

# Leitfaden für den VT-Bericht an den Gutachter

**Daniel Surall**  
**Oliver Kunz**

Psychotherapie-Anträge  
erfolgreich erstellen

## **Leitfaden für den VT-Bericht an den Gutachter**



Daniel Surall  
Oliver Kunz

# Leitfaden für den VT-Bericht an den Gutachter

Psychotherapie-Anträge erfolgreich erstellen



**Dr. rer. med. Daniel Surall**, geb. 1970. 1992–1997 Studium der Psychologie in Bochum. 1997–2001 Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie) am Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum. 1999–2002 Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. 2002–2012 Leitende Tätigkeit an der Universitätsklinik Leipzig und am Diakoniekrankenhaus Rotenburg. Seit 2012 niedergelassen in eigener Praxis in Gelsenkirchen. Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter an verschiedenen Ausbildungsinstituten. Bestellung als Prüfer gemäß PsychTh-APrV für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Tätigkeit als Gutachter für die kassenärztliche Bundesvereinigung und Beihilfe.

**Dipl.-Psych. Oliver Kunz**, geb. 1969. 1991–1998 Studium der Psychologie in Bochum. 2002–2007 Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie). 1998–2012 Tätigkeit als Psychologischer Psychotherapeut in verschiedenen Kliniken. Seit 2012 niedergelassen in eigener Praxis in Mülheim an der Ruhr. Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter an verschiedenen Ausbildungsinstituten.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
verlag@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Satz: Matthias Lenke, Weimar  
mediaprint solutions GmbH, Paderborn  
Format: PDF  
1. Auflage 2019  
© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2947-2; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2947-3)  
ISBN 978-3-8017-2947-9  
<http://doi.org/10.1026/02947-000>

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

### **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Vorwort

Wir (Daniel Surall und Oliver Kunz) sind seit vielen Jahren als Dozenten, Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter bundesweit in verschiedenen staatlich anerkannten Ausbildungszentren tätig. Dieses Buch entstand, nachdem ich (Daniel Surall) als Supervisor eine längere Pause eingelegt hatte und nun wieder vermehrt Supervisionen übernahm. Nach einer kurzen Zeit wuchs die Anzahl meiner Supervisanden und damit auch die Zahl der Berichte an den Gutachter, die ich zu korrigieren und durch meine Unterschrift zu verantworten hatte. Da sich viele Kommentare und Verbesserungsvorschläge zu den Berichten mit der Zeit wiederholten, habe ich begonnen, die Rückmeldung zu den Berichten meiner Supervisanden zu sammeln, woraus mit der Zeit ein loses Kompendium aus Vorschlägen und Beispielen zur Berichtsgestaltung entstand. Verständlicherweise fehlen zu Beginn der therapeutischen Tätigkeit vielen Ausbildungsteilnehmern<sup>1</sup> auch Kenntnisse über die Grundlagen der Psychotherapie im Rahmen des kassenärztlichen Systems, so dass gemeinsam mit Oliver Kunz die Idee entstand, eine umfassendere Einführung zu schreiben.

Aus eigener Erfahrung und auch von vielen Kollegen wissen wir, dass die Berichtserstellung an den Gutachter zu den eher „unbeliebten Aufgaben“ eines niedergelassenen Psychotherapeuten gehört. Wir wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Gutachter bestellt und sind nun auch aus dieser Perspektive mit den Berichten an den Gutachter konfrontiert. Hier haben wir bemerkt, dass selbst für erfahrene Kollegen das Verfassen von Berichten an den Gutachter teils mit Unsicherheiten behaftet ist. Obwohl das vorliegende Buch aus unserer supervisorischen Tätigkeit erwachsen ist, denken wir daher, dass eine strukturierte Anleitung zur Berichtserstellung auch für schon länger niedergelassene Kollegen hilfreich sein kann.

Das Buch beginnt mit einer Einführung in die Psychotherapie-Richtlinie bzw. Psychotherapie-Vereinbarung und die darin enthaltenen Leistungen (vgl. Kapitel 1). Neben der Beschreibung der einzelnen Leistungen werden praktische Informationen zum Ablauf des Beantragungsprozesses gegeben.

---

1 Um den Lesefluss zu erleichtern, wird im Folgenden die männliche Version verwendet. Damit sind beide Geschlechter gleichermaßen gemeint. Gleiches gilt auch für andere Bezeichnungen, z. B. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Es folgt dann ein Kapitel mit grundlegenden Anmerkungen zur formalen und inhaltlichen Gestaltung des Berichts an den Gutachter (vgl. Kapitel 2). Die weiteren Kapitel entsprechen den Oberpunkten des PTV 3-Leitfadens zur Berichtserstellung (vgl. Kapitel 3 bis Kapitel 9). Zu jedem Gliederungspunkt wird eine kurze Einführung gegeben und es werden darüber hinaus Vorschläge zur konkreten Darstellung der jeweils geforderten Inhalte gemacht. Selbstverständlich sind diese Vorschläge nicht verbindlich und es wird sicherlich auch andere Möglichkeiten einer angemessenen Darstellung geben. Das Buch endet mit einem Kapitel zur Frage: „Was tun bei Ablehnung oder Kürzung“ (des Antrages) (vgl. Kapitel 10).

An einigen Stellen haben wir es für sinnvoll gehalten, etwas mehr in die Tiefe zu gehen und Grundlagen zu vermitteln. Dies betrifft beispielsweise den Abschnitt über den psychischen Befund, da sich aus unserer Erfahrung gezeigt hat, dass viele Psychotherapeuten mit dem AMDP-System (AMDP, 2018) wenig vertraut sind. Ein weiteres Beispiel hierfür ist der Abschnitt zur Verhaltensanalyse. Unsere Feststellung war es, dass, vermutlich infolge der zunehmend manualisierten Verhaltenstherapie, der Sinn und Zweck einer Verhaltensanalyse im Therapieplanungsprozess oft nicht mehr ausreichend zur Kenntnis genommen wird.

Durch die einzelnen Kapitel zur Berichtserstellung ziehen sich vier Fallbeispiele von Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern, die jeweils die Darstellung der entsprechenden Informationen verdeutlichen sollen. Jeweils zwei Beispielberichte sind als Erstantrag bzw. Umwandlungsantrag verfasst. Anhand der beiden Erstanträge wird auch das Vorgehen bei einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie erläutert. Die gesamten Berichte an den Gutachter der vier Beispielpatienten sind zusammenhängend im Anhang dieses Buches enthalten (vgl. S. 138 bis S. 153). Dort finden sich auch zehn Behandlungspläne für Störungen aus dem Erwachsenenbereich, die zur Orientierung bei der Therapieplanung dienen sollen (vgl. S. 162 bis S. 173).

Die Inhalte von Berichten bei Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich an einigen Stellen von denen für erwachsene Patienten. Dies ist insbesondere der Tatsache geschuldet, dass neben dem Patienten auch die relevanten Bezugspersonen u. a. im Prozess der Informationsgewinnung und Therapieplanung eine Rolle spielen bzw. spielen können. Auf die Besonderheiten bei der Berichtserstellung für Kinder und Jugendliche wird im vorliegenden Buch daher an den relevanten Stellen eingegangen. Darüber hinaus finden sich im Anhang des Buches zwei Beispielberichte für Kinder und Jugendliche, auf die im Text gelegentlich Bezug genommen wird (vgl. S. 154 bis S. 161). Ebenfalls im Anhang des Buches enthalten sind neun Behandlungspläne für typische Störungen des Kindes- und Jugendalters (vgl. S. 174 bis S. 184).

Weiterhin im Anhang enthalten sind das Berner Inventar für Therapieziele (vgl. S. 185ff.) sowie ein Muster des AMDP-Befundbogens (vgl. S. 190ff.) und ein Muster des PTV 3-Leitfadens (vgl. S. 194), die als Arbeitshilfen für die jeweiligen Glie-



derungspunkte gedacht sind. Schließlich wird der Anhang noch durch eine Gegenüberstellung der Veränderungen vom alten Leitfaden (VT3a) zum neuen Leitfaden (PTV3) abgerundet (vgl. S. 195ff.).

Ausdrücklich bedanken wollen wir uns bei Vera Surall, die uns als angehende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bei der Erstellung der Behandlungspläne und Fallberichte für Kinder und Jugendliche unterstützt hat. Ebenfalls gilt unser Dank vielen unserer Supervisanden, die in den einzelnen Phasen dieses Buches hilfreiche Rückmeldungen gegeben haben.

Gelsenkirchen und Mülheim an der Ruhr, Herbst 2018

Daniel Surall und Oliver Kunz



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einführung Psychotherapie-Richtlinie</b> .....	<b>15</b>
1.1	Probatorische Sitzungen (EBM 35150) .....	16
1.2	Telefonische Erreichbarkeit .....	17
1.3	Psychotherapeutische Sprechstunde (EBM 35151) .....	17
1.4	Akutbehandlung (EBM 35152) .....	18
1.5	Rezidivprophylaxe .....	19
1.6	Kurzzeittherapie (EBM KZT 1: 35421 und KZT 2: 35422) .....	19
1.7	Gruppentherapie (EBM KZT: 3554x und LZT: 3555x) .....	20
1.8	Zusammenfassung der Antragsschritte, Gutachterpflicht .....	21
<b>2</b>	<b>Einführung Bericht an den Gutachter</b> .....	<b>23</b>
2.1	Der neue Bericht an die Gutachterin bzw. den Gutachter (PTV 3) .....	23
2.2	Grundsätzliche Anmerkungen .....	23
<b>3</b>	<b>Relevante soziodemografische Daten</b> .....	<b>26</b>
3.1	Angaben für erwachsene Patienten .....	26
3.2	Angaben für Kinder und Jugendliche .....	27
<b>4</b>	<b>Symptomatik und psychischer Befund</b> .....	<b>28</b>
4.1	Von dem Patienten geschilderte Symptomatik mit Angaben zu Schwere und Verlauf .....	28
4.1.1	Darstellung der geschilderten Symptomatik .....	28
4.1.2	Darstellung der geschilderten Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen .....	30
4.1.3	Wie soll geschildert werden? .....	30
4.1.3.1	Symptombeschreibung nach Diagnosekriterien .....	31
4.1.3.2	Angaben zum Verlauf .....	39
4.1.3.3	Darstellung von Verlaufsinformationen .....	40
4.1.3.4	Angaben zur Schwere .....	41
4.1.3.5	Darstellung von Informationen zum Schweregrad .....	43
4.1.3.6	Mehrere Diagnosen und Problembereiche .....	44

4.1.3.7	Darstellung bei mehreren komorbiden Störungen .....	45
4.1.3.8	Zusammenfassendes Beispiel .....	45
4.2	Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme, der Interaktion und bezüglich des Erscheinungsbildes .....	47
4.3	Psychischer Befund .....	49
4.3.1	Das AMDP System .....	49
4.3.2	Vereinfachte Darstellung des psychischen Befundes nach dem AMDP-System .....	50
4.3.3	Darstellung des psychischen Befundes .....	52
4.3.4	Korrespondenz zwischen psychischem Befund und Symptom- beschreibung .....	52
4.3.5	Seltene psychopathologische Merkmale .....	52
4.3.6	Häufigere psychopathologische Merkmale .....	53
4.4	Krankheitsverständnis des Patienten .....	56
4.4.1	Darstellung des Krankheitsverständnisses .....	56
4.4.2	Grundsätzliche Bemerkung zum Begriff Bezugspersonen .....	56
4.4.3	Krankheitsverständnis der relevanten Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen .....	57
4.4.4	Darstellung des Krankheitsverständnisses der relevanten Bezugspersonen .....	58
4.5	Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren .....	58
4.5.1	Darstellung von psychodiagnostischen Testverfahren .....	59
<b>5</b>	<b>Somatische Befunde und Konsiliarbericht .....</b>	<b>60</b>
5.1	Somatische Befunde .....	60
5.2	Suchtmittelkonsum .....	61
5.3	Aktuelle psychopharmakologische Medikation .....	62
5.4	Psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychiatrische Vorbehandlungen .....	62
5.5	Berichte vorausgegangener psychotherapeutischer, psychosomatischer und psychiatrischer Behandlungen .....	63
<b>6</b>	<b>Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte/ funktionales Bedingungsmodell .....</b>	<b>65</b>
6.1	Grundsätzliche Vorbemerkungen .....	65
6.2	Was soll beschrieben werden? .....	66
6.3	Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte und Prädispositionen, Auslöser, aufrechterhaltende Bedingungen .....	66
6.3.1	Prädispositionen .....	66
6.3.2	Darstellung der Prädispositionen .....	69
6.3.2.1	Die Wahl des angemessenen Abstraktionsniveaus .....	69
6.3.2.2	Verknüpfungen zwischen Erfahrungen und Folgen .....	71

6.3.3	Auslösende Bedingungen .....	73
6.3.3.1	Traumata und belastende Lebensereignisse als Auslöser .....	73
6.3.3.2	Kumulation von Belastungen als Auslöser .....	74
6.3.3.3	Aktualisierung einer Störung durch gegenwärtige Lebens- bedingungen .....	74
6.3.4	Aufrechterhaltende Bedingungen .....	75
6.4	Verhaltensanalyse .....	80
6.4.1	Das S-O-R-K-C-Modell .....	80
6.4.2	Drei Ebenen (Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen) .....	81
6.4.3	Die auslösende Situation (S-Variable) .....	81
6.4.4	Die Organismus-Variable (O-Variable) .....	82
6.4.5	Die Reaktion (R-Variable) .....	83
6.4.6	Die Kontingenz (K-Variable) .....	83
6.4.7	Die Konsequenz (C-Variable) .....	84
6.4.8	Verstärkung und Verstärker .....	84
6.4.9	Varianten der Verhaltensanalyse .....	85
6.4.10	Verhaltensanalyse: Abstraktion über verschiedene Situationen .....	86
6.4.11	Individualisierung versus allgemeine Prinzipien .....	86
6.4.12	Beispiel Panikstörung mit Agoraphobie .....	87
6.4.13	Beispiel Depression .....	89
<b>7</b>	<b>Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung .....</b>	<b>93</b>
7.1	Persönlichkeitsstörungen als Diagnose .....	94
7.2	Differenzialdiagnostische Angaben .....	95
<b>8</b>	<b>Behandlungsplan und Prognose .....</b>	<b>96</b>
8.1	Behandlungsziele .....	96
8.1.1	Grundsätzliche Anmerkungen zum Einbezug von Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen .....	97
8.1.2	Therapieziele, die mit den Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen vereinbart wurden .....	98
8.1.3	Das Berner Inventar für Therapieziele .....	98
8.1.4	Klärungsorientierte Ziele .....	100
8.1.5	Darstellung von Zielen .....	100
8.1.6	Formulierung von Teilzielen bei chronifizierten, komorbiden und komplexen Störungen .....	101
8.2	Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan sowie Angaben zu den im individuellen Fall geplanten Behandlungs- techniken und -methoden .....	102
8.2.1	Angaben zur geplanten Einbeziehung der Bezugspersonen (Kinder und Jugendliche) .....	102
8.2.2	Individualisierung versus Standardisierung .....	103

8.2.3	Entspannungsverfahren/Hypnose .....	103
8.2.4	Einbezug des Partners/Angehöriger von erwachsenen Patienten .....	104
8.2.5	Berücksichtigung evtl. vorausgegangener ambulanter und stationärer Behandlungen.....	104
8.2.6	Einbezug unterschiedlicher Berufsgruppen .....	105
8.2.7	Darstellung des Behandlungsplans .....	105
8.3	Begründung des Settings (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl sowie der Behandlungs- frequenz .....	109
8.3.1	Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung .....	111
8.3.2	Angaben zur Beantragung von Gruppentherapie .....	112
8.4	Prognose unter Berücksichtigung von Motivation, Umstellungs- fähigkeit, inneren und äußeren Veränderungshindernissen.....	113
8.4.1	Persönlichkeitsstörungen .....	113
8.4.2	Chronifizierung .....	114
8.4.3	Viele gescheiterte Behandlungsversuche .....	114
8.4.4	Keine Therapiefortschritte .....	114
8.4.5	Lebensumstände .....	114
8.4.6	Darstellung der Prognose .....	115
8.4.7	Prognose unter Berücksichtigung von Motivation, Umstellungs- fähigkeit, inneren und äußeren Veränderungshindernissen der Bezugspersonen (Kinder und Jugendliche).....	116
<b>9</b>	<b>Umwandlungs- und Fortführungsanträge .....</b>	<b>118</b>
9.1	Behandlungsverlauf .....	120
9.1.1	Grundsätzliche Überlegungen zur Darstellung des Behandlungs- verlaufs .....	120
9.1.2	Gliederung und Angaben hinsichtlich des Behandlungsverlaufs .....	121
9.1.2.1	Behandlungsart und Anzahl der Sitzungen.....	121
9.1.2.2	Mitarbeit und Compliance .....	122
9.1.2.3	Bisheriger Behandlungsverlauf und durchgeführte Methoden .....	123
9.2	Begründung für die Umwandlung bzw. Fortführung .....	124
9.3	Spezifische Angaben bei Fortführungsanträgen .....	129
9.3.1	Weitere Therapieplanung .....	129
9.3.2	Planung des Therapieabschlusses, ggf. weiterführende Maßnahmen nach Ende der Therapie .....	129
<b>10</b>	<b>Was tun bei Ablehnung oder Kürzung? .....</b>	<b>131</b>
10.1	Ablehnung des Antrags.....	131
10.2	Teilbefürwortung .....	131

<b>Anhang</b> .....	<b>133</b>
Literatur .....	135
Berichte an den Gutachter – Fallbeispiele Erwachsene .....	138
Berichte an den Gutachter – Fallbeispiele Kinder .....	154
Behandlungspläne – Erwachsene .....	162
Behandlungspläne – Kinder und Jugendliche .....	174
Berner Inventar für Therapieziele .....	185
AMDP-Befundbogen (Muster) .....	190
Leitfaden zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter (PTV 3) (Muster) .....	194
Der alte und neue Leitfaden – eine Gegenüberstellung .....	195





# 1 Einführung Psychotherapie-Richtlinie

Im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB) sind alle gesetzlichen Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst. Mit dem § 92 wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die zur „Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien“ zu beschließen (vgl. [www.sozialgesetzbuch-sgb.de](http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de)). Entscheidungskriterien für die Gewährung von Leistungen sind laut Gesetz, dass diese „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sind.

Mit dem Beschluss der ersten Psychotherapie-Richtlinie 1967 wurde Psychotherapie erstmals eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Entwicklung war zu jener Zeit in unserem noch sehr tiefenpsychologisch bzw. psychoanalytisch geprägten Berufsstand durchaus in der Kritik. So wurde zum einen eine Beschränkung auf „aktuelle seelische Störungen, bei denen ein [...] Zusammenhang [...] mit einer gegenwärtig wirksamen Konfliktsituation angenommen werden muss“ verlangt, während tiefgreifende persönliche Strukturveränderungen, das wesentliche Ziel der Psychoanalyse, nicht als Aufgabe der kassenärztlichen Versorgung angesehen wurden (vgl. [www.kbv.de](http://www.kbv.de)). Zum anderen gab es bis dato zahlreiche Therapeuten, die eine erhöhte Motivation ihrer Patienten dadurch annahmen, dass diese ihre Therapien eigenständig bezahlen mussten.

Erst in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde dann auch die Verhaltenstherapie in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen und auch hier gab es zunächst große Schwierigkeiten. Diese waren wesentlich dadurch geprägt, dass die Verhaltenstherapie auf einen Krankheitsbegriff verzichtete und stattdessen die Behandlung von dysfunktionalen Verhaltensweisen mithilfe lerntheoretisch fundierter Maßnahmen zum Ziel hatte.

Mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) im Jahr 1998 wurden dann die Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geschaffen. Nach einer Approbationsausbildung konnten diese Therapeuten nun eine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung beantragen und eigenständig in der Versorgung tätig werden. So wurde in der Psychotherapie-Richtlinie von 1999 das vorher festgelegte Delegationsverfahren (d.h. ein Arzt delegiert die Durchführung psychotherapeutischer Leistungen an einen Psychotherapeuten) aufgelöst, Patienten konnten nun direkt zu

einem Psychotherapeuten gehen. Stattdessen wurde dann das Konsiliarverfahren eingeführt. Hier muss ein Patient vor Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie einen Konsiliararzt aufsuchen. Dieser hat aber nicht die Aufgabe, die Indikation für eine Psychotherapie zu überprüfen, sondern allein somatische (und ggf. psychiatrische) Ursachen, die eine Kontraindikation für eine Durchführung von ambulanter Psychotherapie zu diesem Zeitpunkt bedeuten würden, auszuschließen.

In den Folgejahren gab es immer wieder kleinere Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie (so ist seit 2013 die Gruppentherapie auch als alleinige Behandlungsform in der Verhaltenstherapie möglich), doch die relevanteste Reform gab es zum 01. 04. 2017 (vgl. [www.kbv.de](http://www.kbv.de)). Hier wurden nicht nur Änderungen des bekannten Ablaufs beschlossen (etwa eine Reduzierung der probatorischen Sitzungen), sondern es wurden neue Leistungen eingeführt. Hintergrund hierfür ist das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) aus dem Jahr 2015. Neben der Aufhebung einiger Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten, wie die Verordnungsmöglichkeit für Soziotherapie oder die Möglichkeit der Krankenhauseinweisung, wurde festgelegt, dass neue Leistungen entstehen sollen, die den Patienten einen niedrigschwelligeren Zugang zur Psychotherapie erlauben. Der G-BA bekam den Auftrag, die Psychotherapie-Richtlinie entsprechend auszugestalten. Anschließend wurde auch die Psychotherapie-Vereinbarung angepasst. Im Folgenden werden zunächst die Veränderungen bei den probatorischen Sitzungen aufgezeigt, im Anschluss werden dann die neu eingeführten Leistungen und Neuerungen bei der Gruppenbehandlung beschrieben.

## 1.1 Probatorische Sitzungen (EBM 35150)

In den probatorischen Sitzungen soll geprüft werden, ob die Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie in einem bestimmten Verfahren gegeben sind. Es kann eine erweiterte Diagnostik durchgeführt werden. Weiter soll, oft in Verbindung mit der biografischen Anamnese, überprüft werden, ob Störungsbild, individuelles Störungsmodell, Behandlungsmotivation und individuelle Voraussetzungen des Patienten eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung wahrscheinlich erscheinen lassen. In einer Zielklärung können Therapieziele und -teilziele erarbeitet werden. Da die grundsätzliche Indikation für eine Psychotherapie nun schon in der psychotherapeutischen Sprechstunde geprüft und festgestellt werden soll, hat sich die maximale Anzahl der probatorischen Sitzungen reduziert. Es sind in der Erwachsenenpsychotherapie maximal vier 50-minütige Sitzungen möglich (wovon mindestens zwei vor Aufnahme einer Richtlinienpsychotherapie durchgeführt werden müssen), bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind sechs möglich (ebenfalls zwei verpflichtend).

Probatorische Sitzungen können nur als Einzelbehandlung durchgeführt werden, auch wenn im Anschluss eine ausschließliche Gruppentherapie vorgesehen ist. Auch eine Abrechnung von Doppelstunden ist nicht möglich. Für Patienten besteht die Möglichkeit, bei mehreren Therapeuten probatorische Sitzungen in Anspruch zu nehmen. Die Durchführung der biografischen Anamnese, die einen vorherigen Patientenkontakt voraussetzt, findet standardmäßig in der Zeit der probatorischen Sitzungen statt.

## 1.2 Telefonische Erreichbarkeit

In §1 der Psychotherapie-Richtlinie ist verfügt, dass in der kassenärztlichen Versorgung tätige Therapeuten eine regelmäßige telefonische Erreichbarkeit gewährleisten müssen. Dies muss bei einem vollen Versorgungsauftrag in einem Ausmaß von mindestens 200 Minuten pro Woche geschehen, bei einem hälftigen entsprechend 100. Diese Leistung muss nicht vom Therapeuten persönlich durchgeführt, sondern kann auch delegiert werden. Die telefonische Erreichbarkeit wird nicht gesondert vergütet.

## 1.3 Psychotherapeutische Sprechstunde (EBM 35151)

Seit dem 01. 04. 2017 muss jeder Psychotherapeut diese Sprechstunden anbieten. Es sollen bei vollem Versorgungsauftrag 100 Minuten pro Woche, bei einem hälftigen 50 Minuten pro Woche hierfür zur Verfügung gestellt werden. Die Sprechstunden können als offene Sprechstunden oder als Sprechstunden mit vorheriger Terminvergabe durchgeführt werden. In der psychotherapeutischen Sprechstunde soll abgeklärt werden, ob eine Störung mit Krankheitswert vorliegt und welche Weiterbehandlung indiziert scheint. Die Ergebnisse der Sprechstunde teilt der Therapeut dem Patienten nach Abschluss auf einem Formblatt (PTV 11 – „Individuelle Patienteninformation“) mit. Während der Sprechstundenzeit wird dem Patienten ebenfalls eine allgemeine Information (PTV 10 – „Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“) übergeben.

Die Sprechstunde wird als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten durchgeführt. Bei Erwachsenen können hierfür insgesamt bis zu 150 Minuten in Anspruch genommen werden, bei Kindern und Jugendlichen bis zu 250 Minuten. Zur späteren Aufnahme einer Richtlinienpsychotherapie ist die vorherige Durchführung einer mindestens 50-minütigen Sprechstunde notwendig. Davon ausgenommen sind Patienten, die zuvor in einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung waren. Bei ihnen kann auch ohne vorherige

Sprechstunde mit den probatorischen Sitzungen oder der Akutbehandlung begonnen werden.

Die Begrenzung der Sprechstunde auf 150 bzw. 250 Minuten bezieht sich auf die Behandlung eines Patienten bei einem bestimmten Therapeuten. Auch hier ist es also für Patienten möglich, bei mehreren Therapeuten Sprechstunden in Anspruch zu nehmen, auch wenn dies dem Sinn dieser Leistung (Überprüfung der Indikation für eine Psychotherapie, ggf. Einleitung alternativer Hilfeangebote) nur bedingt entspricht.

## 1.4 Akutbehandlung (EBM 35152)

Eine neue Möglichkeit für Therapeuten und Patienten, schnell und ohne Genehmigungsverfahren Hilfe anbieten zu können bzw. zu erhalten, bietet die Akutbehandlung. Der Sinn und das Ziel der Akutbehandlung ist die „Besserung akuter psychischer Krisen- bzw. Ausnahmezustände mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen“ (G-BA, 2016, vgl. [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16\\_PT-RL\\_Aenderung\\_Strukturreform-amb-PT\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_TrG.pdf)).

Obwohl also keine Richtlinienpsychotherapie und damit keinem Verfahren zugeordnet, sieht der G-BA durchaus einen Verfahrensbezug der Akutbehandlung und verweist darauf, dass Interventionen aus den in der Richtlinie anerkannten Behandlungsformen, also den psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Verhaltenstherapie, abgeleitet sein sollen.

Die Akutbehandlung ist nicht genehmigungs-, sondern lediglich anzeigepflichtig, der Beginn muss mittels des neuen Formulars PTV 12 der Krankenkasse mitgeteilt werden. Ein ärztlicher Konsiliarbericht muss nicht mitgeschickt werden, aus berufs- und haftungsrechtlicher Sicht ist die somatische Abklärung im Rahmen der Behandlung jedoch unbedingt zu empfehlen.

Für die Akutbehandlung stehen bis zu 24 Einheiten à 25 Minuten zur Verfügung. Sollte sich hieran eine Richtlinienpsychotherapie anschließen, werden diese Einheiten als zwölf Sitzungen angerechnet. Nach erfolgter Akutbehandlung kann also die KZT 2 beantragt werden. Entsprechend mindert sich bei einem Antrag auf Langzeittherapie, nach erfolgter Akuttherapie, das zur Verfügung stehende Kontingent auf 48 Einheiten Langzeittherapie. Wenn frühzeitig der Übergang in eine Richtlinienpsychotherapie vorgenommen werden soll, kann jederzeit während der Akutbehandlung ein Antrag gestellt werden.

## 1.5 Rezidivprophylaxe

Neu ist auch die Möglichkeit eine Rezidivprophylaxe als abschließenden Teil einer Richtlinientherapie gesondert auszuweisen. Hierzu sollte bei einem Antrag auf Langzeittherapie angegeben werden, ob eine Rezidivprophylaxe vorgesehen ist und wie viele Therapieeinheiten hierfür eingeplant werden. Die Stunden der Rezidivprophylaxe sind Teil des bewilligten Kontingents, die Anzahl der möglichen Sitzungen hängt von der Behandlungsdauer ab. Bei einer Therapie mit 40 Stunden oder mehr sind acht Therapieeinheiten, bei 60 Stunden oder mehr bis zu 16 Stunden Rezidivprophylaxe möglich. Im Zusammenhang mit einer Kurzzeittherapie ist die Beantragung bzw. Durchführung einer Rezidivprophylaxe nicht vorgesehen.

Die Rezidivprophylaxe kann nach Beendigung der Richtlinienpsychotherapie (was der Krankenkasse durch das Formblatt PTV 12 angezeigt wird) über einen Zeitraum von insgesamt zwei Jahren durchgeführt werden. Hierbei sind auch Unterbrechungen von mehr als sechs Monaten möglich. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Zweijahresfrist, in der Neuanträge auf psychotherapeutische Leistungen gutachterpflichtig sind, mit der Beendigungsmitteilung beginnt und die Inanspruchnahme/Abrechnung von Leistungen der Rezidivprophylaxe nicht zu einer Verlängerung dieser Frist führen.

Sollte zum Antragszeitpunkt noch nicht absehbar gewesen sein, ob eine Rezidivprophylaxe erfolgen soll (im Formular PTV 2 gibt es die Möglichkeit hier „noch nicht absehbar“ anzukreuzen), muss bei späterer Entscheidung hierfür die Genehmigung der Krankenkasse eingeholt werden.

## 1.6 Kurzzeittherapie (EBM KZT 1: 35421 und KZT 2: 35422)

Die Kurzzeittherapie (KZT), zuvor auf bis zu 25 Sitzungen angelegt, wurde nun aufgeteilt in die Behandlungsabschnitte KZT 1 (GOP 35421) und KZT 2 (GOP 35422) mit jeweils 12 Therapieeinheiten. Die Kurzzeittherapie ist bis auf wenige Ausnahmen (wenn etwa innerhalb der vergangenen zwei Jahre schon eine Richtlinientherapie stattgefunden hat) gutachterfrei. Der Antrag zum ersten Teil der Kurzzeittherapie kann schon nach der ersten probatorischen Sitzung gestellt werden, eine zweite Sitzung muss aber bereits terminiert sein und das Datum auf dem Formular PTV 2 angegeben werden. Hat die Behandlung mit einer Akutbehandlung begonnen und soll nun in eine Richtlinientherapie umgewandelt werden, so ist ein Erstantrag auf zwölf Therapieeinheiten der GOP 35422 (KZT 2) zu stellen.

Mit der Veränderung der Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung ist für die Krankenkassen die Pflicht entfallen, neben dem Patienten auch den Therapeuten über die Bewilligung der Therapie zu informieren. Daher schicken einige Kassen die Bewilligungsbescheide ausschließlich an die Patienten. In diesen Fällen sind die Therapeuten also darauf angewiesen, dass die Patienten ihnen das Datum der Bewilligung mitteilen, damit es korrekt in die Praxisverwaltungssoftware eingetragen werden kann.

Ein Antrag auf Psychotherapie muss von der Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Antrags entschieden und dem Versicherten mitgeteilt werden. Bei gutachterpflichtigen Anträgen verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Wenn eine Krankenkasse diese Fristen nicht einhält und dem Versicherten dies nicht frühzeitig mit Begründung mitteilt, gilt die Therapie als genehmigt.

## 1.7 Gruppentherapie (EBM KZT: 3554x und LZT: 3555x)

Um mit den gesetzlichen Krankenkassen Gruppentherapie abrechnen zu können, muss der Therapeut über die entsprechende Abrechnungsgenehmigung verfügen. Hierzu ist in der Psychotherapie-Vereinbarung festgelegt, dass neben der Fachkunde Kenntnisse und Erfahrungen in der Gruppentherapie (40 Stunden Selbsterfahrung in der Gruppe, mindestens 24 Doppelstunden Theorie der Gruppentherapie, 60 Doppelstunden Durchführung von Gruppentherapie unter Supervision) nachzuweisen sind.

Die Gruppengröße beträgt drei bis neun Teilnehmer. Da die Abrechnung anhand der aktuellen Teilnehmerzahl erfolgt, die sich bei verschiedenen Gruppentherapie-terminen unterscheiden kann, ist auf dem Formular PTV 2 bei den beantragten Leistungen die Chiffre 3554x (Kurzzeittherapie) bzw. 3555x (Langzeittherapie) einzutragen. Dabei steht das x an der letzten Stelle der Ziffer als Platzhalter und ermöglicht es dem Therapeuten bei einem Patienten verschiedene Gruppengrößen abzurechnen.

Werden Einzel- und Gruppentherapie bei verschiedenen Therapeuten durchgeführt, muss jeder Therapeut ein Formular PTV 2 ausfüllen und dem Antrag beilegen. Der Bericht an den Gutachter ist von beiden Therapeuten gemeinsam zu verfassen, wobei ein stimmiger Gesamtbehandlungsplan zu erstellen ist, aus dem hervorgehen sollte, welche Behandlungselemente in der Einzeltherapie und welche in der Gruppentherapie durchgeführt werden sollen. Beide PTV 2-Formulare und der abgestimmte Bericht werden in einem PTV 8-Umschlag an die Krankenkasse bzw. an den Gutachter versandt.

An dieser Stelle sollen noch einmal mögliche strukturelle Verläufe einer verhaltenstherapeutischen Behandlung zusammengefasst und in Hinblick auf Gutachter-/Berichtspflicht betrachtet werden.

## 1.8 Zusammenfassung der Antragsschritte, Gutachterpflicht

Eine Behandlung beginnt seit dem 01.04.2018 (vorher galt eine Übergangsfrist) mit einer psychotherapeutischen Sprechstunde. Diese kann in Einheiten von mindestens 25 Minuten durchgeführt werden und insgesamt zwischen 50 und 150 Minuten (bei Kindern und Jugendlichen bis 250 Minuten mit Einbezug von Bezugspersonen) in Anspruch nehmen. Hier wird die Indikation für eine Psychotherapie überprüft, gegebenenfalls werden andere Hilfemöglichkeiten vorgeschlagen. Die Sprechstunde kann ohne Bewilligung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Patienten haben die Möglichkeit, Sprechstunden bei verschiedenen Therapeuten in Anspruch zu nehmen.

Ebenfalls nicht bewilligt werden müssen probatorische Sitzungen. Diese werden zur Einleitung einer Richtlinienpsychotherapie durchgeführt, also nach festgestellter Indikation. Zur Vermeidung von Behandlungspausen sollten Anträge auf Richtlinienpsychotherapie innerhalb der Probatorik gestellt werden. Vor Beginn der Therapie müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Maximal dürfen bei Erwachsenen vier, bei Kindern und Jugendlichen sechs Sitzungen in Anspruch genommen werden.

Zur Verbesserung akuter Krisenzustände und zur Verhinderung der Entwicklung psychischer Erkrankungen in Ausnahmeständen kann eine Akutbehandlung durchgeführt werden. Diese Behandlungsform ist lediglich anzeige-, nicht aber antragspflichtig (PTV 12). Die Akutbehandlung muss spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung in der psychotherapeutischen Sprechstunde begonnen werden.

Bei Umwandlung in eine Richtlinienpsychotherapie werden die durchgeführten Einheiten auf das Therapiekontingent angerechnet. Die Behandlungseinheit einer Akutbehandlung beträgt mindestens 25 Minuten, insgesamt können 600 Minuten pro Krankheitsfall (vier aufeinander folgende Quartale) durchgeführt werden.

Die Kurzzeittherapie (KZT) wurde nun in zwei Behandlungsabschnitte von jeweils zwölf Therapieeinheiten aufgeteilt (KZT 1 und KZT 2). Diese sind gesondert zu beantragen. Um Behandlungspausen zu vermeiden empfiehlt es sich, die KZT 1 früh im Laufe der Probatorik und eine notwendige KZT 2 nach acht oder neun Einheiten des ersten Behandlungsabschnitts zu beantragen. Die Kurzzeittherapie ist

nur in Ausnahmefällen gutachterpflichtig, wenn der Antrag vor Ablauf von zwei Jahren nach Abschluss einer vorhergehenden Therapie gestellt wird.

Bei der Langzeittherapie (LZT) entfällt nun das Bewilligungskontingent von 45 Sitzungen. Dies bedeutet, dass im ersten Schritt eines LZT-Antrags bis zu 60 Einheiten beantragt werden. Eine Langzeittherapie kann sofort während der probatorischen Sitzungen oder im Rahmen einer Umwandlung nach einer Kurzzeittherapie beantragt werden. Dieser Antrag ist immer gutachterpflichtig, hier muss also ein Bericht an den Gutachter erstellt und dem Antrag beigelegt werden. Er sollte, auch zur Vermeidung von Therapiepausen, spätestens nach der achten Einheit der KZT 2 gestellt werden.

Bei einem Erstantrag (KZT 1, KZT 2 nach Akutbehandlung, LZT) ist immer auch der ärztliche Konsiliarbericht beigelegen. Der Durchschlag des PVT 2 (KZT 1; 2; Exemplar für den Gutachter) muss dem ersten an den Gutachter gesendeten Bericht beigelegt werden.

Mit einem Fortführungsantrag kann eine Verlängerung auf bis zu 80 Therapieeinheiten beantragt werden. Dieser Antrag kann ohne Bericht an den Gutachter gestellt werden. Legt die Krankenkasse nachvollziehbar begründet dar, warum sie in diesem Fall einen Gutachter einschalten möchte (vgl. auch Kapitel 9), muss sie dies dem Therapeuten „unverzüglich“ mitteilen (Psychotherapie-Vereinbarung, § 11, Abs. 6). In der Regel sollte dies den Zeitrahmen von einer Woche nicht überschreiten. In begründeten Ausnahmefällen ist auch eine Verlängerung der Therapie über das in der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehene Maximalkontingent von 80 Sitzungen möglich. Hierzu muss ebenfalls ein Antrag gestellt werden, der die Form eines Fortführungsantrags haben sollte. Es ist im Ermessen der Krankenkasse, im Rahmen des Genehmigungsverfahrens einen Bericht für den Gutachter einzufordern.



## **2 Einführung Bericht an den Gutachter**

### **2.1 Der neue Bericht an die Gutachterin bzw. den Gutachter (PTV 3)**

Mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie wurde auch der Leitfaden zum Bericht an den Gutachter überarbeitet. Der alte Leitfaden verlor damit seine Gültigkeit und die Berichte sollen seither nach dem neuen Leitfaden (PTV 3, vgl. Muster des Leitfadens im Anhang, S. 194) strukturiert werden. Ziel der Veränderungen war es, auch die Erstellung der Berichte zu vereinfachen.

Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die bereits seit langem Berichte an den Gutachter erstellen, wird die Einführung des neuen PTV 3 sicherlich eine gewisse Umgewöhnung mit sich bringen bzw. mit sich gebracht haben, da sich die Berichtsstruktur sowie auch Teile der inhaltlichen Vorgaben verändert haben. Eine Gegenüberstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der beiden Versionen findet sich im Anhang des Buches (vgl. S. 195ff.).

### **2.2 Grundsätzliche Anmerkungen**

Der Bericht an den Gutachter ist eine Form von Bericht, die vor allem dazu dient, einen Gutachter von der Notwendigkeit der Therapie zu überzeugen. Anders als bei einem Arzt- oder Entlassbrief kommt es hier weniger auf eine umfassende Darstellung an, da der Gutachter nur Informationen benötigt, die für seine Empfehlung relevant sind. Welche Informationen dies sind, ergibt sich aus der Psychotherapie-Richtlinie, welche die Grundlage der Begutachtung darstellen. Als Arbeits- und Gliederungshilfe wurde ein Leitfaden zum Erstellen des Berichts an den Gutachter herausgegeben, der den Bericht und die notwendigen Angaben strukturiert (PTV 3).

Der Umfang des Berichts sollte in der Regel zwei Seiten umfassen. Da der Raum für die Darstellung der Angaben damit sehr begrenzt ist, sollte man sich als Verfasser immer die Frage stellen: „Sind diese Angaben für das Fallverständnis wirklich notwendig?“. Bei der Begutachtung werden nicht nur Voraussetzungen des

Patienten geprüft, sondern auch die Fähigkeit des Therapeuten ein angemessenes Fallverständnis zu entwickeln und in der geforderten Art und Weise darzustellen.

Da der Inhalt des Berichtes immer Vorrang vor der Form des Berichtes hat, ist die Begrenzung der Seitenzahl nicht als absolut zu betrachten. Auch nach den neuen Vorgaben liegt die Seitenzahl der meisten Berichte an den Gutachter (ca. 75 %) über zwei Seiten. Dies ist auch nicht verwunderlich, da sich die inhaltlichen Anforderungen des Berichts an den Gutachter im Vergleich zu den alten Vorgaben nicht wesentlich geändert haben (vgl. Gegenüberstellung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Anhang, S. 195ff.), wobei vormals eine Seitenzahl von drei Seiten nicht überschritten werden sollte. Daher besteht keine zwingende Notwendigkeit, z. B. durch die Verkleinerung der Schriftart oder andere Formatierungen des Textes, den Bericht auf zwei Seiten zu verkürzen. Andererseits ist darauf hinzuweisen, dass Gutachter bei überlangen Berichten ggf. eine inhaltliche Verdichtung nachfordern können.

Bei der Abfassung des Berichtes ist die grundsätzliche ätiologische Orientierung im Rahmen der Richtlinie zu berücksichtigen. Damit ist gemeint, das Störungsgeschehen sowie die Störungsentwicklung als individuellen Prozess nachvollziehbar zu machen. Es muss eine Verbindung zwischen der Biografie des Patienten über die Verhaltensanalyse zu den Behandlungszielen und den damit in Verbindung stehenden Interventionen nachvollziehbar geschildert werden. Bei der Abfassung des Berichts an den Gutachter geht es daher vor allem darum, einen kohärenten Gesamteindruck entstehen zu lassen. Manche Aspekte und Details sollten dabei eher betont werden, andere wiederum können weglassen werden, wenn sie irrelevant sind.

Grundsätzlich ist man als Verfasser frei manche Punkte ausführlicher zu behandeln und andere nur kurz abzuhandeln oder sogar weg zu lassen. Der Leitfaden zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter (PTV 3) ist eine Gliederungshilfe. Dort heißt es: „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 der Gliederungspunkte des Informationsblattes sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden.“ Auch wenn dies einen gewissen Spielraum gibt, so gehören jedoch manche der im Leitfaden aufgeführten Punkte obligatorisch in den Bericht an den Gutachter, da sie für ein verhaltenstherapeutisches Fallverständnis zwingend notwendig sind.

Zu beachten ist, dass sich die Informationen nach Möglichkeit nicht doppeln. Wenn beispielsweise bei der vom Patienten geschilderten Symptomatik (2. Gliederungspunkt) bereits etwas zum Verlauf bzw. zur Anamnese oder zur Medikation geschrieben wurde, weil dies aus didaktischen Gründen sinnvoll ist, z. B. um den Schweregrad zu unterstreichen, dann muss dies in der Beschreibung der lebens-