

# Empfehlungen für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen

Vorschlag der Bund-Länder-AG

„Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung“

**Dr. Nikolaus Melcop**

37. DPT | 14. November 2020

- Das Patientenrechtegesetz, die Heilberufekammergesetze und Berufsordnungen machen dezidierte Vorgaben zu Dokumentations- und Aufklärungspflichten in der psychotherapeutischen Versorgung

## **§ 9 Absatz 1 und 2 Muster-Berufsordnung**

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung oder Beratung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. 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.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind 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.

Art, Inhalt und Umfang der psychotherapeutischen Dokumentationspflicht richten sich nach den Dokumentationszwecken:

- Therapiesicherung
- Qualitätssicherung
- Rechenschaftslegung
- Beweissicherung

→ Was heißt das konkret?

# Auftrag an die B-L-AG Qualitätssicherung

- Unterstützung der Psychotherapeut\*innen durch Konkretisierung der gesetzlichen und berufsrechtlichen Anforderungen
- Auftrag von Länderrat und BPTK an die Bund-Länder-AG zur Erarbeitung von **Empfehlungen** für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen

# Mitglieder der Bund-Länder-AG „Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung“

Mitglied	Vertretung von
Ulrike Böker	Baden-Württemberg
Dr. Anke Pielsticker	Bayern
Eva-Maria Schweitzer-Köhn	Berlin
Johannes Lindner	Bremen
Dr. Thomas Bonnekamp	Hamburg
Else Döring	Hessen
Michael Ruh	KBV
Sabine Schäfer	KBV
Brigitte Ringenberger (Isabella Mehling)	Krankenhauskommission
Gabriele Tavan	Krankenhauskommission
Götz Schwope	Niedersachsen
Bernhard Moors	NRW
Dr. Sabine Ahrens-Eipper	OPK
Ulrich Bestle	Rheinland-Pfalz
Pia von Gontard	Saarland
Dr. Nikolaus Melcop	Vorstand BPTK
Michaela Willhauck-Fojkar	Vorstand BPTK

# Übersicht zu den Dokumentationsbereichen

1. administrative Daten
2. anamnestiche Daten
3. Eingangsdiagnostik
4. Information und Aufklärung
5. Behandlungsplan
6. Erfassung des Behandlungsverlaufs
7. fallbezogene Supervision/Intervision
8. Therapieende
9. sitzungsbezogene Verlaufsdokumentation

# 1. Administrative Daten

- Name
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Versicherung/Versicherungsnummer
- Überweisende (wenn Überweisungsformular vorhanden)
- Kontaktdaten/Telefon
- ggf. Sorgeberechtigte\*/Rechtliche Vertreter\*in
- ggf. Einsichtsfähigkeit (bei Minderjährigen und Personen, für die rechtliche Vertreter\*innen eingesetzt sind)
- mitbehandelnde (Ärzt\*innen/Psychotherapeut\*innen, weitere Gesundheitsberufe oder professionelle Hilfesysteme)  
Name der Mitbehandelnden, Kontaktdaten, Austausch/Abstimmung (jeweils mit Datum und Inhalt der wesentlichen Informationen), ggf. Schweigepflichtentbindung

→ Zum Teil automatisch erfasst über Einlesen der Versichertenkarte (PVS/KIS)

## 2. Anamnestiche Daten I

### Vorbehandlungen wegen psychischer Erkrankungen

- **Stationär:**  
falls ja, Angaben zu Häufigkeit, Jahr der Behandlung, Art der Behandlung (Psychiatrie, Psychosomatik, med. Reha), ggf. Dauer und Behandlungsdiagnose(n) bzw. Behandlungsgrund
- **Ambulant:**
  - psychotherapeutisch  
falls ja, Angaben zu Häufigkeit, Zeitraum der Behandlung, Behandlungsdiagnosen, Name der vorbehandelnden Psychotherapeut\*innen und Behandlungsverfahren
  - behandlungsrelevante medizinisch/psychiatrische Vorbehandlungen  
falls ja, ggf. Angaben zu Häufigkeit, Zeitraum der Behandlung, Name der vorbehandelnden Ärzt\*innen (Psychiater\*innen, Hausarzt\*innen oder andere Facharzt\*innen) und Behandlungen (medikamentöse/andere somatische Behandlungen)



## 2. Anamnestische Daten II

- **Krankheitsanamnese**

inkl. Suchtanamnese und Suizidalität

inkl. körperlicher und neurologischer Erkrankungen

jeweils soweit für die Behandlung relevant

- **Medikation – soweit für die Behandlung relevant**

ggf. mit Angabe der Dosierung, Dauer der Behandlung  
sowie Wirkungen und Nebenwirkungen

## 2. Anamnestiche Daten III

### Inhalte der biografischen Anamnese, u. a. zu (soweit für die Behandlung relevant):

- Familienstand, Familiengeschichte
- Partnerschaft
- Kinder, bei Kindern und Jugendlichen: Geschwister (ggf. aktuell im Haushalt lebend)
- körperliche und psychosoziale Entwicklung
- traumatische und andere belastende Lebensereignisse
- sexuelle Entwicklung
- aktuelle Wohnsituation
- aktuelle berufliche Situation
- Schulbildung, höchster Schulabschluss
- Berufsabschlüsse, berufliche Tätigkeiten

# 3. Eingangsdiagnostik I

- **Aktuelle Beschwerden, Behandlungsanlass (inklusive Beginn, Dauer, Verlauf)**
- **Psychischer Befund (einschließlich Suizidalität)**  
Suizidalität: ja/nein – ggf. u. a. auch Angaben zu Akuität, Absprachefähigkeit
- **Sozialmedizinische Aspekte**
  - Arbeitsunfähigkeit: ja/nein; falls ja, wg. psychischer Erkrankung (ja/nein); ggf. Dauer der AU wegen psychischer Erkrankungen in den letzten 12 Monaten
  - Erwerbsfähigkeit: Berentung wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, ggf. Angabe, ob Antrag auf Minderung der Erwerbsfähigkeit gestellt oder geplant ist
  - ggf. Grad der Behinderung
  - bei Kindern und Jugendlichen: Beschulbarkeit, ggf. Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

# 3. Eingangsdagnostik II

## Diagnostische Untersuchungen

(inkl. ggf. eingesetzter (Test)-Verfahren, Interviews und deren Ergebnisse)

Die **Art der diagnostischen Erfassung der im individuellen Fall behandlungsrelevanten Dimensionen** zu Beginn und im weiteren Behandlungsverlauf wird **in Abhängigkeit der patientenindividuellen Beschwerden, Problemlagen, Beeinträchtigungen und Ziele sowie des angewandten Psychotherapieverfahrens** ausgestaltet.

Eine mehrdimensionale Erfassung ist in der Regel geboten.

# 3. Eingangsdiagnostik III

## Beispielhafte Unterscheidung von Dimensionen der diagnostischen Untersuchungen

- Symptombelastung
- psychosoziales Funktionsniveau, berufliche und soziale Teilhabe
- interpersonelle Beziehungsgestaltung
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Fertigkeiten in der Bewältigung der psychischen Erkrankung und Belastungen
- Affektregulation
- Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Resilienz
- kognitive Leistungsfähigkeit/Intelligenz
- Krankheitsverständnis, Krankheitsverarbeitung
- Entwicklungsniveau (bei Kindern und Jugendlichen)
- Persönlichkeitsstruktur
- intrapsychische Konflikte und Strukturniveau

# 3. Eingangsdiagnostik IV

- ICD-Diagnose(n)<sup>[1]</sup>

Diagnose	ICD-GM

- **Indikation (Setting, Verfahren, Dringlichkeit, ärztliche Abklärung weiterer medizinischer Leistungen, weitere Empfehlungen)**

<sup>[1]</sup> jeweils in der im deutschen Gesundheitswesen verbindlichen Version des ICD-GM (German Modifikation)

# 4. Information und Aufklärung

## Information und Aufklärung der Patient\*in über die folgenden Aspekte:

- festgestellte psychische Erkrankungen
- indizierte Behandlung (Wirksamkeit, Nebenwirkungen, konkretes therapeutisches Vorgehen)
- Behandlungsalternativen
- Rahmenbedingungen der Behandlung (geplante Dauer, Frequenz, Antragsverfahren, weitere Bestandteile der Behandlung, Absage von Terminen, Kontaktmöglichkeiten der Praxis/Einrichtung, Vorgehen in Notfallsituationen)
- Einwilligung in die Behandlung (Therapievereinbarung, ggf. PTV Formulare)

# 5. Behandlungsplan

- **ätiopathogenetische Hypothesen** soweit für die Behandlung relevant (ggf. verfahrensspezifisch) – **Psychodynamik, Störungsmodell, Verhaltensanalyse, biopsychosoziales Systemmodell**
- **vereinbarte Therapieziele**  
(einschließlich ggf. neuer oder veränderter Therapieziele)
- **angewandtes Verfahren/Methode und Setting**  
(in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung bereits über PTV-Formulare dokumentiert)  
Psychotherapieverfahren/-methode; Einzel-, Gruppentherapie, Kombination (Einzel/Gruppe), Mehrpersonensetting; Einbezug Bezugspersonen
- **geplantes therapeutisches Vorgehen, Interventionen, psychotherapeutische Strategien**



# 6. Erfassung des Behandlungsverlaufs

- Ausgestaltung der Erfassung des Behandlungsverlaufs unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Beschwerden, Problemlagen, Beeinträchtigungen und Ziele sowie des angewandten Psychotherapieverfahrens
  - wiederholte Erfassung der ausgewählten Aspekte, die eine Beurteilung des Behandlungsverlaufs erlaubt
  - mehrdimensionale Erfassung des Behandlungsverlaufs – unter Berücksichtigung der vereinbarten Therapieziele – kann geboten sein
  - Zeitpunkte ggf. an Bewilligungsschritten ausrichten
  - regelhaft Besprechung des Therapiefortschritts mit der Patient\*in und Reflektion des bisherigen Verlaufs geboten
- ggf. auch Dokumentation von fallbezogener Supervision/Intervision (7.)

# 8. Therapieende

- Betrachtung der patientenindividuell relevanten Dimensionen
- Besprechen der erreichten Veränderungen gemeinsam mit Patient\*in und ggf. Sorgeberechtigten/rechtlichen Vertreter\*innen und deren Dokumentation
- dies umfasst auch die Therapiezielerreichung
- Art und Gründe des Therapieendes und ggf. weitere Maßnahmen und (Behandlungs-)Empfehlungen

# 9. Stundenbezogene Verlaufsdokumentation

## **Administrativ:**

- Datum mit Beginn und Ende bzw. Dauer der Sitzung
- Behandlungsform (über GOP/OPS/KTL kodiert)
- Nummer der Sitzung
- ggf. weitere Teilnehmer\*innen
- ggf. abweichender Sitzungsort

## **Inhaltlich:**

- durchgeführte Interventionen und deren Ergebnisse
- inhaltliche und verfahrensbezogene Beschreibung des Therapiesgeschehens
- Dokumentation relevanter Änderungen im psychischen Befund (u. a. Suizidalität)
- ggf. Veränderungen in der Behandlungsentwicklung (Motivation, bedeutsame Ereignisse außerhalb der Therapie, Probleme in der Umsetzung der Behandlung, Rückschritte – Stagnation - Fortschritte)
- alle weiteren wesentlichen Maßnahmen

## Die Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen sind Empfehlungen, keine Richtlinien!

- beinhalten die wesentlichen inhaltlichen Anforderungen an die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen
- sind **verfahrenübergreifend** und in den **verschiedenen Sektoren der Versorgung** anwendbar und **ausgestaltbar**
- **Anpassungen** an die besonderen Erfordernisse spezifischer Patientengruppen sind **möglich und ggf. notwendig**
- schaffen Orientierung für Kolleg\*innen bei der Dokumentation von Diagnostik, Aufklärung, Therapieplanung und der psychotherapeutischen Behandlung – auch dort, wo andere Anforderungen (GAV) an Bedeutung verlieren
- unterstützen Psychotherapeut\*innen, darlegungsfähig zu sein gegenüber Patient\*innen und Kostenträger\*innen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit