



---

Mitglied der/des: *European Association of Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT)*  
*Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie (ÖBVP)*  
*Verbands Wissenschaftlicher Gesellschaften Österreichs (VWGÖ)*  
*Österreichischen Dachverbands für Verhaltenstherapie (ÖDVT)*

## 22\_AUFBEREITUNG VON ABSCHLUSSFÄLLEN (FALLDARSTELLUNG)

Ausbildungsverantwortliches Gremium (AVG) der AVM - 1998  
(Fahlböck, Gatterer, Kogler, Laireiter, Müller, Reinecker & Streicher)

Modifiziert und aktualisiert durch: Ausbildungsverantwortliches und Anerkennungs-Gremium der AVM (AVNG) - 11. 10. 2003  
(Fahlböck, Gatterer, Kogler, Laireiter, Müller, Rudnik & Streicher-Pehböck)

Modifiziert und aktualisiert durch: Ausbildungsverantwortliches und Anerkennungs-Gremium der AVM (AVNG) - 27. 9. 2014  
(Bormann, Fahlböck, Gatterer, Kogler, Laireiter, Müller, Painold, Prantner-Kaltenegger, Rudnik & Streicher-Pehböck)

Aktualisiert 12. 4. 2021

## 1. ALLGEMEINE ORGANISATORISCHE UND INHALTLICHE PRINZIPIEN DER FALLDARSTELLUNG

*Patient\*innendaten:* Achten auf ausreichende Anonymisierung des Falls!

*Code:* (kein Name)

*Diagnose(n):* entsprechend ICD-10 oder DSM-IV bzw. DSM-5

*Umfang:* mindestens 20, maximal 30 Seiten (exkl. Anhang)

*Anhang:* Diagramme, Auswertungsbögen und exemplarische Profilblätter etc.

## 2. KRITERIEN FÜR DIE ABFASSUNG EINER FALLDARSTELLUNG

Für einen erfolgreichen Abschluss der Ausbildung in Verhaltenstherapie nach den Kriterien der AVM sind entsprechend dem Kriterienraster der AVM vier schriftlich dokumentierte Berichte über Fälle, die von der / vom Ausbildungsteilnehmer\*in behandelt wurden / werden, zu erstellen. Dazu wurde von der Ausbildungskommission (AVNG) ein Dokumentationsschema entwickelt, anhand dessen die Berichte aufzubereiten sind (siehe Studienbuch). Darüber hinaus gelten für die Fallberichte folgende Kriterien:

- 2.1. Zwei Fälle müssen mindestens 15 Therapieeinheiten umfassen und zwei Fälle mindestens 25 Therapieeinheiten, um als Fallberichte eingereicht werden zu können.
- 2.2. Mindestens zwei der Fallberichte müssen eine ambulante Behandlung beschreiben.
- 2.3. Mindestens zwei der Fallberichte müssen eine Therapie mit Erwachsenen beschreiben. Als erwachsen in diesem Sinne gelten auch 15- bis 17-Jährige, insofern eine kognitive Therapie mit ihnen möglich ist.
- 2.4. Die Fallberichte haben unterschiedliche Störungsbilder (d. h. verschiedene Angststörungen wie Panikstörung, Soziale Phobie etc.) zu betreffen. Es können daher nicht zwei Fälle mit dem gleichen Störungsbild eingereicht werden.
- 2.5. Die Fallberichte müssen während der psychotherapeutischen Tätigkeit unter Supervision verfasst werden. Ihre Erarbeitung ist von der /vom Supervisor\*in begleitend zu betreuen. Fälle müssen zum Zeitpunkt der Einreichung noch nicht völlig abgeschlossen sein.
- 2.6. Die Lehrtherapeut\*innen haben ihre Supervisionstätigkeit nach Abschluss des Fallberichtes auf dem Formblatt für Falleinreichungen schriftlich zu bestätigen. Dieses ist auch von der / vom Ausbildungsteilnehmer\*in zu unterzeichnen. Beide haben schriftlich zu erklären, dass der vorliegende Fallbericht einer realen Therapie entspricht und nicht beschönigt oder gar gefälscht worden ist.
- 2.7. Lehrtherapeut\*innen der AVM dürfen maximal zwei, Gastdozent\*innen nur einen der vier einzureichenden Fallberichte supervidieren.
- 2.8. Es gilt die dringende Empfehlung, die Fälle möglichst rasch nach Beginn der psychotherapeutischen Tätigkeit unter Supervision zu erarbeiten und den ersten Fall bereits im 6. Semester vorzulegen. Dies hat seinen Grund darin, dass durch das Schreiben von Fallberichten theoretisches und praktisches Wissen und strukturierende und konzeptuelle Kompetenzen erworben werden, die in die weitere Fallarbeit, aber auch in die Erstellung weiterer Fallberichte

einfließen. Weiters werden dadurch eventuelle Verzögerungen (Überarbeitung von Fällen etc.) am Ende der Ausbildung vermieden.

2.9. Zwei Fallberichte können durch ein selbst entwickeltes und durchgeführtes Projekt ersetzt werden. Dies ist jedoch im Vorhinein beim AVNG unter Vorlage einer Projektskizze zu beantragen. Im Studienbuch ist die Gestaltung des Projektantrages angeführt.

2.10. Falleinreichung und Fallbegutachtung  
Fallberichte sind ausreichend anonymisiert (keine Namen, Ortsnamen etc.) ausschließlich per Mail im PDF-Format zur Begutachtung an die Geschäftsstelle der AVM zu übermitteln:

1. **Anlage:** nicht anonymisiertes Deckblatt mit folgenden Angaben: Name der/des Ausbildungsteilnehmerin/s, Angabe des Lehrgangs, Name der/s Supervisorin/s, Code, Geschlecht und Alter der/s Patientin/en, Störungsbild(er), Anzahl der Therapiestunden und der Supervisionsstunden, Einreichdatum
2. **Anlage:** Fallbericht mit anonymisiertem Deckblatt
3. **Anlage:** Anhang (bitte auch hier auf Anonymisierung achten)
4. **Anlage:** 21\_Formblatt\_Fallbericht (ebenfalls PDF)

Von der Geschäftsstelle wird der Fallbericht per Zufall anonym an eine/n Lehrtherapeutin/en der AVM zur Begutachtung versandt (Master-Review). Die Lehrperson hat sechs Wochen Zeit, um den Fall zu begutachten. Pro Fallbericht wird ein Gutachten eingeholt. Dieses besteht aus zwei Teilen, einer schriftlichen Rückmeldung sowie einem standardisierten Rating, das verschiedene Punktwerte für die einzelnen Abschnitte des Fallberichtes auf der Basis eines Kriteriensystems und einen Gesamtpunktwert umfasst. Der Gesamtpunktwert führt je nach Höhe zu den drei möglichen Ergebnissen der Begutachtung:

1. **Annahme,**
2. **Forderung nach Überarbeitung und**
3. **vorläufige Ablehnung verbunden mit einer Nachfrage bei der/m supervidierenden Lehrtherapeutin/en.**

Für alle drei Beurteilungsmodalitäten (Annahme, Überarbeitung, vorläufige Zurückweisung) gibt es Punktegrenzwerte, die zu dem entsprechenden Ergebnis führen. Das Ergebnis der Begutachtung wird dem AVNG, der/m Ausbildungsteilnehmer/in und der/m supervidierenden Lehrtherapeutin/en zur Kenntnis gebracht.

2.10.1. Vorgehen bei Überarbeitung des Fallberichts

Wenn ein/e Lehrtherapeut/in eine Überarbeitung einfordert, wird der Fall der/m Ausbildungsteilnehmer/in zur Bearbeitung retourniert. Der überarbeitete Fallbericht wird nach dessen Fertigstellung der/m selben Lehrtherapeut/in neuerlich zur Begutachtung vorgelegt, und es wird von ihr/m neuerlich entschieden, ob der Fall nun anzunehmen oder erneut zu überarbeiten ist. Sie/er hat dafür wiederum sechs Wochen Zeit.

### 2.10.2. Vorgehen bei vorläufiger Ablehnung

Sollte ein Fallbericht von einer/m Lehrtherapeutin/en negativ beurteilt und damit vorläufig abgelehnt worden sein, wird das Gutachten zuerst der/m supervidierenden Lehrtherapeutin/en mit der Bitte um eine Stellungnahme zur Kenntnis gebracht. Deren/dessen Stellungnahme ergeht sowohl an das AVNG wie auch an die/den Gutachter/in. Aufbauend auf dieser Stellungnahme wird in der Folge zwischen der supervidierenden und der begutachtenden Lehrperson eine Klärung herbeigeführt, und es wird entschieden, welche Konsequenzen die Stellungnahme der/s supervidierenden Lehrtherapeutin/en für den Fallbericht hat und welche Änderungen oder Überarbeitungen die/der Ausbildungsteilnehmer\*in zu erbringen hat. Die/der Ausbildungsteilnehmer\*in wird vonseiten der/s supervidierenden Lehrtherapeutin/en und von der Geschäftsstelle über notwendige Änderungen in Kenntnis gesetzt. Wenn Schwierigkeiten oder Probleme auftreten, wird das AVNG beigezogen.

## 3. AUFGABEN UND ZIELE DER FALLDARSTELLUNG

Da die Verhaltenstherapie verschiedene Rahmenmodelle der Fallbearbeitung und Schemata der Verhaltensanalyse besitzt (klassisches problemanalytisches Vorgehen; störungs- und phänomenspezifisches Vorgehen; plan- und schemaanalytisches Vorgehen; multimodales Vorgehen), sind zur Abfassung eines Fallberichts prinzipiell alle der genannten Modelle als Basis geeignet. Da die „klassische“ Verhaltensanalyse und das problemanalytische Vorgehen jedoch noch immer den Kern des verhaltenstherapeutischen Heran-gehens an die Psychotherapie ausmachen, muss mindestens ein Fallbericht diese Elemente enthalten.

Die Falldarstellung sollte sowohl die Inhalte der Therapie darstellen, als auch die dem therapeutischen Setting zugrundeliegenden Überlegungen beinhalten (z. B. warum wurde gerade diese Methode gewählt?). Sie sollte auch eine theoretische Aufarbeitung des behandelten Falles, insbesondere der behandelten Probleme beinhalten. Das therapeutische Vorgehen sollte theoretisch abgeleitet und fundiert dargestellt werden. Probleme bei der Durchführung der Therapie, Veränderungen im therapeutischen Setting, Integration von Elementen anderer Therapierichtungen etc. sollten mit einer eigenen Reflexion und Begründung am Ende der Falldarstellung dargestellt werden. Oft ist erst daraus die Kompetenz der/s Therapeutin/en ersichtlich, wie sie/er mit Problemen umgeht. Insofern ist es nicht notwendig, nur „optimal gelungene Fälle“ einzureichen.

Wichtig ist die logische Abfolge in der Darstellung, d. h. welche Probleme liegen vor, welche Überlegungen gibt es hinsichtlich Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen der Störung (inklusive Zusammenhänge und gegenseitige Bedingung der Symptome sowie Makrobedingungen) und welche Therapieziele und therapeutische Vorgehensweisen ergeben sich daraus. Die im Fallbericht zitierte Literatur ist im Anhang im „Literaturverzeichnis“ aufzulisten. Die Liste ist alphabetisch und nach den für die Psychotherapie üblichen Zitationsrichtlinien abzufassen.

#### 4. ORGANISATORISCHE UMSETZUNG

Als Fallberichte können nur solche anerkannt werden, die zusammen mit einer/m Supervisor/in erarbeitet und bearbeitet worden sind. Dies bedeutet, dass die/der Supervisor/in den Fallbericht kennen und ihn wenigstens einmal mit der/m Ausbildungsteilnehmer\*in besprochen haben muss. Die/der Supervisor/in muss bei der Einreichung des Fallberichtes formal bestätigen, dass der dargestellte Fall von ihr/ihm supervidiert worden ist, dass der im Fallbericht dargestellte therapeutische Prozess der Realität entspricht und dass die/der Therapeut/in mit der/m Klientin/en die für die Falldarstellungen nötigen Formalia (Mitteilung, dass die/der Therapeut/in in Ausbildung unter Supervision ist) erfüllt hat. Weiters ist die Anzahl der im Rahmen der Therapie absolvierten Supervisionsstunden anzugeben. Ebenfalls kann die/der Supervisor/in, falls sie/er dies wünscht, eine persönliche Stellungnahme zum Fallbericht abgeben. Die/der Therapeut\*in hat schriftlich zu erklären, dass sie/er die Therapie selbst und in der dargestellten Art durchgeführt hat.

#### 5. INHALTLICHE AUSFERTIGUNG DES FALLBERICHTES / AUFBAU

Achtung: Sollten in der Bearbeitung Punkte bewusst weggelassen werden, weil sie für das therapeutische Vorgehen unerheblich sind, muss dies schlüssig begründet werden, um Punkteabzüge zu vermeiden. Außerdem ist darauf zu achten, dass der Fallbericht nicht mit Informationen überfrachtet wird, die für den Therapieverlauf keine oder nur eine unwesentliche Rolle spielen. Es sollten nur die Schwerpunkte des therapeutischen Prozesses dargestellt werden.

---

#### 0. FORMALE KRITERIEN

Deckblatt, Inhaltsverzeichnis, Gliederung / logischer Aufbau, Darstellung, Literaturverzeichnis, Zitierungen, Anhänge, Vollständigkeit, Orthographie

#### 1. VORINFORMATIONEN

1.1. Patient\*innendaten (Alter, Geschlecht, Beruf, Gewicht, Größe etc.)

1.2. Rahmenbedingungen der Therapie

Beratungsstelle, Klinik, Einzelpraxis etc.

ambulant, stationär

Einzel-, Gruppensetting

Bezahlung

Frequenz der Therapiesitzungen

Dauer der Therapie

eventuelle Unterbrechungen

1.3. Zuweisungsmodus

Anlass

Überweiser/in

1.1. Patient\*innendaten (Alter, Geschlecht, Beruf, Gewicht, Größe etc.)

1.2. Rahmenbedingungen der Therapie

Beratungsstelle, Klinik, Einzelpraxis etc.

ambulant, stationär

Einzel-, Gruppensetting

Bezahlung

Frequenz der Therapiesitzungen

Dauer der Therapie

eventuelle Unterbrechungen

1.3. Zuweisungsmodus

Anlass

Überweiser/in

1.4. Vorbehandlung

eventuelle Vorbehandlung – stationär oder ambulant

1.5. Medizinische Abklärung

eventuelle Vorerkrankungen

Vulnerabilitäten

Abklärung der aktuellen Symptomatik

1.6. Medikamentöse Behandlung

psychopharmakologisch

somatomedizinisch

1.7. Erster Eindruck beim Erstgespräch

Erscheinungsbild

Auffälligkeiten

## 2. EXPLORATION / ANAMNESE

2.1. Informationsquellen

Psychologische Tests, Screenings, Fragebögen, strukturierte Interviews ...

Verhaltensbeobachtung

Verhaltensprotokolle, Angsttagebuch ...

Berichte und Krankenakten

Befragung der/s Patientin/en

fremdanamnestische Befragung etc.

2.2. Spontan berichtete Symptomatik und Problembeschreibung

allgemein entsprechend der Erzählungen der/s Patientin/en, im Konjunktiv, wenn Angaben von der/vom Therapeutin/en nicht überprüft sind.

2.3. Aktuelle Lebenssituation

Lebensverhältnisse – räumlich und familiär

soziales Umfeld / System, enge Beziehungen

finanziell-wirtschaftliche Lage

Beruf

## 2.4. Soziobiographische Anamnese

Kindheit, lebensgeschichtliche Entwicklung  
Elternhaus  
Geschwister  
Sozialisation, frühe Beziehungen  
schulische und berufliche Entwicklung  
prägende, wichtige Lebensereignisse  
Persönlichkeitsentwicklung  
Partnerschaft und eigene Kinder  
Freizeitgestaltung

## 2.5. Psychischer / Psychopathologischer Befund

Ergebnisse der Tests und Fragebögen  
nach Bedarf und soweit nötig für die Verdeutlichung der Ausführungen im Fallbericht

## 3. MOTIVATIONSANALYSE

Wege der/s Patientin/en in die Therapie (Warum gerade zu diesem Zeitpunkt?  
Warum zur/m jeweiligen Therapeutin/en? Freiwillig? Geschickt worden?)  
Erwartungen an die Therapie (Kinder, Eltern, sonstige Personen)  
Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit  
Änderungsbereitschaft  
Unterstützung durch Bezugspersonen

## 4. PROBLEMANALYSE UND (VERHALTENS-)DIAGNOSTIK

Als Leitfäden dienen bewährte heuristische Modelle der Verhaltensanalyse wie die Problemanalyse nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer; Schulte; Bartling; Selbstregulationssystem nach Kanfer; Störungsspezifisches Modell nach Fiedler; plan- und schemaanalytisches Modell nach Grawe und Caspar; BASIC ID nach Lazarus (siehe Literaturverzeichnis). Die/der Ausbildungsteilnehmer/in ist frei in der Wahl der theoretischen Modelle, die sie/er für die Erstellung der Problemanalyse heranzieht. Es dürfen auch Modelle kombiniert werden. Die dazugehörige Literatur muss wie bei allen anderen theoretischen Ausführungen zitiert werden.

### 4.1. ICD-10-Diagnose

kurze Zusammenfassung der explorierten Symptome und ihre Subsumtion unter die codierte Störung, gegebenenfalls differentialdiagnostische Überlegungen

### 4.2. Genese der Symptomatik / Makromodell

4.2.1. Zusammenfassung aller Symptome und problematischen Verhaltenskomponenten gemäß der Anamnese:

Art, Häufigkeit und Intensität der Symptome

Wann traten die Symptome zum ersten Mal auf? Wann treten sie jetzt auf? Wie haben sich die Symptome in ihrem Verlauf verändert?



- 4.2.2. Analyse der die Symptome auslösenden Bedingungen:
  - Biologisch-physiologische Faktoren, genetische Disposition, Vulnerabilität
  - Kindheit, weitere lebensgeschichtliche Entwicklung und Persönlichkeit
  - Prägende, wichtige Lebensereignisse
  - Sonstige Umweltbedingungen, Sozialisation
- 4.2.3. Analyse der die Symptome aufrechterhaltenden Bedingungen:
  - Problematische Verhaltensweisen:
  - Systembedingungen / soziales Umfeld, wer hält die Störung mit aufrecht durch sein Verhalten? Welche Bedeutung hat die Störung für das soziale System? Was wäre, wenn die Störung wegfiel?
  - Funktionalität der Symptome / Störung
  - Sonstige Umweltbedingungen, weitere Erkrankungen
- 4.3. Horizontale Verhaltensanalyse / Mikroanalyse / SORKC-Modell
  - Situationsanalyse Ist-Zustand
  - Organismusvariable (biologisch-physiologische Faktoren, genetische Dispositionen, Vulnerabilität, Pläne, Regeln, Schemata, Kognitive Muster, Wertvorstellungen, Überzeugungen, Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigungsstrategien, innere Verarbeitung, Wahrnehmungsprozesse etc.)
  - Verhaltensebenen Kognitionen, Emotionen, Physiologische Reaktionen, sichtbares Verhalten; Intensität, Häufigkeit / Kontingenz, Verhaltensexzess, Verhaltensdefizit etc.
  - Konsequenzen (intern, extern, langfristig, kurzfristig, positive und negative Verstärkung etc.)
- 4.4. Plananalyse / Vertikale Analyse / Schemaanalyse
  - Pläne, Regeln, Oberpläne, Schemata
  - Überzeugungen, Wertvorstellungen, kognitive Muster
- 4.5. Health-Belief-Modell
- 4.6. Selbstkontrollversuche
  - Bisheriger Umgang der/des Klientin/en mit ihren/seinen Symptomen und Problemen
  - Bewältigungsversuche
  - Wo hat sie/er sich bisher Hilfe gesucht?
- 4.7. Ressourcenanalyse
  - Hilfreiche Fähigkeiten, Eigenschaften, Einstellungen, Stärken
  - Hilfreiche Personen
  - Erfolge
  - Bereiche, die in Ordnung sind, Stützpfiler
- 4.8. Psychologisch-theoretisches Störungsmodell / Hypothetisches Bedingungsmodell
  - Darstellung des psychologisch-theoretischen Störungsmodells
  - kurze Zusammenfassung der Ergebnisse von 5.2. bis 5.7. in einem individuellen hypothetischen Bedingungsmodell.



## 5. ZIELANALYSE UND THERAPIEPLANUNG

### 5.1. Zielanalyse

aus Sicht der/s Patientin/en

aus Sicht der Eltern, Lehrer\*innen, sonstiger Personen

aus Sicht der/s Therapeutin/en

Die einzelnen Therapieziele sollen aus der Problemanalyse herausgearbeitet und begründet werden.

Abwägung zwischen kurzfristigen, mittelfristigen und langfristigen Zielen

gemeinsame Zielbestimmung unter Berücksichtigung der relevanten aktuellen Lebensbedingungen, der sozialen Situation und sonstiger beeinflussender Faktoren

Erwartete Folgen der Zielerreichung

*Neben der formalen Darstellung der Ziele der Therapie ist auch eine kurze Beschreibung des Vorgehens der Zielerarbeitung und -klärung erwünscht. Bei Kindern bezieht sich dies insbesondere auf die Aushandlung der Ziele mit den Eltern und die Vereinbarung der Ziele mit Eltern und Kind.*

### 5.2. Ableitung eines Therapieplans aus Problem- und Zielanalyse

### 5.3. Auswahl von Problembereichen

### 5.4. Planung und Auswahl therapeutischer Interventionen mit Begründung

### 5.5. Ablaufplan und Prioritäten des Vorgehens

## 6. VERLAUF DER THERAPIE

### 6.1. Formale Beschreibung des Therapieverlaufs

Anzahl der Sitzungen, Behandlungsdauer, Unterbrechungen etc. Dokumentation (Wie erfolgte die Dokumentation des Therapieverlaufs und der einzelnen Therapiestunden?)

### 6.2. Inhaltliche Beschreibung des Therapieverlaufs inklusive tatsächlich umgesetzter therapeutischer Interventionen

*Für die inhaltliche Beschreibung gibt es zwei Möglichkeiten:*

6.2.1. entweder durch chronologische Darstellung der Therapiesitzungen (Themen / Inhalte, Interventionen ...), wobei zusammengehörige Therapiephasen oder -abschnitte zusammengefasst werden können (etwa: 1.-4. Sitzung: Exploration/Anamnese ...

Die Darstellung darf allerdings nicht eine reine Aufzählung von angewandten Methoden sein, sondern muss auch in Einzelheiten erkennen lassen, wie die/der Therapeut\*in ihre/seine Interventionen durchgeführt und die/der Patient\*in darauf reagiert hat.

6.2.2. oder eine ausführliche ziel-/problembezogene Darstellung des therapeutischen Vorgehens / einzelner Therapiephasen

Beide Darstellungsformen müssen beinhalten, welche in der Therapieplanung festgelegten Interventionen tatsächlich umgesetzt wurden. Gegebenenfalls muss begründet werden, warum einzelne Strategien wieder verworfen bzw. nicht verfolgt wurden.

*eventuell auch als grafische Darstellung  
eingesetzte Maßnahmen / Strategien / Interventionen  
eventuell Ergebnisse der Verlaufsdagnostik  
eingesetzte Maßnahmen zur Generalisierung und zum Transfer*

6.3. Detaillierte Darstellung einer Therapiestunde

6.4. Darstellung geplanter Maßnahmen zur Nachbetreuung und Beendigung der Therapie (Gründe, Vorgehen)

6.5. Darstellung aufgetretener Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess  
Gegebenenfalls Darstellung der Modifikation des Therapieplanes mit Begründung, eventuell Gründe für den vorläufigen oder endgültigen Abschluss der Therapie

## 7. EVALUATION / ERFOLGS- BZW. MISSERFOLGSKONTROLLE

7.1. Darstellung der Zielerreichung, der (Nicht-)Veränderung der problematischen Verhaltensweisen sowie der Symptomatik der/s Klientin/en

*eventuell auch als grafische Darstellung*

*Vergleich zwischen den Therapiezielen und dem Ergebnis: Welche Ziele wurden erreicht?*

7.2. Überprüfung der ICD-Diagnostik

Wieweit werden die diagnostischen Kriterien nach den Klassifikationssystemen nun nicht mehr erfüllt? Zu welchem Ausmaß konnte die Störung beseitigt werden?

7.3. Darstellung der zur Erfolgsmessung tatsächlich verwendeten Instrumente und der damit erfassten Ergebnisse

*Reflexion zur mutmaßlichen Validität der Erfolgskriterien*

*eventuell durchgeführte Katamnese, Zeitpunkt und Ergebnisse*

## 8. KRITISCHE REFLEXION

Reflexion des therapeutischen Verhaltens und Vorgehens;  
Reflexion der Therapeut-Klient-Beziehung und ihre Auswirkungen auf Therapieplanung, Therapieverlauf und Therapieerfolg;  
Reflexion des Erfolgs / Misserfolgs sowie der Wirkfaktoren der Therapie durch Aufstellung von theoretisch oder empirisch fundierten Vermutungen;  
Reflexion des eigenen Erfahrungs- und Wissenszuwachses durch die Therapie für zukünftiges therapeutisches Arbeiten;  
durchgeführte Supervision und deren Effekte auf die Therapie

## 9. LITERATURVERZEICHNIS

## 10. ANHANG

Diagramme, Abbildungen, sofern nicht bereits im Text angeführt  
Beispiele von eingesetzten Tests, Fragebögen, Tagebuchverfahren, Wochenplänen etc. (soweit zur Verdeutlichung notwendig)



---

**Vorstand / Präsidium / Ausbildungsleitung** Dr.<sup>in</sup> Liselotte Mäni Kogler **Geschäftsstelle** Roswitha Grill  
**Büro Salzburg** Paris-Lodron-Straße 32, 5020 Salzburg **Büro Wien** Leidesdorfgasse 11-13/1/Top 8, 1190  
Wien **Telefon** +43/(0)662/88 41 66 **Mail** office@institut-avm.at **Web** <https://institut-avm.at>