

# Fragebogen zur Antragstellung und Falldokumentationsleitfaden VDS6a-VT

Serge K. D. Sulz

Es ist leicht, einen guten Antrag zu schreiben, wenn Sie einfach die folgenden Fragen in 1 – 3 Sätzen beantworten. Wenn Sie dem Patienten zuvor meinen Anamnesefragebogen VDS1 zum Ausfüllen gegeben haben, können Sie diesen links danebenlegen und – da er die völlig identische Gliederung hat – die jeweiligen Informationen entnehmen. Der zusammengefügte Text ist dann schon Ihr fertiger Antrag. Natürlich müssen Sie nicht zu allen Punkten Stellung nehmen, wenn es für den individuellen Fall nicht relevant ist. Versuchen Sie für den Bericht an die GutachterIn den Umfang Ihrer Ausführungen auf 2 Seiten zu beschränken, für die Falldokumentation in der Aus- oder Weiterbildung auf 4 Seiten. Für den Prüfungsfall in der Ausbildung haben Sie institutsinterne weitergehende Vorgaben, die hier nicht berücksichtigt werden.

1.1 **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...

.....  
.....

UND **soziodemographische Angaben**: Beruf, Arbeitgeber, Branche, Ehestand, Zahl der Kinder, Wohnort-Größe, Art der Wohnung)

.....  
.....

## 2. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik (**Beschwerdeschilderung**):

2.1.1 **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).

.....  
.....  
.....

2.1.2 Die gegenwärtige Lebenssituation, die zum **Auslöser der jetzigen Beschwerden** wurde, in einem Satz erwähnen (z.B. seit der Trennung von seiner Frau vor 6 Monaten).

.....

2.1.3 Warum sucht der Pat. **gerade jetzt Behandlung** und nicht schon als die Beschwerden z.B. vor 6 Monaten losgingen?

.....

2.1.4 **Durch wen** wurde der Pat. veranlasst zu kommen (z.B. Arzt, Angehörige)?

.....

2.2.1 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).

.....  
.....

2.2.2 Emotionale **Einstellung und Gefühle des Therapeuten** in der Beziehung (z.B. tritt starkes Bedürfnis zu helfen auf oder Gefühl, sich abgrenzen zu müssen).

.....  
.....

2.3.1 **Intellektuelle** Leistungsfähigkeit (unter-, bzw. überdurchschnittlich intelligent falls IQ unter 90 oder über 110) und Leistungsorientierung, berufl. Erfolg, zentrale Bedürfnisse (Verstärker), zentrale Ängste (Vermeidung), Umgang mit Wut

.....

2.3.2 Beschreibung der **Persönlichkeitsmerkmale** (z.B.: der für seine berufliche Sozialisation erstaunlich differenzierte und geistig bewegliche Fabrikarbeiter oder: der durch sein rigides Festhalten an Ordnungsprinzipien für sein Intelligenzniveau recht unflexible Jurist)

.....

2.3.3 Typologische **Einordnung der Persönlichkeit** (z.B. an ICD-10 orientiert: selbstunsicher, dependent, passiv-aggressiv, zwanghaft, narzisstisch, histrionisch, antisozial, Borderline, schizoid). Vergeben Sie nur dann eine ICD-10-Nr. wenn eine Störung der Persönlichkeit (entsprechend VDS30-Persönlichkeitsstörungen-Interview) vorliegt.

.....

2.3.4 Schemaanalyse: Die dysfunktionale **Überlebensregel**:

Nur wenn ich immer ..... (entsprechend der dysfunktionalen Persönlichkeit handle)

Und wenn ich niemals .....

(Ärger zeigen, entgegen der dysfunktionalen Persönlichkeit handle)

Bewahre ich mir ..... (zentrales Bedürfnis)

Und verhindere, dass ..... (zentrale Angst)

2.4 **Psychopathologischer Befund** (z.B. bei Angstneurose: angstvoll, Pulsrasen, Herzklopfen, kalte, schweißige Hände, Mundtrockenheit, Durchfall, Schwindel Hier können Sie sich in ICD-10 vergewissern, ob ihre Diagnose mit Ihrem psychopathologischen Befund übereinstimmt.

.....

.....

2.5 Krankheitsverständnis des Patienten

.....

2.6 **Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren** (z. B. VDS30 Persönlichkeit, VDS90-Psychischer Befund, VDS35 Impact der Überlebensregel, BDI 2, störungsspezifische Tests)

**3. Somatischer Befund:** Ärztlichen Konsiliarbericht beilegen!

3.1 psychopharmakologische Medikation

3.2 Suchtmittel

## 4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte und Analyse der Bedingungen der Erkrankung

4.1 **Anamnese: Lebensgeschichtliche Entwicklung des Patienten und Krankheitsanamnese**

4.1.1 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 Aufgaben orientiertem Verhalten).

.....

.....

4.12 **Die Mutter** (Alter, Beruf, Bildung, wichtigste Eigenschaft, wie war die Beziehung? typische Interaktionsmuster? (z.B. die sehr ängstliche Mutter verhinderte exploratives Verhalten)

.....

.....

4.13 **Die Geschwister** (wie viel älter/jünger, wichtigste Eigenschaft, wie war die Beziehung? typische Interaktionsmuster?)

.....

.....

4.14 Waren **weitere Bezugspersonen** wichtig (z.B. Großeltern, Kindermädchen)?

.....  
.....

4.15 Entwicklung des **Sozialverhaltens** (wie reagierte er auf andere, wie andere auf ihn?)

.....  
.....

4.16 Welche **Rolle** nahm er **in** sozialen **Gemeinschaften**(Gruppen) ein (z.B. Außenseiter, Mitläufer, Führer)?

.....  
.....

4.17 Entwicklung des **Leistungsverhaltens** (Schule, Beruf, z.B. bei wohlwollenden Lehrern/Vorgesetzten sehr gute Leistungen, bei kritischen Lehrern große Leistungseinbrüche)

.....  
.....

4.18 Entwicklung des **Umgangs mit Emotionen** (z.B. in traurig machenden Situationen eher gereizt-aggressiv)

.....  
.....

4.19 **Sexuelle Entwicklung** (evtl. Schuldgefühle, Ängste, Funktionsstörungen, Homosexualität, Genussfähigkeit)

.....  
.....

4.1.10 Welche Position nahm er **in Zweierbeziehungen** ein (z.B. in der Ehe angepasst-submissiv)? Wie verändert sich das, wenn ein Dritter hinzukommt (z. B. wird dann rebellisch)?

.....  
.....

4.1.11 **Körperliche** Entwicklung (z.B. kleinwüchsig, Stigma, Behinderung, Minderwertigkeitsgefühle wegen eines Körperbereichs)

.....  
.....

4.1.12 Wesentliche körperliche **Erkrankungen** in Vergangenheit und Gegenwart (z.B. 1982 Magenoperation, seit 1984 Diabetes und Bluthochdruck).

.....  
.....

4.1.13 Besondere **Belastungen** und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und/oder der familiären Situation (Schwellensituation): Scheidung der Eltern, Übergang zu Oberschule nicht geschafft etc.

.....  
.....

4.1.14 **Kinderängste** und **-neurosen**, z.B. Nachtangst, Bettnässer, Nägelkauen, Stehlen).

.....  
.....

4.1.15 **Frühere psychische** oder psychosomatische **Störungen** (z.B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Phobien, „Nervenzusammenbruch“, Suizidversuch), deren Anlass, Intensität, Dauer und Behandlungsbedürftigkeit.

.....  
.....

4.1.16 Bisherige **ambulante psychiatrische** und psychotherapeutische Behandlungen.

.....  
.....  
4.1.17 Bisherige psychiatrische und psychotherapeutische **Klinikaufenthalte** (Wann? Wo? Wie lange? Warum?).

.....  
.....  
4.1.18 Jetzige Lebenssituation: **berufliche** Situation

.....  
.....  
4.1.19 **Ehe/Partnerschaft** (Beschreibung des/der (Ehe-)PartnerIn mit Alter, Beruf, Bildung, wichtigste Eigenschaften, wie ist die Beziehung? typische Interaktionsmuster)

.....  
.....  
4.1.20 **Familie** (was daran ist belastend, was stützend)

.....  
.....  
4.1.21 Wie verlief das **Leben kurz vor** der jetzigen Erkrankung?

.....  
.....  
4.1.22 Welche größeren **Veränderungen** traten **in den letzten 2 Jahren** auf?

.....  
.....  
4.1.23 Welche **Positiva, Ressourcen** enthält die jetzige Lebensführung?

.....  
.....  
4.1.24 Falls die Erkrankung schon länger andauert, welche Veränderungen oder Umstände führten dazu, dass **gerade jetzt die Therapie** aufgenommen wird?

.....  
.....  
4.1.25 Was waren die **symptomauslösenden** Bedingungen der jetzigen Lebenssituation?

.....  
.....  
4.1.26 Entwicklung der jetzigen Störung: **Wann** genau traten d. Symptome **erstmal**s auf?

## 4.2.1. Verhaltens- und Bedingungsanalyse

Verhaltensanalyse (Mikroebene):

### Die Reaktionskette von der Situation zum Symptom

Situation S: .....

.....  
4.2.1.1 Primäre Emotion (oft Wut, Zorn)

.....  
4.2.1.2 Primärer Handlungsentwurf (oft „sich wehren“)

.....  
4.2.1.3 Antizipation der Folgen (Vorhersage der Überlebensregel: z. B. Liebesverlust)

.....  
4.2.1.4 Sekundäre Emotion (z.B. Angst, Schuldgefühl, Ohnmacht, Scham)

.....  
4.2.1.5 Körper/Physiologie (z. B. angespannt oder kraftlos):

.....  
4.2.1.6 **Vermeidendes Verhalten** (z. B. verstummen, nachgeben, zurückziehen)  
.....

4.2.1.7 **Symptombildung** (z. B. Depression, Phobie, Zwang, Bulimie)  
.....

**4.2.1.8 Konsequenz C:** Was ist die kurzfristige (überwiegend negativ verstärkende) Folge? Was wird mit Hilfe des Symptoms vermieden?  
.....

4.2.1.9 Bedingungsanalyse (**Makroebene**):

a) Derjenige Aspekt, der globalen **Lebenssituation S**, der **zur Auslösung führte** (z.B. der Aufstieg zum Abteilungsleiter führte zum Verlust des bisher Anerkennung gebenden Vorgesetzten: Verstärkerverlust)  
.....

b) derjenige Aspekt der **Person O** (lerngeschichtlich erworbene Überlebensregel), der dazu führte, dass der Patient nicht anders als mit symptomatischem Verhalten reagieren konnte: .....

**Überlebensregel:** Nur wenn ich immer .....  
und wenn ich niemals .....  
bewahre ich mir .....  
und verhindere, dass .....

4.2.1.10 Berücksichtigung der **zeitl. Entwicklung der Symptomatik R nach** dem Auftreten der Problemsituation S (z.B. ein halbes Jahr nach Eintritt der Arbeitslosigkeit oder 3 Monate nach der Scheidung traten als Symptome Panikattacken und Agoraphobie auf).  
.....

4.2.1.11 Darstellung der psychosozialen Zusammenhänge und der daraus erkenntlichen **verstärkenden Konsequenzen C** (z.B. kann die Folge einer Agoraphobie sein, da durch sie dem Wunsch nach Beendigung der Partnerschaft nicht mehr gefolgt werden kann. Positive Konsequenz ist dann das Bewahren der Schutz gebenden Beziehung. Negative Verstärkung ist die Vermeidung von Alleinsein und Schutzlosigkeit).  
.....

4.2.1.12 **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).  
.....  
.....  
.....

Zusammenfassend lässt sich demnach folgendes **SORKC-Schema** erstellen:

**S :** .....  
(siehe oben 4.2.1.8) .....  
**O :** .....  
(siehe oben 4.2.1.8) .....  
**R :** .....  
(siehe oben 4.2.1.1-4.2.1.7) .....  
**C :** .....  
(siehe oben 4.2.1.11) .....

4.2.1.13 Beschreibung von **Verhaltensaktiva und Ressourcen**

(z.B.: die Pat. besucht weiterhin regelmäßig Oper, Theater und Lesekreis)  
.....  
.....

4.2.1.14 Bereits entwickelte **Selbsthilfemöglichkeiten**

(z.B.: die Pat. hat ihren alten Freundeskreis reaktiviert) und Bewältigungsfähigkeiten

4.2.1.15 Wird die Symptomatik des Patienten **durch** pathogene Interaktionsprozesse mit der **Umwelt aufrecht erhalten** (z.B.: der Ehemann kann durch die submissive Anpassung der Pat. seine großen Bedürfnisse nach Anerkennung leichter befriedigen)?

## 5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:

5.1 Mit der Symptombeschreibung übereinstimmende **klinische Diagnose(n)** (z.B. F40.1 Agoraphobie mit Panikattacken)

5.2 **Persönlichkeitstypus** (z.B. bei selbstunsicherer Persönlichkeit –ICD-10-Nr. nur hinzufügen, wenn die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sind – entsprechend VDS30-Interview)

5.3 Ergebnis der Verhaltensanalyse (**auslösende soziale Situation**) mit einbeziehen z.B. „nach Tod des Ehemannes“.

5.4 **Differentialdiagnostische** Abgrenzung (z.B. wurde denn auch an eine endogene Depression gedacht, an einen präpsychotischen Zustand, an Alkoholismus?)

## 6.1 Therapieziele:

6.1.1 Formulierung der **Therapieziele** (evtl. durchnummeriert 1. 2.)

Welches Verhalten soll in welche Richtung verändert werden, um was zu erreichen? Wie hoch soll das Ziel gesteckt werden?

6.1.2 Erwartungen des Patienten an die geplante Behandlung

## 6.2 Behandlungsplan

6.2.1 Hier soll dargelegt werden, wie die Therapieziele erreicht werden sollen. Punktweise Zuordnung ist hilfreich. Insbesondere muss angegeben werden, wozu die geplante Therapieintervention bei genau diesem Patienten dient (z.B. Soziales Rollenspiel soll ihm die Fähigkeit geben, sich mit seiner Frau verbal auseinanderzusetzen)

**Zu Ziel 1...**

**Zu Ziel 2:**

**Zu Ziel 3: etc.**

6.2.2 **Zeitliche Planung**, Reihenfolge der Maßnahmen:

6.2.3 Angaben zu **Gesamtzahl der Stunden**, Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (z.B. 50 Minuten). Falls Doppelstunden geplant sind, sollten diese beantragt werden.

6.2.4 **Begründung des Settings** (z. B. Einzel- und Gruppenbehandlung; soziales Kompetenztraining bringt in der Gruppentherapie allein schon durch den Gruppenprozess hilfreiche soziale Erfahrungen).

6.2.5 Kooperation mit anderen Berufsgruppen

### 6.3 Prognose

6.3.1 Prognose: **Prognostisch günstig** sind ... (z.B. der stabile berufliche Bereich, Fähigkeit zur Aufrechterhaltung von Beziehungen).

6.3.2 **Prognostisch ungünstig** ist... (z.B. noch nie eine Beziehung außerhalb der Primärfamilie aufgenommen).

6.3.3 **Motivationsanalyse:** Innere und äußere Beweggründe des Pat. für die Therapie (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes droht; wieder eine gerade begonnene Partnerschaft aus den stets gleichen Gründen gescheitert).

6.3.4 Gegebenenfalls Einschätzung der **Mitarbeit der Beziehungspersonen**, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit (z.B. der ehrgeizige Ehemann bezieht sämtliche Gratifikationen aus dem Beruf. Er wird gegen die Veränderungen Widerstand leisten)

## 7. Begründung einer **Umwandlung** von Kurzzeittherapie in Langzeittherapie.

### 7.1 Bisherige Ziele und Interventionen

7.2 Welches sind die **Gründe für die** Änderung der Indikation und **Umwandlung** in Langzeittherapie (z.B. bei unsicherer Compliance, bei zunächst fraglicher Umstellungsfähigkeit, bei sich ergebenden massiveren neurotischen Fehlhaltungen etc.).

7.3 **Welchen Verlauf** hatte die **bisherige** Therapie? (hier kann je nach Begründung (b) sowohl eine zuverlässigere Mitarbeit bei Symptomreduktion als auch eine langsamere Symptomreduktion als erwartet angegeben werden).

Vielleicht konnte Ihnen dieser Fragebogen helfen, den Antrag mit weniger Frust und weniger Zeit zu schreiben. Für Ihre Rückmeldung wäre ich Ihnen dankbar:

Tel. 089-13926031 oder E-Mail: [info@cip-medien.com](mailto:info@cip-medien.com)

Ihr Serge K.D. Sulz