Basisdokumentation Verhaltenstherapie

Praxisorientierter Leitfaden zur Dokumentationsstruktur

© Lorenzo Sleiter 2026

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziel 2
Hinweis 2
2. Grundprinzip: Trennung der Ebenen 2
Bezug zur verhaltenstherapeutischen Fallkonzeption 2
3. Anwendung und Umsetzung 2
4. Pflichtdokumentation 3
4.1 Verlaufsdokumentation 4
4.2 Stammdaten und Anamnese 4
5. Persönliche Arbeitsnotizen 5
5.1 Sitzungseinträge 5
5.2 Kurz-Fallkonzept (SORKC) 6
5.3 Kurzcheck vor jeder Sitzung und Supervision 6
6. Legende 7
7. Rechtliche Grundlagen 7
8. Literatur 8
9. Hinweise 8

1. Einleitung und Ziel

Dieses Dokument stellt eine praxisorientierte Struktur für die psychotherapeutische Dokumentation in der Verhaltenstherapie dar. Es verbindet rechtliche Anforderungen mit klinischer Praktikabilität.

Hinweis

Diese Unterlagen sind persönliche Arbeitsunterlagen und keine offiziellen Dokumente der AVM-Ausbildungskommission. Sie dienen als praxisorientierte Orientierung und stellen keine verbindlichen Vorgaben dar.

2. Grundprinzip: Trennung der Ebenen

Es wird unterschieden zwischen Pflichtdokumentation (prüffähig) und persönlichen Arbeitsnotizen (klinische Orientierung). Diese Trennung dient auch dem juristischen Schutz.

Nicht alle klinischen Überlegungen gehören in die prüffähige Dokumentation.

Bezug zur verhaltenstherapeutischen Fallkonzeption

Die Struktur orientiert sich an der funktionalen Verhaltensanalyse nach Kanfer (SORKC-Modell) sowie an zentralen Konzepten der Verhaltenstherapie (vgl. Gatterer).

Die detaillierte Ausarbeitung erfolgt primär in den Arbeitsnotizen, da diese der klinischen Orientierung und Gedächtnisstütze dienen. In der Pflichtdokumentation erfolgt lediglich eine knappe, prüffähige Abbildung (z. B. Hinweis auf Verhaltensanalyse nach SORKC).

Wenn eine SORKC-Analyse gemeinsam mit Patient:innen erarbeitet wird, ist diese als Teil des therapeutischen Prozesses zu verstehen und damit grundsätzlich zugänglich (z. B. Einsicht oder fotografische Dokumentation durch Patient), ist aber nicht zwingend erforderlich in der Pflichtdokumentation inhaltlich zu übernehmen.

Zusätzlich werden zentrale Wirkfaktoren im Sinne von Grawe berücksichtigt (u. a. Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung und Bewältigung) sowie kontextuelle Faktoren im Sinne verhaltenstherapeutischer Modelle (vgl. Gatterer).

3. Anwendung und Umsetzung

Die vorliegende Struktur dient als Orientierung und kann je nach Setting unterschiedlich umgesetzt werden.

Grundsätzlich bestehen zwei praktikable Varianten:

1. Nutzung innerhalb einer Praxissoftware

In vielen Praxissettings wird die Dokumentation in einer Softwarelösung geführt. In diesem Fall wird empfohlen:

- Pflichtdokumentation und persönliche Arbeitsnotizen in getrennten Bereichen zu führen

- die Struktur sinngemäß in die vorhandenen Eingabefelder zu übertragen

- die Verlaufsdokumentation in knapper, prüffähiger Form abzubilden

- persönliche Arbeitsnotizen nur dort zu führen, wo dies datenschutzrechtlich und organisatorisch vorgesehen ist

Die konkrete Umsetzung richtet sich nach den Möglichkeiten der jeweiligen Software.

2. Nutzung als Word-Dokumente

Alternativ kann die Dokumentation in Word geführt werden. In diesem Fall wird empfohlen:

- zwei getrennte Dokumente zu führen:

  • Pflichtdokumentation

  • persönliche Arbeitsnotizen

Pflichtdokumentation (Word):

- Kopf mit Name, Diagnose und genehmigten Einheiten

- Verlaufsdokumentation oben (neueste Einträge zuerst)

- Stammdaten und Anamnese am Ende des Dokuments

Persönliche Arbeitsnotizen (Word):

- Kopf mit Name und Diagnose

- Sitzungseinträge oben (neueste zuerst)

- darunter Kurz-Fallkonzept (SORKC)

- ergänzend Kurzcheck und Supervision

Zur Effizienzsteigerung wird empfohlen, die Vorlagen als Schnellbausteine (AutoText) in Word zu speichern und über Kürzel (z. B. „sitzung“, „check“) einzufügen.

4. Pflichtdokumentation

Strukturempfehlung:

- Kopf:
  - Name Klient:in:
  - Diagnose:
  - Genehmigte Einheiten:
- Verlaufsdokumentation (laufend, neueste oben)
- Stammdaten und Anamnese (unten im Dokument)

4.1 Verlaufsdokumentation

Einh.:
Datum:
Problem – Intervention – Verlauf:
HA:
Bes.:

Einträge kurz, sachlich und prüffähig formulieren. Neueste Einträge stehen immer oben.

Beispiel:

Einh.: 12
Datum: 12.02.06
Problem – Intervention – Verlauf: Soziale Vermeidung – EXP/KOG – leichte Besserung (↓), mehr Einsicht (↑)
HA: soziale Kontakte:
Bes.: Motivation gestiegen:

4.2 Stammdaten und Anamnese

Stammdaten

- Name Klient:in:
- Geburtsdatum:
- Adresse:
- Kostenträger:
- Versicherungsnr.:
- Hausärzt:in:
- Überweisung:
- Datum Erstgespräch:

Kurzfallübersicht

- Hauptproblem:
- Behandlungsanlass:
- Leidensdruck:
- Klinischer Eindruck:

Vorgeschichte

- Frühere Erkrankungen:
- Medikation:
- Verlauf:

Lebenskontext

- Familie:
- Beruf:
- Belastungen:
- Ressourcen:

Risiko

- Suizidalität:
- Fremdgefährdung:
- Schutzfaktoren:

Diagnose

- ICD-Code und Diagnosebezeichnung:

Therapieplanung

- Ziele:

Formalia

- Aufklärung erfolgt:

5. Persönliche Arbeitsnotizen

Strukturempfehlung:

- Kopf: Name + Diagnose:
- Sitzungseinträge (neueste oben):
- Kurz-Fallkonzept darunter:

5.1 Sitzungseinträge

Einh.:
Datum:
Problem – Intervention – Verlauf:
HA:
Fokus nächste Sitzung:
Bes.:

Beispiel:

Einh.: 12
Datum: 12.02.6
Problem – Intervention – Verlauf: soziale Angst (Problem) - INT: EXP, KOG (Intervention) - weniger Vermeidung (↓), mehr Einsicht (↑) (Verlauf)
HA: soziale Kontakte:
Fokus: Gedanken überprüfen:
Bes.: gute Mitarbeit

5.2 Kurz-Fallkonzept (SORKC)

Problem:
S:
O:
R:
C:
Ressourcen:
Hypothese:
Ziele:
Fokus:

Beispiel:

Problem: soziale Angst:
S: Gruppensituationen:
O: negative Selbstbewertung:
R: Angst, Vermeidung:
C: Entlastung durch Rückzug:
Ressourcen: Reflexionsfähigkeit:
Hypothese: Vermeidung stabilisiert Angst:
Ziele: Exposition:
Fokus: soziale Situationen:

5.3 Kurzcheck vor jeder Sitzung und Supervision

Kurzcheck
Letzte Sitzung:
Fokus:
Ziel:

Supervision
Datum:
Supervisor:in:
Fragestellung:
Erkenntnisse:

6. Legende

Kognitiv:
KOG = Kognitive Umstrukturierung:
SK = Sokratischer Dialog:

Behavioral:
EXP = Exposition:
SORKC = Verhaltensanalyse:
PLAN = Wochenplan:

Emotional:
GP = Gefühlsprotokoll:
VA = Vertikale Analyse:
IRRT = Imagery Rescripting:

Erlebnisorientiert:
ROLL = Rollenspiel:
SD = Stuhldialog:
HYP = Hypnose:

Regulativ:
REL = Entspannung:
RES = Ressourcenarbeit:
PSYEDU = Psychoedukation:

Verlauf:
↓ Verbesserung:
↑ Einsicht:
= unverändert:

Dokumentationsfelder:
Bes. = Besondere Ereignisse / klinische Entscheidungen (z. B. Risiko, Settingänderung, Therapieanpassung)
HA = Hausaufgabe / Vereinbarung

7. Rechtliche Grundlagen

Psychotherapiegesetz 2024 (§44 Dokumentationspflicht)
DSGVO (Art. 5 Abs. 1 lit. E)

Die Dokumentation ist mindestens 10 Jahre aufzubewahren und danach zu löschen oder zu anonymisieren, sofern kein legitimer Grund für längere Speicherung besteht.

8. Literatur

Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006). Selbstmanagement-Therapie.
Grawe, K. (2000). Psychologische Therapie.
Gatterer, G. (2022). Praxis Verhaltenstherapie.

9. Hinweise

Die vorliegende Basisdokumentation sowie die beschriebene Dokumentationsstruktur sind aus klinischer Praxiserfahrung entstanden. Konzeptualisierung, Auswahl der Struktur und klinische Entscheidungsprozesse beruhen auf eigener therapeutischer Arbeit und reflektierter Anwendung verhaltenstherapeutischer Modelle.

Bei der redaktionellen Ausarbeitung des Begleittextes und der formalen Struktur wurden unterstützend digitale Werkzeuge, einschließlich KI-basierter Systeme, verwendet.

Einzelne Teile können bei Bedarf kopiert und angepasst werden. Verantwortung liegt bei der jeweiligen Therapeutin bzw. dem Therapeuten.

Die vorliegende Dokumentation stellt ein Strukturangebot dar und ersetzt nicht die eigenverantwortliche klinische und rechtliche Beurteilung im Einzelfall.