

Wie dokumentiere ich richtig?

Dokumentation in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis.

Die Dokumentation der psychotherapeutischen Sitzungen ist eine Selbstverständlichkeit. Wir alle dokumentieren bereits viele Sachverhalte in unseren psychotherapeutischen Praxen. Dafür nutzen wir dafür in der Regel hilfreiche Vorlagen, die sich an unseren individuellen fachlichen Bedürfnissen orientieren und uns im Praxisalltag unterstützen.

Die Dokumentation dient aus psychotherapeutischer Sicht vielen Zwecken, zunächst der eigenen Erinnerung an vorangegangene Sitzungen und der therapeutischen Prozesse. Hier sind manchmal Details entscheidend, um das Störungsbild mit seiner Entstehung zu verstehen. Natürlich können wir nicht alles haargenau dokumentieren, wir entscheiden, was fachlich relevant ist.

Die Anforderungen der Dokumentation gehen allerdings deutlich über die für Sie fachlich und als notwendig erachteten Inhalte hinaus. So dient die Dokumentation auch dem Schutz der Patient*innen, sie müssen nachvollziehen können, dass sie fachlich korrekt behandelt wurden, sie dürfen Einsicht in die Akte nehmen und ein*e Weiterbehandler*in muss die Vortherapie anhand der Dokumentation nachvollziehen können. Kommt es zu Zweifeln an der fachgerechten Behandlung, dient die vorliegende Dokumentation auch zur Beweisführung, unter Umständen vor einem Gericht. Darüber hinaus belegen wir gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit unserer Dokumentation, dass die Therapie ordnungsgemäß genehmigt, die Sitzungen tatsächlich stattgefunden haben und wir die geforderten Inhalte der abgerechneten Leistungen wirklich erbracht haben.

Um diese in der Gesamtschau wichtigen Inhalte zu dokumentieren, sind im Einheitlichen Bemessungsmaßstab (EBM) auch Zeiten für die Dokumentation hinterlegt. Beispielsweise sind für die Abrechnung einer 50-minütigen Psychotherapie-stunde zusätzlich 20 Minuten für die Vor- und Nacharbeiten eingepreist. Auch andere Abrechnungsziffern weisen zusätzliche Zeiten für diese Arbeiten auf. Das diese eingepreisten Arbeitszeiten nicht immer dem Praxisalltag entsprechen

und deutlich höher liegen – beispielsweise bei den 60 Minuten für einen Bericht an den Gutachter – steht auf einem anderen Blatt und soll in diesem Beitrag nicht weiter thematisiert werden.

Zweifeln Patient*innen, die Kassenärztliche Vereinigung (KV), die Psychotherapeutenkammer oder die Gerichtsbarkeit an der regelrechten Ausführung der Behandlung, ist die Dokumentation geldwert: Gut dokumentiert ersparen sich hier Handelnde Rechts-/Streitigkeiten und können sich anhand von Belegen bei Anklagen „verteidigen“.

Dieser Beitrag soll dazu dienen, dass Sie den rechtlichen Korridor kennenlernen. Hier spielen die gesetzlichen Regelungen und die Erfahrungen aus Rechtsstreitigkeiten eine Rolle. In der Rechtsprechung zeigen sich oftmals erst die Spielräume, aber auch die Grenzen, die nicht überschritten werden können. Wir zeigen Ihnen für die Dokumentation die „Leitplanken“ auf, innerhalb derer Sie sich rechtssicher auf der „Fahrbahn“ bewegen können. Je nach innerer Risikobereitschaft werden einige Kolleg*innen sich bei einigen Punkten eher an der Leitplanke der Rechtsunsicherheit bewegen. Andere Kolleg*innen, die hier für alle eventuell eintretenden Fälle bestens gewappnet sein möchten, werden hier umfangreicher dokumentieren wollen. Letztlich ist auch jeder Einzelfall in Ihrer Praxis entscheidend, sodass es keine hundertprozentige Sicherheit geben kann.

Um sich für die für Sie angemessene Dokumentation entscheiden zu können, die nicht nur vom „Bauchgefühl“ geleitet wird, benötigen Sie Informationen über die mit Ihrer Dokumentation verbundenen Gesetze und deren Auslegung durch die aktuelle Rechtsprechung. In dem ersten Beitrag „Rechtliche Grundlagen für die Dokumentation“ stellen wir Ihnen diese vor. In einem weiteren Beitrag stellen wir Ihnen Formulare der DPTV vor, die Sie unterstützen können, zu einer guten Dokumentationspraxis in Ihrem Praxisalltag zu gelangen. Diese soll im Ergebnis Ihren fachlichen Notwendigkeiten entsprechen und gleichzeitig Ihrem persönlichen Sicherheitsbedürfnis nach einer rechtssicheren Dokumentation Rechnung tragen.

Barbara Berner, Anne Maria Günther

Rechtliche Grundlagen für die Dokumentation

Dokumentation aus berufsrechtlicher, zivilrechtlicher und sozialrechtlicher Sicht

Die Dokumentationspflichten in einer psychotherapeutischen Praxis ergeben sich aus einem Zusammenspiel unterschiedlicher gesetzlicher Normen und finden sich im Berufsrecht, Zivilrecht und Sozialrecht.

§ 9 der Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (MBO) in der Fassung vom 17. November 2018 regelt berufsrechtlich, dass Psychotherapeut*innen verpflichtet sind, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung oder Beratung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Die verbindlichen Landesberufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern sind zum Teil identisch gefasst (Übersicht bei Stellpflug/Berns

Die Dokumentation ist eine berufsrechtliche Pflicht, die von erheblicher Bedeutung ist, da sie dazu beiträgt, eine ordnungsgemäße Berufsausübung zu gewährleisten und der Sicherheit der Patient*innen dient.

Musterberufsordnung, 4. Auflage medhochzwei Verlag Heidelberg 2020). Zum Inhalt der Dokumentation normiert § 9 Abs. 2 MBO, dass in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen, Arztbriefe in die Patientenakte aufzunehmen sind. Die Dokumentation ist somit eine berufsrechtliche Pflicht, die von erheblicher Bedeutung ist, da sie dazu beiträgt, eine ordnungsgemäße Berufsausübung zu gewährleisten und der Sicherheit der Patient*innen dient.

Die Dokumentationspflicht ist daher auch eine vertragliche Pflicht, die sich aus dem Behandlungsvertrag ergibt, den Patient*innen mit Therapeut*innen abschließen. Der Behandlungsvertrag ist in § 630 a BGB geregelt. Nach § 630 f BGB trifft Psychotherapeut*innen zivilrechtlich im Rahmen des Behandlungsvertrags mit Patient*innen die Pflicht zur Dokumentation der Behandlung in Gestalt einer Patientenakte. Die Patientenakte kann in Papierform oder elektronisch geführt werden. Dabei ist sie von der elektronischen versichertengeführten Patientenakte (ePa) nach § 341 SGB V zu unterscheiden, auf der Versicherte ihre gesamten Gesundheitsdaten sammeln können. Die Nutzung der ePa ist freiwillig und wird auf Wunsch der Versicherten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt und von den an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden oder den Versicherten selbst mit medizinischen Daten befüllt.

Die Dokumentationspflicht ergibt sich auch aus dem Behandlungsvertrag.

Begleitet wird die Dokumentationspflicht durch das in § 630 g BGB normierte Einsichtsrecht der Patient*innen in diese Dokumentation. Gemeinsam dienen Dokumentationspflicht und Akteneinsichtsrecht dem Zweck, die Aufklärung der Patient*innen zu verbessern und die Informationsrechte der Patient*innen zu unterstützen und zu stärken. Inhaltlich sind die für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, die aus fachlicher Sicht der Behandlung wesentlich sind beziehungsweise sein können (Begründung zu § 630 f BGB im Patientenrechtegesetz, BT-Drucks. 17/10488 S. 25). Hiermit sind solche Maßnahmen und Ergebnisse gemeint, deren Aufzeichnung geboten ist, die weiterbehandelnden Psychotherapeut*innen über den Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung für ihre künftigen Entscheidungen ausreichend zu informieren (BGH v. 23.03.1993 – VI ZR 26/92). Die Dokumentation dient somit der Therapiesicherung.



Die Dokumentation dient auch der Rechenschaftslegung. Die gewählten Leistungen, die gegenüber Patient*innen erbracht werden, sollen nachvollziehbar sein. Schließlich dient die Dokumentation der Beweissicherung und damit dem Nachweis der erbrachten Maßnahmen. Wird etwas nicht dokumentiert, wird vermutet, dass es nicht erbracht wurde (§ 630 f Abs. 3 BGB). Das unterstreicht die Wichtigkeit der Dokumentationspflicht, da die Dokumentation in einer Rechtsstreitigkeit als wichtige Erkenntnisquelle herangezogen werden kann. Auch die Anforderung, die Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung zu erstellen (§ 9 Abs. 1 MBO, gleichlautend in § 630 f Abs. 1 BGB), stärkt den Wahrheitsgehalt einer guten und vollständigen Dokumentation.

Eine andere Zielrichtung als die berufsrechtliche und zivilrechtliche Dokumentationspflicht hat die sozialrechtliche Dokumentationspflicht. Diese dient dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sicherung der Qualität der Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung. Sozialrechtliche Dokumentationspflichten ergeben sich entweder aus dem SGB V oder den vertragsärztlichen untergesetzlichen Normen (Bundesmantelvertrag BMV-Ä, Psychotherapie-Vereinbarung, Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses) sowie den Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Hierzu hat die Rechtsprechung festgestellt, dass es bei der im Einzelnen ausdifferenzierten Vergütungsstruktur nach SGB V mit der wechselseitigen Abhängigkeit der Leistungserbringer*innen vom Verhalten der anderen von überragender Bedeutung sei, dass abgerechnete Leistungen erforderlich und wirtschaftlich sind.

AUS DER PRAXIS

Als zu beachtendes Gemeinwohlbelang trete neben der Volksgesundheit das Funktionieren des vertragsärztlichen Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus der Bindung des Vertragsarztsystems folge für jeden, der daran teilnimmt, dass er oder sie an einer ordnungsgemäßen und auch kontrollierbaren Abrechnung teilnimmt (Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht v. 24.07.2018 – L 4 KA 37/16; zu den Abrechnungsmodalitäten siehe Best in: Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung – Abrechnung, S. 241f.). Demzufolge regeln die Vorgaben im SGB V (§ 294, 295, 73 Abs.1b SGB V, 57 BMV-Ä, § 38 Psychotherapie-Richtlinie), dass bestimmte Angaben zu dokumentieren und zu übermitteln sind.

In zeitlicher Hinsicht regeln alle drei zu beachtenden Regelungskreise identisch, dass die Patientenakte zehn Jahre nach Beendigung der Behandlung aufzubewahren ist.



Rechtliche Folgen unzureichender Dokumentation

Wenn ungenügend oder gar nicht dokumentiert wird, kann dies im zivilrechtlichen Haftungsprozess zu Beweiserleichterungen zugunsten der Patient*innen führen. Nach der Regelung über die Beweislast von Behandlungs- und Aufklärungsfehlern wird vermutet, dass die nicht dokumentierte wesentliche Maßnahme tatsächlich nicht stattgefunden hat (§ 630 h Abs. 3 BGB). Es obliegt dann den Psychotherapeut*innen das Gegenteil zu beweisen, was natürlich möglich ist, aber unnötige Mühen verursacht.

Aber nicht nur im Haftungsprozess kann eine unzureichende Dokumentation unangenehme Folgen mit sich bringen, auch im Prüfverfahren vor der Kassenärztlichen Vereinigung kann durch eine unzureichende Dokumentation eine Streichung der Honorarforderung folgen. Psychotherapeut*innen obliegt als Anspruchsteller*innen die Darlegungs- und Beweislast dafür, dass alle Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs vorliegen. Die Gebührenordnungsposition kann nur abgerechnet werden, wenn der beschriebene Leistungsinhalt einer Gebührenposition vollständig erbracht wurde. Immer dann, wenn eine Leistungsziffer des EBM die Dokumentation explizit verlangt, muss sich dies in Ihren Unterlagen entsprechend wiederfinden. Beispielhaft sei hier die Berichtspflicht an den Hausarzt genannt (§ 73 Abs. 1b SGB V). Der EBM fordert nach 2.1.4. der Allgemeinen Bestimmungen, Berichte nach den

entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01600 oder 01601 zu erstellen, sofern die schriftliche Einwilligung der Patient*innen vorliegt. Der jährliche Bericht an den Hausarzt ist mithin Abrechnungsvoraus-

Was nicht dokumentiert ist, gilt zunächst als nicht geschehen.

setzung für die Antragspsychotherapie, es sei denn die Patient*innen haben von ihrem informationellen Selbstbestimmungsrecht Gebrauch gemacht und nicht in die Weitergabe des Berichts an den Hausarzt eingewilligt. Verweigern Patient*innen die Einwilligung, Hausarzt*innen oder Kinderarzt*innen ihre Befunde und Behandlungsdaten zu übermitteln, ist die genehmigungspflichtige Psychotherapie auch ohne schriftlichen Bericht an den Hausarzt/Kinderarzt berechnungsfähig. Das gleiche gilt, wenn Patient*innen auf Nachfrage der Psychotherapeut*innen überhaupt keine Hausarzt*innen oder Kinderarzt*innen haben. Die Einwilligung beziehungsweise die Verweigerung zur Schweigepflichtsentbindung sind zu dokumentieren, um die vollständige Erbringung nachweisen zu können. Ihnen als Anspruchsteller*in obliegt die Nachweispflicht, dass die Voraussetzungen der Gebührenposition tatsächlich erfüllt sind. Dazu gehört auch das Ausräumen von Zweifeln, wenn diese bestehen, da ansonsten der Honoraranspruch verwirkt sein kann.

Einsichtsrechte in die Dokumentation

Das Eigentum an der Dokumentation liegt bei den Psychotherapeut*innen. Patient*innen haben keinen Anspruch darauf, die Dokumentation im Original ausgehändigt zu bekommen. Es besteht aber ein Anspruch auf Einsichtnahme in

Patient*innen haben Anspruch auf Einsichtnahme in die Patientenakte.

die Patientenakte, der in § 630 g Abs. 1 BGB geregelt ist. Das Einsichtsrecht soll der Verwirklichung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der Patient*innen dienen. Der Patient hat ein schutzwürdiges Interesse zu erfahren, „wie mit seiner Gesundheit umgegangen wurde, welche Daten sich dabei ergeben haben und wie die weitere Entwicklung eingeschätzt wird.“ In Zusammenschau mit der Vorschrift des § 630 f BGB, der die umfassende Dokumentation der Behandlung vorschreibt, dient § 630 g BGB neben der reinen Informationsfunktion auch der Erleichterung der Durchsetzung etwaiger Haftungsansprüche gegen die Behandelnden durch Einsichtnahme in die Patientenakte. Der Einsichtsanspruch gilt für die vollständige Patientenakte. Was darunter zu verstehen ist, macht die Berufsordnung klar, in der ausdrücklich ausgeführt ist, dass sich der Anspruch auch auf persönliche und subjektive Wahrnehmungen der Therapeut*innen bezieht (§ 11 Abs. 1 MBO). Dies entspricht der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, welches entschieden hat, dass dem Informationsinteresse der Patient*innen grundsätzlich erhebliches Gewicht zukommt, da Krankenunterlagen mit ihren Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen Patient*innen unmittelbar in ihrer Privatsphäre betreffen, was auch Informationen über die psychische Verfassung betrifft (BVerfG v. 16.09.1998 – 1 BvR 1130/98; BVerfG v. 20.12.2016 – 2 BvR 1541/15).

Angehörige oder Erb*innen können ein Recht auf Einsichtnahme haben. Hier ist die (berufsrechtlich und strafrechtlich zu beachtende) Schweigepflicht über den Tod hinaus zu beachten, weshalb dieses Einsichtsrecht die Überprüfung vermögensrechtlicher Interessen durch die Erb*innen (zum Beispiel durch Überprüfung der Abrechnungsunterlagen) oder immaterieller Interessen durch die Angehörigen (bei der Geltendmachung von Schmerzensgeldansprüchen) umfasst (§ 630 g BGB). Darüberhinausgehende Einsichtsrechte müssen sich am tatsächlichen (ausdrücklich geäußerten)

Angehörige oder Erb*innen können ein Recht auf Einsichtnahme haben. Hier ist die (berufsrechtlich und strafrechtlich zu beachtende) Schweigepflicht über den Tod hinaus zu beachten.

oder mutmaßlichen Willen der Patient*innen orientieren. Hierzu hat das Oberlandesgericht Karlsruhe v. 14.08.2019 – 7 U 238/18 entschieden, dass Angehörige nicht das Recht haben, gegen den erklärten oder mutmaßlichen Willen des Verstorbenen Einsicht in die Behandlungsunterlagen zu nehmen – auch nicht aufgrund einer Vorsorgevollmacht. Im konkreten Fall bat die Mutter nach dem Tod der Tochter um Einsicht in die Patientenakte. Dieses Ersuchen lehnte der behandelnde Arzt mit der Begründung ab, die Patientin habe klar zu erkennen gegeben, dass Informationen, die das Verhältnis zu ihrer Familie, insbesondere zu ihrer Mutter betreffen, nicht weitergegeben werden sollten.

Das Einsichtsrecht muss nur zurücktreten, wenn ihm entsprechend wichtige Belange entgegenstehen (BVerfG v. 09.01.2006 – 2 BvR 443/02). Dies wirft viele Fragen insbesondere im psychotherapeutischen Bereich auf. In Betracht kommt hier die Gefährdung des Patienten oder der Patientin, drohende Verletzung erheblicher Rechte Dritter, in seltenen Fällen auch Verletzung der Persönlichkeitsrechte des behandelnden Psychotherapeuten durch eine Einsichtnahme in die Patientenakte.

Das Berufsrecht sieht zumindest keine berufsrechtliche Verletzung in dem letzteren Fall vor, in dem Therapeut*innen aus persönlichen Gründen das Einsichtsrecht verweigern. Schlussendlich muss hier im Einzelfall entschieden werden, die Gründe für die Verweigerung sollten gut dokumentiert werden.

Weiterhin sieht § 630 Abs. 2 BGB das Recht der Patient*innen auf Erhalt einer Abschrift der Patientenakte vor, wobei nach Satz 2 die hierdurch entstehenden Kosten von den Patient*innen zu tragen sind. Dabei geht diese Regelung im BGB in ihrem Schutzzumfang weiter als das entsprechende datenschutzrechtliche Auskunftsrecht nach Art. 15 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), das in diesem Zusammenhang auch herangezogen wird und die Übermittlung der Kopie in elektronischer Form vorsieht, ohne dass Kosten geltend gemacht werden können. Der Zweck des Auskunftsrechts nach Art. 15 DSGVO zielt allerdings primär auf datenschutzrechtliche Belange ab (Landgericht Dresden v. 29.05.2020 – 6 O 76/20; BGH EuGH-Vorlage v. 29.03.2022 – VI ZR 1352/20).

Dokumentationsarten

Die Dokumentation kann in schriftlicher oder elektronischer Form geführt werden. Für beide Varianten gilt, dass die Eintragungen datiert, jederzeit vorhaltbar und unabänderlich (zum Beispiel keine Verwendung von Bleistiften) archiviert sein müssen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur dann zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Für die elektronische Aktenführung gilt insbesondere, dass die Dokumentation nur rechtssicher ist, wenn sie auch fälschungssicher ist. Konkret bedeutet dies, dass insbesondere bei der elektronischen Dokumentation, zum Beispiel von Behandlungsdaten im Praxisverwaltungssystem gewährleistet sein muss, dass ursprüngliche Einträge erhalten bleiben und nachträgliche Änderungen erkennbar sind. Dies bestätigte zuletzt der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 27.04.2021 (Az.: VI ZR 84/19), das auf folgendem Sachverhalt beruht: Ein Patient sah schwarze Flecken auf seinem linken Auge und rief seine Augenärztin an, die ihn drei Tage später in die Praxis bestellte. Bei der Untersuchung diagnostizierte sie eine Glaskörpertrübung und keine Verletzung der Netzhaut. Umstritten war, ob die Pupillen für die Untersuchung erweitert wurden oder nicht und ungeklärt blieb, ob die Augenärztin auf Folgeuntersuchungen hingewiesen hatte oder nicht. In der Patientenakte war dies als geschehen notiert. Die Augenärztin nutzte für die Aktenführung eine elektronische Software, die nachträgliche Änderungen jedoch nicht sichtbar machen konnte. In der Folgezeit stellte ein Optiker eine Netzhautverletzung fest, woraufhin sich der Patient im Krankenhaus operieren ließ. Aufgrund von Komplikationen erblindete der Patient auf dem lin-

ken Auge. Er verlangte nun von seiner Augenärztin Schadensersatz für die mangelhafte Untersuchung des Augenhintergrunds. Der BGH gab dem Patienten teilweise Recht und begründete die Entscheidung damit, dass der elektronischen Dokumentation, die nicht mittels fälschungssicherer Software erstellt wurde, keine positive Indizwirkung dahingehend zukommt, dass die dokumentierte Maßnahme von dem Behandelnden tatsächlich getroffen worden ist. Dies folgt aus der Regelung in § 630 f Abs. 1 Satz 2 und 3 BGB, die wie folgt lautet: „Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.“ Für Psychotherapeut*innen hat das Urteil zur Folge, dass vor Gericht der Beweiswert der elektronischen Patientenakte prinzipiell in Frage gestellt werden kann, wenn im Praxisverwaltungssystem (PVS) keine fälschungssichere Dokumentation erfolgt. Nachträgliche Änderungen in der Patientenakte müssen erkennbar und mit dem Datum der Änderung versehen sein.

Die Dokumentation kann in schriftlicher oder elektronischer Form geführt werden. Berichtigungen und Änderungen sind nur dann zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind.

Grundsätzlich hat auch eine elektronisch geführte Patientenakte eine positive Indizwirkung für die Durchführung der dokumentierten Maßnahmen. Dies gilt jedoch nur dann, wenn die Dokumentation mit einer fälschungssicheren Software erstellt wurde. Wir empfehlen deshalb dringend, sich bei Ihrem PVS-Hersteller zu informieren, ob Ihre elektronische Software tatsächlich fälschungssicher ist.



Barbara Berner

Rechtsanwältin und Syndikusrechtsanwältin. Seit 1991 im Stabsbereich Recht der KBV tätig. Beraterin der KBV im G-BA in verschiedenen Unterausschüssen und Arbeitsgruppen. Unparteiisches Mitglied im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Land Brandenburg, Autorin und (Mit-) Herausgeberin von medizin- und gesundheitsrechtlichen Kommentaren und Handbüchern.



Anne Maria Günther

Rechtsanwältin und Syndikusrechtsanwältin bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen. Zuvor Stabsstelle Politik in der Bundesgeschäftsstelle der DPTV in Berlin.

Sabine Schäfer

DPtV-Formulare als praktische Hilfestellung für eine gute Dokumentation

Es gibt keine genauen Vorgaben, wie detailliert Ihre Dokumentation in der Patientenakte aussehen muss. Wie zu Beginn unseres Beitrags beschrieben, haben Sie Spielräume und diese können Sie individuell und auf den konkreten Behandlungsfall bezogen so nutzen, dass die Dokumentation für Sie praktikabel und nützlich ist. Die im Folgenden vorgestellten DPtV-Formulare dienen als Vorlage, um Ihr individuelles Do-

kumentationssystem zu entwickeln. Sind diese für Sie stimmig, können die Vorlagen auch eins zu eins übernommen werden. Für Sie ist es im Praxisalltag sicherlich hilfreich, wenn Sie was dokumentieren müssen. Deshalb wählen wir zur Orientierung die drei zeitlichen Abschnitte der Therapie: Beginn, Verlauf und Therapieende (siehe Boemke in Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis, Kapitel 640, S. 5). Je nachdem, ob die Therapie nur eine diagnostische Sitzung umfasst oder ob es sich hier um eine Langzeittherapie handelt, muss immer nur das dokumentiert werden, was wirklich stattgefunden hat.



Wir gehen hier in unserem Beispiel von einer kompletten Langzeittherapie aus, um eine beispielhafte Dokumentation einer Psychotherapie vorzustellen.

Sie werden feststellen, Sie dokumentieren in Ihrem Praxisalltag schon die meisten gesetzlich geforderten Sachverhalte. Dieser Lauf durch die Dokumentationsaspekte kann Sie dennoch vielleicht auf eine Lücke aufmerksam machen oder Ihnen eine Idee geben, wie Sie mit einer DPtV-Vorlage pragmatischer dokumentieren können.

Therapiebeginn

Zu Therapiebeginn müssen in der Akte dokumentiert werden:

1. Personenbezogene Daten
2. Rahmenbedingungen der Therapie
3. Aktuelle Sozialdaten
4. Biographische Daten
5. Diagnosen, diagnostische Befunde
6. Indikation
7. Prognose
8. Störungsdaten

DPtV-Vorlagen zu Therapiebeginn:

- Information zur Kontaktaufnahme: <https://t1p.de/yb6nh>
- KJP-Patientenbogen: <https://t1p.de/c4vht>
- Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht: <https://t1p.de/qbpd>
- KJP-Vollmacht für Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht: <https://t1p.de/zei11>
- Patientenmerkblatt zur ambulanten Psychotherapie: <https://t1p.de/psywu>
- Entbindung von der Schweigepflicht: <https://t1p.de/73w60>
- JP-Schweigepflichtsentbindung: <https://t1p.de/wd12z>
- KJP-Checkliste: <https://t1p.de/80jrf>
- Psychotherapievertrag: <https://t1p.de/eh1e>
- Patientenerklärung zur Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung an den Hausarzt gemäß der EBM-Bestimmung in Abschnitt 2.1.4: <https://t1p.de/gmj75>
- Bericht an den Hausarzt und ggf. an den Facharzt über die psychotherapeutische Behandlung gemäß des Leistungsinhaltes der EBM-Ziffer 01600: <https://t1p.de/b713>

Personenbezogene Daten

Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in der Regel die personenbezogenen Daten mit dem Einlesen der Versichertenkarte aufgenommen. Bei privat Versicherten ohne Versichertenkarte sollten Sie Name, Adresse, Versicherung, Versicherungsnummer händisch erheben. Klären Sie mit Ihren Patient*innen, wie Sie diese kontaktieren dürfen. Welche Telefonnummer darf genutzt werden? Welche E-Mailadresse und gegebenenfalls welcher Messenger? Das ist wichtig, um die datenschutzrechtlichen Anforderungen nach der Europäischen Datenschutzverordnung zu erfüllen (DPtV-Formulare „Information zur Kontaktaufnahme“, „KJP-Patientenbogen“).

Klären Sie mit Ihren Patient*innen, wie Sie diese kontaktieren dürfen.

In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss ganz zu Beginn geklärt werden, wer von den Eltern das Sorgerecht hat. Bei gemeinsamem Sorgerecht gilt gemäß der Berufsordnung vieler Landespsychotherapeutenkammern, dass der nicht-anwesende Elternteil schon beim ersten Kontakt sich mit der Behandlung des Kindes einverstanden erklären muss. Es empfiehlt sich deshalb, dieses unterschriebene Einverständnis bereits von Beginn an vorliegen zu haben (DPtV-Formular „Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht“, „KJP-Vollmacht für Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht“). Besonders in Fällen von Ehestreitigkeiten, die Sie manchmal erst später erfahren, können sich sonst für die Behandlung rechtliche Probleme ergeben.

Die Erhebung der Kontaktdaten von Sorgeberechtigten und anderer in die Betreuung involvierter Personen der minderjährigen Patient*innen ist keine Pflicht, jedoch üblich, um eine Kontaktaufnahme zu ermöglichen. Einzelheiten zum Umgang mit minderjährigen Patient*innen regelt § 12 der Musterberufsordnung für Psychotherapeut*innen (Einzelheiten und Übersicht zu den Regelungen der Landeskammern siehe Stellpflug in Musterberufsordnung für die Psychotherapeuten S. 249ff.). Alle

Alle Besonderheiten und rechtlichen Rahmenbedingungen, die bei der Psychotherapie von Minderjährigen beachtet werden müssen, sind kompakt in unserer DPtV-Information „Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ zusammengefasst.

Besonderheiten und rechtlichen Rahmenbedingungen, die bei der Psychotherapie von Minderjährigen beachtet werden müssen, sind kompakt in unserer DPtV-Information „Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (<https://t1p.de/dz8kz>) zusammengefasst. Sehr hilfreich ist auch die „KJP-Checkliste“, die Sie durch alle notwendigen formalen Besonderheiten in der Psychotherapie mit Minderjährigen führt.

Rahmenbedingungen einer Therapie

Patient*innen haben auch einen Anspruch, über die Rahmenbedingungen einer Therapie aufgeklärt zu werden. Sie interessiert schon im ersten Gespräch, ob die Sitzung von der Krankenkasse übernommen wird, wie formal eine Psychotherapie beantragt wird und welche Regelungen bei Absagen von Terminen bestehen, wie die Schweigepflicht gehandhabt wird und was an Mitarbeit patientenseitig gefordert ist. Diese Aufklärung kann mündlich und ergänzend auch mit der Patienteninformation „Patientenmerkblatt zur ambulanten Psychotherapie“ erfolgen. Hierbei gilt es, nicht nur das Merkblatt auszugeben, sondern die Inhalte zu erläutern und etwaige Fragen zu beantworten, um sicherzugehen, dass das Vermittelte auch verstanden wurde. Es ist hierbei auf das individuelle Bedürfnis der Patienten*innen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und auch bei Sprachschwierigkeiten einzugehen.

Für die Psychotherapeutischen Sprechstunde empfehlen wir unseren „Protokollbogen Psychotherapeutische Sprechstunde“. Dieser Bogen hilft Ihnen die aktuellen Beschwerden, Problembereiche, Selbst- und Fremdgefährdung, Medikamenteneinnahme, Suchtanamnese, Vorbehandlungen und -erkrankungen, vorläufige Diagnosen und den psychischen Befund strukturell zu dokumentieren und spart Ihnen Zeit durch viele Felder zum Ankreuzen.

Aktuelle Sozialdaten und biographische Daten

In der Biografischen Anamnese werden in der Regel alle aktuellen Sozialdaten (Beruf, Familiensituation et cetera) und auch die für die Behandlung relevanten biographische Daten erfasst. Wird die Biographische Anamnese abgerechnet, ist diese nicht mit einem von Patient*innen ausgefüllten Fragebogen erreicht. Sie haben aus fachlicher Sicht meist zusätzliche Fragen als das hier Niedergelegte. Auch umfasst die Biographische Anamnese die Auswahl der von Ihnen für die Behandlung relevanten Aspekte und damit der Beurteilung der biographischen Inhalte. Die sich daraus ergebene Kranken-anamnese legt dann die „Störungsdaten“ dar, damit ist die Entstehung, das erstmalige Auftreten, der Verlauf und die aufrechterhaltenden Bedingungen gemeint. Die DPTV hält für die Erhebung der Biographischen Anamnese eine Vorlage sowohl für Erwachsene als auch für minderjährige Patient*innen vor. Für den Psychodynamischen Befund kann die DPTV-Vorlage „Psychodynamik-Kurzbefund in Anlehnung an die OPD“ hilfreich sein, für die Verhaltensanalyse die beiden DPTV-Vorlagen „Verhaltensanalyse nach Kanfer zur Makroanalyse und zur Mikroanalyse“ und im Rahmen der systemischen Therapie die „Systemanalyse“. Liegt Ihnen über die Private Krankenkasse kein Formular für das Konzil vor, können Sie die DPTV-Vorlage „Konsiliarbericht Psychotherapie in der PKV“ nutzen.

universität
Witten/Herdecke

Master-Studium nach auslaufendem PsychThG

Nur noch für kurze Zeit: Jetzt Chance nutzen!

Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie & Psychotherapie (M. Sc.)

Bewerbungsfrist für das Wintersemester 22/23: **15.06.2022**

DEUTSCHES INSTITUT FÜR HOCHSCHULRANKING
CHE
Ranking
✓ FÜR NEUE STUDIENGÄNGE
2021 / 2022
DIE ZEIT

(Foto: UWH | Anne Kramer)

Ab dem Wintersemester 23/24 ist an der Universität Witten/Herdecke ein Master-Studium nur noch mit Bachelor-Abschluss nach neuer Approbationsordnung möglich.

Erfahren Sie mehr über das aktuelle Master-Studium in Witten:

- Schnupperangebote – nächster Termin: 11.06.2022
- Allgemeine Studienberatung

-
-
-

Weitere Informationen:

www.uni-wh.de/psychologie-msc

Ihr Kontakt bei Fragen:

bewerber-psychologie@uni-wh.de

(Foto: UWH | Johannes Buldmann)

Diagnostische Befunde

In der Akte sollen sich alle diagnostischen Befunde finden: der Überweisungsschein mit den Anmerkungen der Ärzt*innen, der Konsiliarbericht, Berichte von Vorbehandlungen. Je nachdem was bei Aufnahme noch fehlt, müssen diese Befunde noch angefordert werden. Auch die von Ihnen durchgeführten diagnostischen Anwendungen müssen hier mit Ihrer fachlichen Bewertung hinterlegt sein (Tests, Fragebögen oder Ähnliches).

Sollen diagnostische Befunde an Dritte weitergegeben werden oder von Dritten angefordert werden, kann dies nur dann erfolgen, wenn Ihre Patient*innen Sie zuvor von der Schweigepflicht entbunden haben. (DPTV-Formulare „Entbindung von der Schweigepflicht“ und „KJP-Schweigepflichtsentbindung“).

Für das Durchführen und Dokumentieren Ihrer patientenindividuellen Diagnostik bietet die DPTV ihren Mitgliedern zahlreiche Hilfestellungen an (siehe roter Kasten).

Diagnose und Indikationsstellung

Die erhobenen diagnostische Befunde führen Sie zu einer fachlichen Diagnose und einer Indikationsstellung. Darüber werden die Patient*innen schriftlich informiert. Im GKV-System geschieht dies mittels der „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde“ (PTV11):

Hier erhalten Patient*innen eine schriftliche Rückmeldung zu Befund, Diagnose, Indikationsstellung, und die daraus resultierenden Behandlungsmöglichkeiten. Dies soll einhergehen mit einer Aufklärung über die jeweilige Erkrankung. Das individuell ausgefüllte PTV 11 als auch das PTV 10, welches der Aufklärung über (alternative) Behandlungsmöglichkeiten dienen soll, muss regelhaft den Patient*innen ausgehändigt werden. Auch dann, wenn die Behandlung nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde bei Ihnen begonnen wird. Bei Privatpatient*innen sollten diese Inhalte im Gespräch vermittelt werden.

Das individuell ausgefüllte PTV 11 als auch das PTV 10, welches der Aufklärung über (alternative) Behandlungsmöglichkeiten dienen soll, muss regelhaft den Patient*innen ausgehändigt werden.

DPTV-Vorlagen zur Verlaufs-/Diagnostik (Auswahl):

- Biographische Anamnese: <https://t1p.de/16u0c>
- Biographische Anamnese KJP: <https://t1p.de/yvfwq>
- Protokollbogen Psychotherapeutische Sprechstunde: <https://t1p.de/5nph>
- Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV: <https://t1p.de/nfn0t>
- Psychodynamik-Kurzbefund in Anlehnung an die OPD: <https://t1p.de/qd7y6>
- Verhaltensanalyse nach Kanfer (Makronalyse): <https://t1p.de/wxmd1>
- Verhaltensanalyse nach Kanfer (Mikroanalyse und makroanalytische Zusammenhänge): <https://t1p.de/e8nk>
- Systemanalyse: <https://t1p.de/2e4ys>
- Bilanzbericht : <https://t1p.de/z16p2>
- Psychotherapieauswertung: <https://t1p.de/co2g4>



Behandlungsplan und Prognose

Um eine informierte Therapieentscheidung fällen zu können, stimmen Sie mit Ihren Patient*innen einen Behandlungsplan ab und stellen in diesem Rahmen auch eine Prognose zu den Möglichkeiten, die gesetzten Therapieziele zu erreichen. Es empfiehlt sich, diesen Behandlungsplan entweder auf einem gesonderten Blatt niederzulegen oder auf dem Sitzungsprotokoll so zu kennzeichnen, dass Sie den Plan bei Bedarf schnell wieder finden. Dieser Behandlungsplan mit prognostischer Einschätzung wäre bei Notwendigkeit eines Berichts im Rahmen des Gutachterverfahrens automatisch enthalten.

Entscheiden Sie sich mit Ihren Patient*innen eine Psychotherapie zu beginnen, dann gehören alle Antragsunterlagen in Kopie in die Akte. Im GKV-System sind dies alle vorgeschriebenen Formulare für den jeweiligen Antrag gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung: PTV 1, PTV 2 und gegebenenfalls PTV 12. Schreiben Sie begleitend zum Antrag Ihrer Patient*innen einen Bericht an den Gutachter, dann gehört auch dieser nebst der gutachterlichen Stellungnahme (PTV 5) in die Akte. Die Bewilligungsbescheide vervollständigen diesen Teil der Dokumentation.

Auch bei Privatpatient*innen empfiehlt es sich, die Antragsformulare in Kopie in der Akte zu hinterlegen und sich die Bewilligungsbescheide von den Patient*innen in Kopie geben zu lassen. Hier sind oftmals Informationen zum Behandlungsumfang oder speziellen Versicherungsbedingungen enthalten, deren Bedeutung für die Behandlungsplanung Ihre Patient*innen manchmal nicht umfassend einschätzen können.

Spätestens jetzt empfiehlt es sich mit Ihren Patient*innen einen schriftlichen Behandlungsvertrag abzuschließen. In diesem können Sie unter anderem darauf hinweisen, dass Ihnen ein Wechsel der Krankenversicherung anzuzeigen ist und Sie können Regelungen zu Terminabsagen festhalten. In unserem „DPTV-Psychotherapievertrag“ schlagen wir vor, sich das Besprechen des „DPTV-Patientenmerkblatts zur ambulanten Psychotherapie“ bestätigen zu lassen. In diesem Merkblatt werden sehr viele Punkte angesprochen, die inhaltlich zur gesetzlich geforderten Aufklärung der Patient*innen über den formalen Ablauf einer Psychotherapie gehören. Sie können in diesem Merkblatt auch weitere für Sie wichtige Aspekte ergänzen

und können damit das Merkblatt fast wie eine Art Checkliste für die Aufklärung nutzen. Beide DPTV-Mustervorlagen sind hilfreich, um die Inhalte der Aufklärung und einer Behandlungsvereinbarung transparent zu machen

Bitte vergessen Sie nicht vor Beginn der Behandlung mit Ihren gesetzlich versicherten Patient*innen die Erklärung zur Berichtspflicht an den Hausarzt auszufüllen, welche wir oben schon besprochen haben. Hilfreich ist hier das DPTV-Praxisformular „Patientenerklärung zur Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung an den Hausarzt gemäß der EBM-Bestimmung in Abschnitt 2.1.4“. Wünschen Ihre Patient*innen einen regelhaften Bericht, können Sie hierfür auch die hilfreiche Berichtsvorlage der DPTV nutzen („Bericht an den Hausarzt und ggf. an den Facharzt über die psychotherapeutische Behandlung gemäß des Leistungsinhaltes der EBM-Ziffer 01600“).



Formulare der Psychotherapie-Vereinbarung (Auswahl):

- PTV 1 Antrag des Versicherten auf Psychotherapie
- PTV 2 Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten
- PTV 5 Stellungnahme des Gutachters
- PTV 12 Anzeige der Akutbehandlung

Diese DPTV-Vorlagen können so übernommen oder auch Ihren ganz individuellen Wünschen an einen Protokollbogen angepasst werden.

Therapieverlauf

Im Therapieverlauf müssen in der Akte dokumentiert werden:

1. Angewandte Therapietechniken und Methoden inklusive Aufklärung, Psychoedukation
2. Besondere Vorkommnisse (Krisen)
3. Veränderungen im Setting, den Zielen
4. Therapeutische Veränderungen und Effekte
5. Probleme, Irregularitäten und Schwierigkeiten im Verlauf
6. Schweigepflichtentbindung

Bis auf die Schweigepflichtsentbindungen, die wir oben schon im Zusammenhang mit der Einholung externer Befunde besprochen haben, werden die ersten fünf Punkte am besten im Zusammenhang mit einem Protokoll zur Psychotherapiesitzung dokumentiert. Die gesetzlichen Grundlagen und Verpflichtungen zu diesen Dokumentationspflichten haben wir oben schon erläutert. Doch wie können Sie das möglichst gesetzeskonform abbilden? Und dann nichts Wichtiges übersehen? Und dann noch in einem angemessenen Zeitrahmen?

Die DPTV hat hierfür einen Vorschlag für einen „Protokollbogen für Psychotherapiesitzungen“ entwickelt und einen speziellen für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen („KJP-Protokollbogen“). Diese DPTV-Vorlagen können so übernommen oder auch Ihren ganz individuellen Wünschen an einen Protokoll-

AUS DER PRAXIS

bogen angepasst werden. Wenn Sie keine Vorlage nutzen wollen, ist das auch möglich, Sie müssten dann die oben beschriebenen geforderten Inhalte in freier Form niederlegen. Unsere Vorlagen zur Protokollierung einer Sitzung können als fachliche Checkliste oder Leitfaden verstanden und genutzt werden. So werden hier zu Beginn die Formalien wie Name, Datum und der zeitliche Umfang der Sitzung, gegebenenfalls auch weitere anwesende Personen (bei Gruppentherapie hier nur Namenskürzel der weiteren Patient*innen) eingetragen und ob es sich hier um eine Videositzung handelt oder ein Telefonat. Für Ihren Überblick können Sie auch einfügen, in welcher Therapiesitzung Sie sich mit dem Patient*innen befinden. In der Vorlage für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen können Sie die Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen festhalten und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten der Schweigepflicht gegenüber den Bezugspersonen nutzen.

Sie erfragen und erhalten in den Sitzungen Informationen zur Befindlichkeit der Patient*innen und können daraus auch Krisen, zum Beispiel die Gefahr einer Eigen- oder Fremdgefährdung, erfassen und entsprechend in der Sitzung fachlich intervenieren. Auch eine Dokumentation der therapeutischen Beziehung und des Interaktionsverhaltens sind für den therapeutischen Verlauf wichtig und können mit Stichworten zum Ankreuzen festgehalten oder in freier Form dargestellt werden. Möchten Sie erfassen, ob Hausaufgaben oder Anregungen aus der letzten Sitzung von Ihren Patient*innen aufgegriffen wurden, ist dafür auf dem DPTV-Sitzungsprotokoll auch ein Feld vorgesehen.

Ergeben sich hierzu in der Sitzung relevante therapeutische Inhalte, sind diese dann in der Darlegung des Sitzungsverlaufs auszuführen.



DPTV-Vorlagen zur Protokollierung der Therapiesitzung:

- Protokollbogen für Psychotherapiesitzungen: <https://t1p.de/spctr>
- KJP-Protokollbogen: <https://t1p.de/5eh51>

Sitzungsverlauf

Beim Dokumentieren des Sitzungsverlaufs ist erst einmal Maßstab, welche Notizen Sie für sich benötigen, um die Therapie gut nachvollziehen zu können. Wenn Sie mit der Hand schreiben, denken Sie daran, dass auch Dritte, zum Beispiel Nachbehandler*innen oder Ihre Patient*innen diese lesen können. Das muss nun keine Schönschrift sein, aber auch kein Schriftstil, den Sie selbst im Nachhinein nicht mehr entziffern können. Abkürzungen nutzt sicherlich jede*r von uns. Diese sind auch möglich, Sie sollten jedoch einmalig eine Übersicht anlegen, in der Sie Ihre gängigen Abkürzungen (zum Beispiel „GÜ“ für „Gegenübertragung“ oder „SKT“ für „Soziales Kompetenztraining“) auflisten. Therapeutische Veränderungen, Effekte, Schwierigkeiten im Verlauf können hier notiert werden. Ihre Notizen zum Sitzungsverlauf sollten bei Vorliegen von Suizidalität, schwerer Depressivität oder anderer Krisen

hier auch die fachlichen Checkfragen beinhalten und ihre Einschätzung und gegebenenfalls auch die Einleitung notwendiger Begleitbehandlungen.

Größere Veränderungen, zum Beispiel im Setting von Einzel- auf Gruppenpsychotherapie, oder auch bei der Anpassung der Therapieziele im Laufe der Therapie, gehören auch in ein Sitzungsprotokoll. Auch wenn sich die Diagnosen im Verlauf der Behandlung ändern. Es kann notwendig sein, dass Sie mit Ihren Patient*innen im Verlauf der Therapie die Veränderungen erfassen möchten. Hierfür kann der Patienten-Fragebogen „Bilanzbericht“ der DPTV genutzt werden, um die Patient*innen aktiv in die Reflexion mit einzubeziehen. Der DPTV-Bogen „Psychotherapieauswertung“ eignet sich, um Zwischenbilanzen aus fachlicher Sicht zusammenzufassen. Diese Erhebungen finden in der Regel bei den Überlegungen statt, ob eine Therapie beendet oder einer Verlängerung bedarf.

Beim Dokumentieren des Sitzungsverlaufs ist erst einmal Maßstab, welche Notizen Sie für sich benötigen, um die Therapie gut nachvollziehen zu können.



Martin H. Stellpflug/Inge Berns: Musterberufsordnung für die Psychotherapeuten, 4. Auflage 2020, medhochzwei Verlag, Heidelberg

Bender/Berner/Best/Dilling/Schaff/Uhlemann: Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung-Abrechnung, 3. Auflage 2022, medhochzwei Verlag, Heidelberg

Bell/Best/Gerlach/Lubisch/Schaff/Schmid: Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (MHP), Loseblattwerk 2022, medhochzwei Verlag, Heidelberg

Angewandte Therapietechniken und Methoden

Möchten Sie zeitsparend die von Ihnen angewandte Therapietechniken und Methoden protokollieren, schlagen wir Ihnen vor, eine Liste mit Interventionen und Methoden zusammenzustellen, die Sie häufig in der Behandlung anwenden. Mit einem entsprechenden Kreuz im Protokollbogen stellen Sie klar, dass Sie das, was Sie über den Sitzungsverlauf protokollieren, auch fachlich einordnen können. Stichworte können zum Beispiel sein: Krisenintervention, Stabilisierung, Klärung, Informationsvermittlung, Motivationsaufbau, Beziehungsaufbau, Beziehungsklärung, Verbesserung der Selbstakzeptanz, Bearbeitung von Konflikten, therapeutisches Rollenspiel.

Auch ein fester Platz auf Ihrem Sitzungsprotokoll für Hausaufgaben oder therapeutische Absprachen mag eine Hilfestellung sein, diese schnell bei einem Rückblick auf vorangegangene Protokolle wieder in den Blick nehmen zu können.

Therapieende

Therapieevaluation:

1. Unerwünschte Veränderungen
2. Weiterführende Empfehlungen
3. Vereinbarungen in Bezug auf Nachbetreuung

Planen Sie mit Ihren Patient*innen das Ende der psychotherapeutischen Behandlung, werden Sie hier sicherlich mit ihnen die Veränderungen gemeinsam besprechen, die im Laufe der Psychotherapie entstanden sind. Manchmal gehen die positiven Effekte (zum Beispiel mehr Unabhängigkeit und Lebensfreude durch verlorene Ängste) einher mit unerwünschten Veränderungen (zum Beispiel Partner*innen kommen mit der Veränderung nicht zurecht und Beziehungen verändern sich und gehen vielleicht sogar verloren). Werden mit den Patient*innen weiterführende Empfehlungen für die Zeit nach der Psychotherapie entwickelt, sollten diese auch kurz in der Therapieakte erwähnt werden, zum Beispiel Selbsthilfegruppen, regelmäßige Konsultation bei Fachärzt*innen/Psychiater*innen zur Überwachung der Medikation, der Besuch von Sozialstationen oder an-

Dokumentieren Sie so knapp und juristisch sicher wie möglich!

deres. Auch sollte mit den Patient*innen besprochen werden, was

bei einem Rückfall an Behandlungsmöglichkeiten möglich ist. Auch eine Nachbetreuung im Rahmen einer Rezidivprophylaxe kann hier zum Abschluss der Psychotherapie gemeinsam erwogen werden.

Ein Abschlussbericht ist nicht regelhaft vorgesehen. Deshalb sollten die Inhalte, die Sie abschließend mit Ihren Patient*innen besprechen, für einen Dritten (zum Beispiel den Nachbehandelnden) einen Überblick über die vorangegangene Behandlung möglich machen. Als Tipp schlagen wir Ihnen hier vor, den „Bilanzbericht“ und die „Psychotherapieauswertung“ für Gestaltung und Dokumentation des Abschlusses zu nutzen.

Fazit

Mit den Materialien der DPtV haben Sie lückenlos Vorlagen, die Sie für die Gestaltung Ihrer eigenen Vorlagen zur Dokumentation Ihrer Arbeit mit Ihrer Patient*innen nutzen können. Wir schlagen Ihnen vor, bestimmte Vorlagen für bestimmte Zeitpunkte in der Arbeit mit Ihren Patient*innen bereitzuhalten. Wichtig ist hier, dass Sie nicht alles bis ins tiefste Detail dokumentieren müssen. Wenn Sie zum Beispiel in Ihrem QM-Praxishandbuch bestimmte Abläufe in Ihrer Praxis als Standard beschrieben haben, zum Beispiel welche Abläufe bei Aufnahme einer Therapie regelhaft stattfinden, wird Ihnen auch bei Lücken in der Dokumentation Glauben geschenkt. Insofern schlagen wir Ihnen für die Dokumentation der psychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen dieses Motto vor: Dokumentieren Sie so knapp und juristisch sicher wie möglich!



Sabine Schäfer

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.