Schilderung der familiären Verhältnisse: der Vater (Alter, Beruf, Bildung, wichtigste Eigenschaft, wie war die Beziehung? typische Interaktionsmuster? z.B. der sehr leistungsorientierte Vater nahm durch rüde Übergriffe wie "geh weg, das kannst Du ja doch nicht" das Interesse an aufgabenorientiertem Verhalten). die Mutter (Alter, Beruf, Bildung, wichtigste Eigenschaft, wie war die Beziehung? typische Interaktionsmuster? (z.B. die sehr ängstliche Mutter verhinderte exploratives Verhalten) Entwicklung des Sozialverhaltens (was für ein Kind war der Patient, wie reagierte er auf andere, wie andere auf ihn?) Entwicklung des Umgangs mit Emotionen (z.B. in traurig machenden Situationen eher gereizt-agressiv) Besondere Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und/oder der familiären Situation (Schwellensituation): Scheidung der Eltern, Übergang zu Oberschule nicht geschafft etc.

4.2	Krankheitsgeschichte	Was waren die symptomauslösenden Bedingungen der jetzigen Lebenssituation ? Entwicklung der jetzigen Störung: Wann genau traten die Symptome erstmals auf ? Welche Symptome waren beim erstmaligen Auftreten der Störung vorhanden, welche Symptome kamen hinzu, bzw. wie veränderte sich die Symptomatik (z.B. traten anfangs nur nächtliche Herzattacken auf, später kamen agrophobische Symptome oder Schwäche- und Schwindelzustände oder depressive Verstimmungen hinzu)?
4.3	Funktionales Bedingungsmodell (VT)	a) Derjenige Aspekt, der globalen Lebenssituation S, der zur Auslösung führte (z.B. der Aufstieg zum Abteilungsleiter führte zum Verlust des bisher Anerkennenden Vorgesetzten: Verstärkerverlust) b) derjenige Aspekt der Person O (Werthaltungen, Grundüberzeugungen, Oberpläne, lerngeschichtlich erworbene Überlebensstrategien), der dazu führte, daß der Patient nicht anders als mit symptomatischem Verhalten reagieren konnte. Berücksichtigung der zeitl. Entwicklung der Symptomatik R nach dem Auftreten der Problemsituation S (z.B. ein halbes Jahr nach der Entlassung). Darstellung der psychosozialen Zusammenhänge : Wie ist erklärbar, daß genau diese Person in genau dieser Lebenssituation das auftretende Problem bzw. den Konflikt nur durch Symptombildung beantworten konnte (als seinen bestmöglichen Lösungsversuch) ? Beispiel : Der stets auf Anerkennung durch den Vorgesetzten bedachte Patient würde dessen Zuwendung verlieren, wenn er mit ihm in Konkurrenz tritt. a) Funktionsanalyse (instrumentelle Funktion der Symptome = Konsequenzen K) : Der Zweck, der über die Symptome erreicht werden soll (z.B. die nächtlichen Herzangstattacken verhindern weitere Trennungsschritte in der Partnerschaft)
5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung		
5.1	ICD10Diagnose/n mit Diagnosesicherheit	Mit der Symptombeschreibung übereinstimmende klinische Diagnose(n) die mit dem delegierenden Arzt abgestimmt sein soll (z.B. soziale Phobie (DSMIII-R 300.23) sekundäre depressive Verstimmung).
5.2	Differenzialdiagnostische Angaben falls erforderlich	Differentialdiagnostische Abgrenzung (z.B. wurde denn auch an eine endogene Depression gedacht, an einen praepsychotischen Zustand, an Alkoholismus?)
6. Behandlungsplan und Prognose		
6.1	Beschreibung der Therapieziele	Gesamtziel (z. B. Der Patient soll lernen, seine Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und zu äußern. Formulierung der Therapieziele. Welches Verhalten soll in welche Richtung verändert werden, um was zu erreichen? Wie hoch soll das Ziel gesteckt werden?
6.2	Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan	Hier soll dargelegt werden, wie die Therapieziele erreicht werden sollen. Gesamtstrategie (was soll mit dem Pat. wozu gemacht werden, z. B. Training sozialer Kompetenz und Kommunikation, um die erheblichen Defizit im Sozialverhalten zu beheben). Die wichtigsten Interventionen, was sollen diese beim Patienten bzw. in dessen Leben ändern?
6.3	Begründung des Settings	Angaben zu Gesamtzahl der Stunden, Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (z.B. 50 Minuten). Falls Doppelstunden geplant sind, sollten diese beantragt werden. Begründung der Gruppenbehandlung (soziales Kompetenztraining bringt in der Gruppentherapie allein schon durch den Gruppenprozeß hilfreiche soziale Erfahrungen).
6.4	Kooperation mit anderen Berufsgruppen	z. B. regelmäßige Rücksprache mit dem Hausarzt und dem ambulanten Pflegedienst

6.5	Prognose unter Berücksichtigung von Motivation	Prognose: prognostisch günstig sind (z.B. der stabile berufliche Bereich, Fähigkeit zur Aufrechterhaltung von Beziehungen) Prognose: prognostisch ungünstig ist (z.B. noch nie eine Beziehung außerhalb der Primärfamilie aufgenommen)
7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag		
7.1	Bisheriger Behandlungsverlauf	Nur bei Umwandlungsanträgen: Schildern Sie den bisherigen Therapieverlauf
7.2	Begründung der Notwendigkeit der Umwandlung	Nur bei Umwandlungsanträgen: Bitte geben Sie kurz an, wie weit Sie bezgl. der bisher verfolgten Therapieziele jeweils Änderungen erreichen konnten.
7.3	Weitere Ergebnisse psychodiagn. Testverfahren	z. B. Rückgang BDI-II von 36 auf 21, VDS90-Gesamtwert Rückgang von 110 auf 78



Das Handbuch „Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption“ zum Anfertigen der Verhaltensanalyse, der Zielanalyse und des Therapieplans sowie zum Schreiben der Falldokumentation, sei es als Bericht an den Gutachter oder in der Ausbildung. Von der Erstuntersuchung, der Befunderhebung, der Anamnese, der Verhaltensbeobachtung, die Diagnosestellung über Verhaltens-, Zielanalyse und Therapieplanung findet sich alles Benötigte. Mit ausführlichen Beispiel-Falldokumentationen und anschaulichen Störungsmodellen etc.

Sie können es sich leichter machen und viel Zeit gewinnen!

Durch unser Antragstellungs-Programm VDS-Report. VDS-Report ist ein Verhaltens-Diagnostik-System, das Psychotherapeuten die tägliche Arbeit in einer psychologischen Praxis erleichtern soll. Tausende Psychotherapeuten sind heute Anwender und sparen viele Stunden kostbarer Zeit bei konstant guter Qualität ihrer Berichte an den Gutachter.

1. (zu S) Die Pat. sollte wieder in der Lage sein, auch ohne Mann und Kinder Unternehmungen zu starten und diese zu genießen.

2. (zu O) Sie sollte entgegen ihrer alten Überlebensregel die Erfahrung machen, daß sie, wenn es sein müßte, auch allein in der Welt zurecht käme.

3. (zum Symptom) Weiteres Ziel ist die Reduktion der Panikzustände in Intensität und Häufigkeit.

4. (zu R) Die Patientin sollte die bisher vermiedenen Situationen wieder allein aufsuchen können und trotz auftretender Angst dort bleiben können.

5. (zu K) Sie sollte durch Aufsuchen von Angstsituationen die Löschung der Angstreaktion z.B. im Kaufhaus ermöglichen.

Gesamtziel (z. B. Der Patient soll lernen, seine Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und zu äußern. Formulierung der Therapieziele. Welches Verhalten soll in welche Richtung verändert werden, um was zu erreichen?)