

Fiktiver Fall – alle Angaben erfunden. Dieser Musterbericht zeigt Aufbau und Quellenangaben eines Entwurfs. Er beschreibt keine reale Person und ist keine Vorlage für eine fachliche Beurteilung.

BERICHT AN DIE GUTACHTERIN / DEN GUTACHTER · PTV 3

Umwandlung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie

VERFAHREN

Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Erwachsene

BISHER

KZT 1 (12 Std.) abgeschlossen, KZT 2: 4 von 12 Std. erbracht

CHIFFRE

B140291

STAND

01.10.2026

1. Relevante soziodemographische Daten

Die 35-jährige Patientin arbeitet in Vollzeit als Sachbearbeiterin in der Personalabteilung eines mittelständischen Unternehmens. [P1 · 21.04.2026] Sie lebt seit vier Jahren mit ihrem Partner zusammen; Kinder hat sie nicht. [P1 · 21.04.2026]

2. Symptomatik und psychischer Befund

Die Patientin stellte sich wegen ausgeprägter Angst vor Wortbeiträgen in Besprechungen und vor Telefonaten mit unbekannten Personen vor; seit etwa einem Jahr meide sie Teammeetings, wann immer möglich. [P1 · 21.04.2026] Sie berichtete über Erröten, Herzklopfen und die Sorge, „inkompetent zu wirken“, sowie über gedrückte Stimmung, Antriebsminderung und Grübeln am Abend.

[P2 · 28.04.2026]

Im psychischen Befund war die Patientin wach und allseits orientiert, im Kontakt zugewandt, anfangs angespannt. Der formale Gedankengang war geordnet; inhaltlich standen Befürchtungen negativer Bewertung im Vordergrund. Die Stimmung war gedrückt, die affektive Schwingungsfähigkeit leicht eingeschränkt. Hinweise auf psychotisches Erleben ergaben sich nicht. Akute Suizidalität wurde von der Patientin glaubhaft verneint. [P2 · 28.04.2026]

Zu Behandlungsbeginn lag der PHQ-9-Summenwert bei 19 Punkten [PHQ-9 · 19], der GAD-7-Summenwert bei 15 Punkten. [GAD-7 · 15]

3. Somatischer Befund / Konsiliarbericht

Laut Konsiliarbericht der Hausärztin bestehen keine somatischen Befunde, die die Symptomatik erklären; die Schilddrüsenwerte waren unauffällig. [Konsiliarbericht · 22.05.2026] Eine Medikation besteht nicht. [Konsiliarbericht · 22.05.2026]

4. Lebensgeschichte, Krankheitsanamnese und funktionales Bedingungsmodell

Lebensgeschichte und Krankheitsanamnese

Die Patientin wuchs als ältere von zwei Töchtern auf; der Vater habe schulische Leistungen streng bewertet und Fehler vor anderen kommentiert. [P3 · 05.05.2026] In der Schulzeit sei sie nach einem

missglückten Referat in der siebten Klasse über Wochen gehänselt worden; seitdem vermeide sie es, vor Gruppen zu sprechen. [P3 · 05.05.2026] Die Beschwerden verstärkten sich nach einem Wechsel der Abteilungsleitung vor etwa einem Jahr, der mit regelmäßigen Präsentationen im Team verbunden war. [P1 · 21.04.2026] Eine psychotherapeutische Vorbehandlung gab es nicht. [P1 · 21.04.2026]

Funktionales Bedingungsmodell

Auslösende Situationen sind Besprechungen, in denen ein eigener Beitrag erwartet wird.

[S2 · 09.06.2026] Kognitiv treten Gedanken wie „Alle merken, dass ich rot werde“ auf, emotional Angst und Scham, körperlich Erröten und Herzklopfen. [S2 · 09.06.2026] Als Sicherheitsverhalten nutzt die Patientin vorformulierte Notizkarten, vermeidet Blickkontakt und meldet sich erst am Ende einer Besprechung zu Wort. [S3 · 16.06.2026] Kurzfristig sinkt dadurch die Anspannung; langfristig bleibt die Überzeugung bestehen, ohne diese Vorkehrungen zu versagen, und die Vermeidung verstärkt Rückzug und gedrückte Stimmung. [S3 · 16.06.2026]

Verlauf der Kurzzeittherapie

In der Kurzzeittherapie wurden ein individuelles Störungsmodell erarbeitet, Sicherheitsverhalten identifiziert und Verhaltensexperimente begonnen. [S6 · 14.07.2026] In der zwölften Sitzung führte die Patientin die Exposition „Wortbeitrag im Teammeeting“ erstmals ohne Sicherheitsverhalten durch; die subjektive Anspannung sank dabei von 70 auf 35. [S12 · 03.09.2026] Der PHQ-9-Summenwert lag zuletzt bei 14 Punkten, zu Behandlungsbeginn bei 19 Punkten. [PHQ-9 · 14] Der GAD-7-Summenwert lag zuletzt bei 11 Punkten. [GAD-7 · 11] Telefonate mit unbekannten Personen vermeidet die Patientin weiterhin; geplante Übungen hierzu hat sie zweimal abgesagt. [S15 · 24.09.2026] Die berufliche Belastung hat sich insgesamt deutlich verringert. Nicht belegt

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

Abschnitt aus wörtlicher Eingabe der Therapeutin übernommen. Die Software schlägt keine Diagnosen vor.

F40.1 G Soziale Phobie [Eingabe Therapeutin · 01.10.2026]

F32.1 G Mittelgradige depressive Episode [Eingabe Therapeutin · 01.10.2026]

6. Behandlungsplan und Prognose

Ziele, Plan und Prognose aus wörtlicher Eingabe der Therapeutin übernommen und sprachlich geglättet. Die Software ergänzt keine Inhalte.

Therapieziele

1. Wortbeiträge in Besprechungen ohne Sicherheitsverhalten, mindestens zweimal pro Woche.
[Eingabe Therapeutin · 01.10.2026]
2. Telefonate mit unbekannten Personen ohne vorherige Vermeidung.
[Eingabe Therapeutin · 01.10.2026]
3. Abbau von Rückzug und Grübeln; Wiederaufnahme sozialer Aktivitäten außerhalb der Arbeit.
[Eingabe Therapeutin · 01.10.2026]
4. Rückfallprophylaxe mit schriftlichem Notfallplan. [Eingabe Therapeutin · 01.10.2026]

Behandlungsplan

Fortsetzung der Verhaltensexperimente und Expositionen in sozialen Situationen, erweitert um Telefonate; Aufmerksamkeitslenkung nach außen; kognitive Arbeit an Bewertungsbefürchtungen; Aktivitätsaufbau; abschließend Rückfallprophylaxe. Beantragt wird die Umwandlung in eine Langzeitthera-

pie im Umfang von 60 Stunden einschließlich der bereits erbrachten Stunden.

[Eingabe Therapeutin · 01.10.2026]

Prognose

Die Patientin ist motiviert und setzt Übungen zwischen den Sitzungen überwiegend um; die Vermeidung von Telefonaten und die lange Dauer der Problematik sprechen für eine längere Behandlung. Die Prognose wird bei Fortführung als günstig eingeschätzt.

[Eingabe Therapeutin · 01.10.2026]

Ort, Datum · Unterschrift der Therapeutin

Quellen aus der Fallakte

Alle Einträge erfunden. Hervorgehoben ist die jeweils zitierte Stelle.

P1 · Probatorik 21.04.2026

„35 J., Sachbearbeiterin Personal, VZ. Lebt mit Partner (4 J.), keine Kinder. Angst vor Meetings/Telefon seit ca. 1 J., Wechsel Abteilungsleitung, keine Vorbehandlung.“

P2 · Probatorik, Befund 28.04.2026

„Erröten, Herzklopfen, ‚inkompetent wirken‘. Stimmung gedrückt, Antrieb ↓, Grübeln abends. Wach, orientiert, Denken geordnet, keine psychot. Symptome, Suizidalität glaubhaft verneint.“

P3 · Anamnese 05.05.2026

„Ältere von 2 Töchtern. Vater streng, Fehler vor anderen kommentiert. 7. Kl. Referat missglückt, wochenlang gehänselt, seitdem Vermeidung.“

Konsiliarbericht Hausärztin 22.05.2026

„Kein somatischer Befund, TSH unauffällig, keine Medikation.“

Sitzungsnotiz S2 09.06.2026

„Situationsanalyse Teammeeting: „Alle merken, dass ich rot werde“ – Angst 80, Scham; Erröten, Herzklopfen.“

Sitzungsnotiz S3 16.06.2026

„SV: Notizkarten, kein Blickkontakt, Wortbeitrag erst am Ende. Teufelskreis erarbeitet.“

Sitzungsnotiz S6 14.07.2026

„Störungsmodell fertig, SV-Liste, erstes Verhaltensexperiment (Notizkarten weglassen, Kantine).“

Sitzungsnotiz S12 03.09.2026

„Exposition Teammeeting durchgeführt, kein Sicherheitsverhalten (keine Notizkarten), SUD 70 → 35, Hausaufgabe 2× Wortbeitrag/Woche.“

Sitzungsnotiz S15 24.09.2026

„Telefonübung erneut abgesagt (2×), Vermeidung Telefon unverändert.“

PHQ-9 · Summenwerte Verlauf

19 (02.06.) · 17 (15.07.) · 14 (01.09.2026)

GAD-7 · Summenwerte Verlauf

15 (02.06.) · 13 (15.07.) · 11 (01.09.2026)

Eingabe Therapeutin · Diagnosen 01.10.2026

F40.1 G, F32.1 G

Stichpunkte der Therapeutin zu Zielen, Methoden, Stundenumfang und Prognose.

So lesen Sie diesen Musterbericht. Jede Quellenangabe verweist auf einen datierten Eintrag in der Fallakte. Der Satz mit dem Vermerk „Nicht belegt“ hat keine Quelle; im Produkt müssen Sie ihn belegen oder streichen. Diagnose, Ziele, Behandlungsplan und Prognose stammen aus Angaben der Therapeutin. Den Bericht verfassen und verantworten Sie persönlich.