

Merkblatt zur Erstellung von Prüfungsanamnesen im Rahmen der Berufsqualifizierenden Tätigkeit III (BQT III) – Kinder und Jugendliche

Für die mündlich-praktische Fallprüfung als Teil der psychotherapeutischen Prüfung zur Erlangung der Approbation sind gemäß PsychThApprO § 38 vier schriftliche Patientenanamnesen anzufertigen (s. auch PsychThApprO § 18 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b), von denen eine Anamnese Gegenstand der mündlich-praktischen Fallprüfung ist. Im Folgenden informieren wir Sie über die formalen und inhaltlichen Standards, die die vier geforderten Anamnesen erfüllen müssen, um als Prüfungsanamnesen für die mündlich-praktische Fallprüfung akzeptiert zu werden.

Formale Vorgaben zur Erstellung von Prüfungsanamnesen:

- Die Anamnese muss mit einem Deckblatt versehen sein (siehe Anhang)
- Der Umfang der Anamnese soll nicht weniger als drei und nicht mehr als fünf DIN A4-Seiten umfassen - exklusive Deckblatt
- Empfehlung: Schriftart Arial, Schriftschnitt Standard, Schriftgrad 11; Zeilenabstand 1,5-fach, Abstand nach Absatz 6 pt, Überschriften fett, Hervorhebungen im Text per Fettdruck
- Die Anamnese muss anonymisiert sein

1. Relevante soziodemographische Daten

Abschnitt 1 soll kurz und prägnant die wichtigsten Angaben zur aktuellen Soziodemografie der Patientin /des Patienten abbilden.

- Alter
- Angaben zur Lebenssituation
- Kindergarten? Schulart?
- ggf. Schulabschluss / Arbeitsstelle
- Geschwisteranzahl und -position
- Alter und Beruf der Eltern und ggf. der primären Betreuungspersonen

2. Symptomatik und psychischer Befund

Abschnitt 2 soll die von der/m Pat. berichtete aktuelle Symptomatik wiedergeben, die die Diagnose(n) begründet. Abschnitt 2 ist rein deskriptiv, ohne Wertungen oder Interpretationen des Therapeuten. Außerdem sollen der psychopathologische Befund sowie psychodiagnostische Testergebnisse aufgeführt werden.

Inhalte:

- spontan berichtete Symptomatik
- möglichst mit wörtlichen Zitaten (in Anführungszeichen)
- erfragte Symptomatik

- Wiedergabe der Schilderungen durchgehend im Konjunktiv („Er sagte, er habe ...“ „Sie sagte, sie sei ...“)
- Es sollte die aktuelle Symptomatik und die Symptomatik aus den vergangenen Wochen wiedergegeben werden. Länger zurückliegende Symptomatik sollte in Abschnitt 4 wiedergegeben werden („Entwicklung der Symptomatik“).
- Die Darstellung der Symptomatik sollte sehr konkret sein
 - Wie sieht die Symptomatik genau aus?
 - Berücksichtigung der vier Modalitäten *Verhalten, Kognition, Emotion, Physiologie*
 - Wie häufig tritt die Symptomatik auf? In welchen Situationen tritt die Symptomatik auf? Wie reagieren Bezugspersonen?
- Neben den Schilderungen des Kindes sollten auch die Angaben von Bezugspersonen wie Eltern, Lehrkräften oder Betreuungspersonen einbezogen werden. Es sollte jeweils erwähnt werden, welche Person die Schilderungen vorgetragen hat.
- **Psychopathologischer Befund**
- **Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren**
- Unter Abschnitt 2 sollte sich die Symptomatik wiederfinden, die auch die Diagnose unter Abschnitt 6 begründet. Nach Möglichkeit sollte unter Abschnitt 2 weitgehend die Symptomatik aufgeführt sein, die im Querschnitt den Diagnose-Kriterien entspricht. Die Längsschnitt-Diagnose-Kriterien sollten im Abschnitt 4c aufgeführt sein.
- Liegen mehrere Diagnosen vor, sollten die dazugehörigen Symptomatiken in Abschnitt 2 durch Absätze getrennt in der Reihenfolge ihrer Krankheitswertigkeit wiedergegeben werden (hohe Krankheitswertigkeit zuerst).
- Liegt zusätzlich eine Symptomatik von Krankheitswert vor, die aber keine Diagnose begründet, sollte diese Symptomatik auch durch einen Absatz getrennt werden. In Abschnitt 6 sollte erwähnt werden, dass trotz in Teilen gegebener Symptomatik die Diagnose-Kriterien nicht erfüllt werden.

3. Somatischer Befund/Konsiliarbericht

- Somatische Befunde (einschließlich Suchtmittelkonsum)
- Ggf. aktuelle psychopharmakologische Medikation
- Frühere Fördermaßnahmen, psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Vorbehandlungen, ggf. auch aufgrund anderer Auffälligkeiten, unter Nennung von:
 - Art der Vorstellung: z.B. Frühförderung, Ergotherapie, Sprachtherapie, Beratungsstellen, Jugendhilfemaßnahmen, kinder- und jugendpsychiatrische ambulante oder stationäre Behandlung, frühere Psychotherapie
 - Jahr der Vorstellung oder Jahr und Dauer der Maßnahme
 - ggf. bei kinder- und jugendpsychiatrischer oder psychotherapeutischer Vorstellung vergebene ICD-10, Kapitel F-Diagnose, ggf. Wiedergabe früherer IQ-Befunde
 - ggf. frühere und aktuelle psychopharmakologische Medikation: Art, Dauer und aktuelle Dosierung, Verordnung durch wen
 - Empfehlung der jetzt geplanten psychotherapeutischen Behandlung durch wen?

4. Biografische Anamnese (Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin / des Patienten) und Krankheitsanamnese

Wichtige Aspekte sind zum Beispiel:

- Familiäre und soziale Situation
 - aktueller Lebensmittelpunkt des/der Patient*in (Patient*in lebt mit wem wo? Bsp.: bei alleinerziehender Mutter, in Drei-Zimmer-Wohnung in einer Kleinstadt)
 - Eltern: Alter, Berufstätigkeit, besondere Belastungen und Auffälligkeiten, finanzielle Situation der Familie
 - bei Trennungssituationen der Eltern: Jahr der Trennung und ggf. Scheidung, Sorgerecht, aktuelle Partnerschaften der Eltern, Kontakt zum getrenntlebenden Elternteil
 - bei Aufenthalt außerhalb der Familie: Art und gesetzliche Grundlage der Unterbringung, Beginn der Unterbringung, aktueller Kontakt zu den Eltern oder anderen Bezugspersonen
 - Geschwister: Alter, Geschlecht, besondere Belastungen und Auffälligkeiten, bei getrenntem Aufenthalt: Geschwister leben wo?
 - Verhältnis zu wichtigen Bezugspersonen (Güte/Qualität der Beziehung? Nähe/Distanz?)
 - Psychische Erkrankungen bei Familienmitgliedern oder weiteren leiblichen Verwandten

- Psychische und körperliche Entwicklung des Patienten
 - Besonderheiten und Belastungen während Schwangerschaft und Geburt
 - Frühkindliche Besonderheiten und Belastungen (z.B. medizinische, familiäre, soziale)
 - Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, Statomotorik und Sauberkeit (Meilensteine der Entwicklung zeitgerecht erreicht?); Temperament/Trotzphasen?
 - Besuch des Regelkindergartens oder eines heilpädagogischen Kindergartens, Sprachheilkindergartens, etc. (Eintrittsalter, Trennungsangst bei Eingewöhnung, Spielvorlieben, Verhaltensauffälligkeiten?)
 - Schulsituation: Eintrittsalter, aktuell besuchte Schulform, Klasse, besondere Auffälligkeiten oder Belastungen (z.B. Klassenwiederholungen, häufige Schulwechsel, hohe Zahl an Fehlstunden), ggf. Schulabschluss und Jahr des Schulabschlusses
 - ggf. Ausbildung, berufliche Situation: Art und Beginn, besondere Belastungen und Auffälligkeiten
 - Freizeitaktivitäten, Interessen und soziale Kontakte
 - noch nicht berichtete Besonderheiten und Belastungen in Kindheit und Jugend (z.B. medizinische, familiäre, soziale)

- Entwicklung der Symptomatik, die zur aktuellen Vorstellung geführt hat (Krankheitsanamnese)
 - Beginn und Verlauf der Symptomatik, mit Beschreibung von Intensität und Grad der Belastung, unter Berücksichtigung biografischer Prägungen und Lernerfahrungen
 - Veränderungen der Symptomatik, ggf. in verschiedenen Lebensbereichen

5. Erklärungsmodell

- Erarbeitung eines Erklärungsmodells anhand verhaltenstherapeutischer oder psychodynamischer Ansätze

Verhaltensanalyse	Tiefenpsychologisch-fundiert (nach OPD-KJ-II)
<p>Makroanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genetische Prädispositionen • Lerngeschichtliche Dispositionen • Auslösende Faktoren • Aufrechterhaltende Faktoren <p>Mikroanalyse (SORKC-Modell)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situation <ul style="list-style-type: none"> ○ S_{intern} ○ S_{extern} • Organismusvariablen • Reaktion <ul style="list-style-type: none"> ○ R_{kognitiv} ○ R_{emotional} ○ R_{physiologisch} ○ R_{motorisch} • Kontingenz • Konsequenzen <ul style="list-style-type: none"> ○ C_{kurzfristig} ○ C_{langfristig} 	<p>Auslösende Situation</p> <p>Beziehungsdynamik</p> <p>Konfliktebene (inkl. aktiver vs. passiver Modus)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nähe versus Distanz • Unterwerfung versus Kontrolle • Selbstversorgen versus Versorgtwerden • Selbstwertkonflikt • Schuldkonflikt • Ödipaler Konflikt • Identitätskonflikt <p>Strukturniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Steuerung • Identität • Interpersonalität • Bindung

6. Diagnosen

- Diagnosestellung
- Differenzialdiagnosen: Abgrenzung zu den wichtigsten Differentialdiagnosen unter Hinzuziehung der Diagnosekriterien („Störung x konnte ausgeschlossen werden, da...“)

Protokoll Nummer 1 bis 4 der Patient:innenanamnese in der berufsqualifizierenden Tätigkeit III (BQT III)

Masterstudiengang Psychologie mit dem Schwerpunkt
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Hildesheim

Zu prüfende Person B.Sc. (Vorname/Name)

Patient:in Frau P., Alter bei Behandlungsbeginn: 89 Jahre

Diagnosen

1. Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1) (ICD-10: F00.1 G)
2. Organische Angststörung (ICD-10: F06.4 G)
3. Ggf. weitere F-Diagnosen

Behandlungszeitraum Februar 2019 bis Februar 2020

Psychotherapie (Stundenanzahl) Std. in BQT III:
 stationäre Behandlung BQT III
 ambulante Behandlung BQT III
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Anleitende:r
Psychotherapeut:in** (Name u. Institution)

Ich bestätige hiermit, dass die dargestellte Patient:innenanamnese auf einem realen Behandlungsfall aus der oben genannten Einrichtung basiert und dass der Behandlungsfall in der Patient:innenanamnese ausreichend pseudonymisiert wurde.

Unterschrift
Student:in

Unterschrift/Stempel
Anleitende:r Psychotherapeut:in

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Prüfungsanamnese selbstständig verfasst und zu Erstellung keine KI-Systeme genutzt habe. Die eingereichte Anamnese ist nicht anderweitig als Leistung verwendet worden. Mir ist bewusst, dass wahrheitswidrige Angaben als Täuschung behandelt werden.

Unterschrift
Student:in