



**Empfehlungen
zur Dokumentation
psychotherapeutischer
Behandlungen**



**Psychotherapeuten
Kammer** NRW

Einleitung

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen ist eine unverzichtbare Grundlage für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und wurde folgerichtig mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) 2013 ausdrücklich normiert. Laut Gesetz sind Behandelnde verpflichtet, „sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen“ aufzuzeichnen. In Veranstaltungen der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) zum Patientenrechtegesetz kam die Frage auf, was „aus fachlicher Sicht ... wesentliche Maßnahmen“ sind und wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten rechtssicher dokumentieren können.

Um den Kammermitgliedern hierzu etwas an die Hand geben zu können, hatte der Vorstand der PTK NRW 2015 die Kommission „Standards der psychotherapeutischen Dokumentation“ einberufen. Das Ergebnis ihrer Arbeit sind die in dieser Broschüre auf Seite 9 und 10 dargestellten Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen.

Bei diesen Empfehlungen handelt es sich um Mindestanforderungen an die psychotherapeutische Dokumentation, nicht für eine „möglichst gute“ Dokumentation im Sinne von „best practice“. Sie sind so weit wie möglich verfahrensübergreifend formuliert und fassen die wesentlichen Elemente für die Basisdokumentation und für die Verlaufsdocumentation zusammen, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits in der Praxis umsetzen. Der Gesetzgeber schreibt in § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) auch vor, dass die Dokumentation „in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung“ erfolgen soll. Die vorliegenden Empfehlungen können in den Zeiten umgesetzt werden, die in der vertragsärztlichen Versorgung dafür vorgesehen sind.

Die PTK NRW erfüllt mit der Entwicklung von Mindeststandards zur psychotherapeutischen Dokumentation ihre Pflicht als

fachlicher Normgeber für den Berufsstand und kommt ihrer Fürsorgepflicht nach, den Kammermitgliedern Orientierung und weitgehende Rechtssicherheit bei der Dokumentation zu ermöglichen.

Der Gesetzgeber beschäftigt sich ebenfalls mit der Dokumentation der Leistungserbringenden als Instrument zur Qualitätssicherung psychotherapeutischer Behandlungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte 2018 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt.

Hintergrund der Beauftragung ist, dass die ambulante Psychotherapie bisher keinen Maßnahmen der gesetzlichen externen Qualitätssicherung unterliegt, obwohl sich jährlich 1,2 Millionen Patientinnen und Patienten in einer ambulanten Psychotherapie bei einem der circa 30.000 Leistungserbringenden in diesem Bereich befinden. Mit dem Auftrag des G-BA sollten diagnose- oder indikationsspezifische Qualitätssicherungsverfahren zur Abbildung der Behandlungsqualität erarbeitet werden. Als eine der Datenquellen der Qualitätssicherung wurde die Dokumentation der Leistungserbringenden angeführt.

Mit dem Ende 2019 verabschiedeten Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG) hat der Gesetzgeber dem Thema Dokumentation einen neuen An Schub gegeben, indem er den G-BA verpflichtet hat (s. SGB V § 136a), bis Ende 2022 eine Richtlinie für ein einrichtungsübergreifendes sektorenspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu beschließen. Dabei soll der G-BA auch Mindestvorgaben für eine Standarddokumentation festlegen, die es ermöglicht, den Therapieverlauf inklusive Prozess- und Ergebnisqualität darzustellen. Ist diese Richtlinie eingeführt, entfallen alle Regelungen zum Antrags-

Dokumentation – eine berufliche Pflicht

und Gutachterverfahren. Damit ist dieser Beschluss von großer Tragweite für unseren Berufsstand.

Entsprechend ist die Profession gefordert, zeitlich und inhaltlich voranzugehen, bevor andere hierzu entscheiden. Mit den vorliegenden Empfehlungen der PTK NRW wird dieser Aufgabe Rechnung getragen.

Wir danken den Mitgliedern der Kommission „Standards der psychotherapeutischen Dokumentation“ herzlich für ihr Engagement und freuen uns, Ihnen mit dieser Broschüre Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen zur Verfügung stellen zu können, die die vom Gesetzgeber geforderten Bedingungen an die Dokumentation von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfüllen, in der Praxis gut handhabbar sind und angepasst werden können, wenn die Rahmenbedingungen sich ändern.

Für Ihre Arbeit wünschen wir Ihnen viel Erfolg.

Gerd Höhner
Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW

Die Pflicht zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag mit der Patientin oder dem Patienten und soll Behandelnden und Nachbehandelnden alle wichtigen Informationen zu der Therapie sowie zu der Patientin oder dem Patienten zur Verfügung stellen. Ebenso kommt sie dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Rechenschaftslegung nach.

Gemäß § 9 der Berufsordnung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist die Dokumentation eine Berufspflicht. In Nordrhein-Westfalen ist sie auch im Heilberufsgesetz normiert: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben „über in Ausübung ihres Berufs gemachte Feststellungen und getroffene Maßnahmen Aufzeichnungen zu fertigen“, hält der Gesetzgeber in § 30 Nr. 3 fest. Nach Auffassung des Bundesgerichtshofes ist sie auch dem Behandlungsvertrag zufolge verpflichtend, insofern die fachgerechte Dokumentation „unverzichtbare Grundlage für die Sicherheit des Patienten in der Behandlung“¹ sei.

Mit dem Patientenrechtegesetz ist die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) „Dokumentation der Behandlung“ ausdrücklich normiert worden. In Absatz 2 heißt es dort: „Der Behandelnde ist verpflichtet, 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 sind in die Patientenakte aufzunehmen.“

¹Martin H. Stellpflug, Inge Berns: *Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Text und Kommentierung*. Psychotherapeutenverlag, 3. Auflage 2015, § 9 Rn. 364 m.w.N.

Dokumentation – die Ziele

Die Ziele der Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen sind Therapiesicherung, Rechenschaftslegung und Beweissicherung. In dem Kommentar zur Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten² wird ausgeführt, dass eine Behandlung so sorgfältig aufgezeichnet werden muss, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut sie über möglicherweise lange Zeit sachgerecht durchführen kann. Gegebenenfalls muss aber auch eine andere Psychotherapeutin bzw. ein anderer Psychotherapeut die Behandlung fortsetzen können, beispielsweise in einer Krisensituation, die einen stationären Aufenthalt erfordert, oder bei einem Therapeutenwechsel. (Rn. 368)

In dem Kommentar wird ebenfalls festgehalten: Bei einer arbeitsteiligen Behandlung, wie sie in der stationären Psychotherapie mehr oder weniger regelhaft umgesetzt wird, müssen auch mit- oder nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich jederzeit über die erhobenen Befunde und die durchgeführten Therapien informieren können. Die Dokumentation dient damit der Gesundheit der Behandelten. (Rn. 368)

Des Weiteren wird in dem Kommentar zur Musterberufsordnung ausgeführt, dass die Dokumentation der Behandlung dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Rechenschaftslegung Genüge tun muss. Sie muss also die Überprüfung ermöglichen, ob die oder der Aufzeichnende lege artis therapiert hat. Gleichzeitig dient die Dokumentation der Beweissicherung („Was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht.“). (Rn. 370/371)

In einem Urteil des Berufsgeschicht für Heilberufe am Verwaltungsgericht Münster (Entscheidung vom 11.09.2013 -17 K 2564/11.T) wird zur Dokumentationspflicht ausgeführt: „Diese Vorschrift beinhaltet zwar lediglich eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten. Sie ist aber gleichwohl von erheblicher Bedeutung, denn sie trägt dazu bei, eine ordnungsgemäße Berufsausübung zu gewährleisten. Sie dient nach Auffassung des Gerichts zunächst dazu, den betreffenden Therapeuten dazu

anzuhalten, seine Behandlung sachgemäß zu strukturieren, und soll ihn in die Lage versetzen, selbst anhand seiner Aufzeichnungen den Verlauf der Therapie stets zu kontrollieren und ggf. Änderungen vornehmen zu können, um einen möglichst erfolgreichen Verlauf der Therapie gewährleisten zu können. Sie ist aber vor allem von Bedeutung, um nach einem etwaigen Wechsel des Therapeuten oder in einer Krisensituation eine sachgemäße Weiterbehandlung durch den neuen Therapeuten oder ggf. in einer Klinik sicherstellen zu können. Schließlich hat sie den Zweck, dass Dritte – wie etwa die Psychotherapeutenkammer im Rahmen ihrer Prüfungs- und Überwachungsfunktion oder ein Gericht im Rahmen einer etwa erforderlich werdenden Sachaufklärung – den Ablauf der Behandlung nachvollziehen können.“

Grundsätzlich soll aus der Dokumentation der wissenschaftliche Charakter der Behandlung erschießbar sein. Es reicht also nicht aus, allein die Erzählungen der Patientin oder des Patienten festzuhalten. Vielmehr muss ein hypothesengeleitetes Behandlungskonzept erkennbar sein.

²Martin H. Stellpflug, Inge Berns: *Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Text und Kommentierung.* Psychotherapeutenverlag, 3. Auflage 2015

Die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen

Die im Folgenden aufgelisteten Empfehlungen für die Basisdokumentation und die Verlaufsdokumentation enthalten die wesentlichen Elemente, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer Arbeit umsetzen.

Diese Elemente müssen in der Patientenakte dokumentiert sein. Auch weitere Unterlagen wie der Antrag auf Psychotherapie, der Bericht an Überweisende oder Befundberichte an Dritte sowie Arztbriefe der Patientin oder des Patienten selbst sind in die Patientenakte aufzunehmen.

Die aufgeführten Punkte müssen nicht in jeder Sitzung erfasst werden, sondern nur in dem Umfang, in dem sie im Laufe einer Behandlung anfallen. Auch sind nicht alle Aspekte in jeder Sitzung „wesentlich“; „Veränderungen“ beispielsweise müssen nur dokumentiert werden, wenn sie tatsächlich auftreten. Bei der Verlaufsdokumentation muss sich der Behandlungsverlauf nicht aus jedem Eintrag ergeben, sondern erst in der Zusammenschau.

Empfohlen wird über die hier genannten Punkte hinaus, in regelmäßigen Abständen einen Eintrag über die therapeutische Hypothese/Fallkonzeptualisierung anzufertigen.

Basisdokumentation – Empfehlungen

Angaben	Erläuterungen zu den Einträgen (sofern nicht selbsterklärend)
Dokumentationszeitpunkt:	
Name Patientin/Patient:	
Anschrift:	
Geburtsdatum:	
Erziehungs-/Sorgeberechtigt:	bei minderjährigen Patienten
Einsichtsfähigkeit:	bei Jugendlichen und Patientinnen/ Patienten mit gesetzlicher Betreuung
Versicherung/Versicherungsnummer:	
Kontakt (Telefon/E-Mail-Adresse):	
Vorbehandlungen:	
Überweiser/Mitbehandler:	
Schweigepflichtentbindung gegenüber:	Empfehlenswert ist, die Schweige- pflichtentbindung schriftlich einzuho- len und zur Akte zu nehmen.
Medikation:	soweit für die aktuelle Erkrankung relevant
Datum der Anmeldung:	
Berufliche Tätigkeit:	
Beschwerden, Anlass, Klagen:	
Krankheitsanamnese (inkl. Sucht- anamnese und Suizidalität):	soweit für die aktuelle Erkrankung relevant
Biografische Angaben:	soweit für die aktuelle Erkrankung relevant
Diagnostische Untersuchung:	eingesetzte (Test-)Verfahren
Untersuchungsergebnisse/ psychischer Befund:	
Wissenschaftlich begründete ätiologische Hypothesen (verfahrensspezifisch):	Psychodynamik, Störungs- modell, Verhaltensanalyse ...
ICD 10 Diagnose:	
Indikation:	
Behandlungsplan, Ziel, prognostische Einschätzung:	
Angewendetes Verfahren:	
Frequenz:	
Anmerkungen, Besonderheiten:	
Aufklärung/Einwilligung am:	Aufklärungsinhalte, insb. Risiken und Alternativen



Psychotherapeuten Kammer NRW

Impressum

Herausgeber:

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10

40549 Düsseldorf

Tel. 0211 / 52 28 47 - 0

Fax 0211 / 52 28 47 - 15

E-Mail: info@ptk-nrw.de

Internet: www.ptk-nrw.de

V.i.S.d.P.: G. Höhner

Druck: Druckhaus Fischer + Hammesfahr PrintPerfection

Foto: iStock

© Psychotherapeutenkammer NRW 1. Auflage März 2020