

HANDLEITUNG ZUR PFLICHT-DOKUMENTATION

Seit 2014 verlangt das PthG eine neue und umfangreiche psychotherapeutische Dokumentation, in welche KlientInnen Einsichtsrecht haben.

Dazu zunächst der Gesetzestext (*Hervorhebung durch die AutorInnen*):

PthG § 16a Dokumentationspflicht

(1) Der Psychotherapeut hat über jede von ihm gesetzte psychotherapeutische Maßnahme Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentation hat insbesondere folgende Inhalte, sofern sie Gegenstand der Behandlung oder für diese bedeutsam geworden sind, zu umfassen:

1. Vorgeschichte der Problematik und der allfälligen Erkrankung sowie die bisherigen Diagnosen und den bisherigen Krankheitsverlauf,
2. Beginn, Verlauf und Beendigung der psychotherapeutischen Leistungen,
3. Art und Umfang der diagnostischen Leistungen, der beratenden oder behandelnden Interventionsformen sowie Ergebnisse einer allfälligen Evaluierung,
4. vereinbartes Honorar und sonstige weitere Vereinbarungen aus dem Behandlungsvertrag, insbesondere mit allfälligen gesetzlichen Vertretern,
5. erfolgte Aufklärungsschritte und nachweisliche Informationen,
6. Konsultationen von Berufsangehörigen oder anderen Gesundheitsberufen,
7. Übermittlung von Daten und Informationen an Dritte, insbesondere an Krankenversicherungsträger,
8. allfällige Empfehlungen zu ergänzenden ärztlichen, klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen oder musiktherapeutischen Leistungen oder anderen Abklärungen,
9. Einsichtnahmen in die Dokumentation sowie
10. Begründung der Verweigerungen der Einsichtnahme in die Dokumentation.

(2) Dem Behandelten oder seinem gesetzlichen Vertreter sind unter besonderer Bedachtnahme auf die therapeutische Beziehung **auf Verlangen alle Auskünfte über die gemäß Abs. 1 geführte Dokumentation sowie Einsicht in die Dokumentation zu gewähren** oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen, soweit diese das Vertrauensverhältnis zum Behandelten nicht gefährden.

(3) Die Dokumentation ist **mindestens zehn Jahre ab Beendigung der psychotherapeutischen Leistungen aufzubewahren**. Die Führung und Aufbewahrung in geeigneter automationsunterstützter Form ist zulässig. Der Behandelte hat das Recht auf Richtigstellung unrichtiger Daten. Bei Erlöschen der Berufstätigkeit ist die Dokumentation von außerhalb von Einrichtungen tätig gewesenen Berufsangehörigen für die der Aufbewahrungspflicht entsprechende Dauer aufzubewahren.

(4) Im Falle des Todes von außerhalb von Einrichtungen tätig gewesenen Psychotherapeuten ist der Erbe oder sonstige Rechtsnachfolger unter Wahrung des Datenschutzes verpflichtet, die Dokumentation über psychotherapeutische Leistungen für die der Aufbewahrungspflicht entsprechende Dauer gegen Kostenersatz

1. **einem vom verstorbenen Berufsangehörigen rechtzeitig dem Bundesministerium für Gesundheit schriftlich benannten**, außerhalb einer Einrichtung tätigen Berufsangehörigen, der in diese Benennung und Pflichtenübernahme schriftlich eingewilligt hat, oder
2. sofern diese Erfordernisse nicht vorliegen, vom Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmenden Dritten zu übermitteln.

Diese neue Pflicht-Dokumentation unterscheidet sich wesentlich von der umfangreichen Dokumentation, wie sie in der Ausbildung gefordert wird und wie sie TherapeutInnen evtl. als sog. „höchstpersönliche Aufzeichnungen“ zur eigenen Reflexion führen. Beide Dokumentationsformen bestehen parallel und dürfen nicht vermischt werden.

Die Pflicht-Dokumentation **enthält daher keinesfalls**

- konkrete Therapieinhalte
- Gesamtprotokolle und Transkripte (wie sie für die Ausbildung oder in der Forschung angelegt werden), auch Tonaufnahmen sind nicht Teil der Dokumentation
- „Höchstpersönliche Aufzeichnungen“ zum Zweck der persönlichen Reflexion der TherapeutIn
- Biographisches, das über die in § 16a, Abs. 1, Pkt. 1 PthG geforderten Daten hinausgeht
- Angaben über Dritte (Familie, berufliches Umfeld, PartnerIn...)
- Personzentrierte Verstehenshypothesen
- die persönliche Resonanz der TherapeutIn
- Notizen, offen Gebliebenes, Erinnerungen, persönliche Einschätzungen, Vermutungen, Wertungen, Stimmungen ...
- sonstige Dokumente, (z.B. Zeichnungen, Briefe, Fotos ...), wenn sie für eine weitere Behandlung (bei anderen PsychotherapeutInnen) nicht erforderlich sind

KlientInnen (bzw. deren gesetzliche VertreterInnen) haben das Recht, in die Dokumentation Einsicht zu nehmen, „soweit dies das Vertrauensverhältnis zum Behandelten nicht gefährdet.“ (→ §16a, Abs. 2, PthG). Die Verweigerung einer Einsicht in die Dokumentation muss begründet und dokumentiert werden.

Die Dokumentation ist 10 Jahre ab der letzten Stunde aufzubewahren und es sind Vorkehrungen zu treffen, die Dokumentation gegebenenfalls auch über den Tod der TherapeutIn hinaus aufzubewahren (→ §16a, Abs. 3, PthG).

Wir schlagen vor, die Pflicht - Dokumentation in Form von vier im folgenden beschriebenen Dokumenten zu führen:

- Stammdatenblatt
- Verlaufsdoku
- Doku - Therapiebeginn (Vor- und Erstgespräche)
- Stundenblätter

In der Verlaufsdoku könnten die Daten gem. der Punkte 4 – 10, § 16a, Abs. 1 PthG vermerkt werden. Auf den Stundenblättern sind jedenfalls alle „beratenden oder behandelnden Interventionsformen“ der jeweiligen Stunde festzuhalten. Wir schlagen dazu vor, „**Standard-Interventionen der Personzentrierten Psychotherapie**“ zu definieren und diese von „weiteren Interventionen der Personzentrierten Psychotherapie“ zu unterscheiden. Die Standard-Interventionen sollten zu Beginn der Dokumentation definiert werden, wobei deutlich vermerkt werden soll, dass diese in jeder Stunde verwendet und nicht jedes Mal neu beschrieben werden. Stichwortartig beschrieben werden in der Folge nur mehr alle Interventionen über die Standardformen hinaus.

Stammdaten *(kann noch individuell angepasst werden)*

Name Vorname(n):

Geb. Datum:

Sozialversicherungsnummer: *ist optional (nur bei Kassenfinanzierung)*

Adresse:

Telefon / E-Mail:

Gesetzliche VertreterIn:

Es muss (z.B. bei Jugendlichen) angegeben werden, welche Vereinbarungen mit der PatientIn und welche mit der gesetzlichen VertreterIn getroffen wurden.

Adresse:

Telefon / E-Mail:

Beginn der Behandlung:

Ende der Behandlung:

vereinbartes Honorar:

sonstige weitere Vereinbarungen aus dem Behandlungsvertrag, insbesondere mit allfälligen gesetzlichen VertreterInnen:

*z.B. Frequenz und Setting, Bezahlmodus, Kassenfinanzierung, Absagemodus, Urlaubsregelung
Therapieziele sind nicht Teil dieses formalen Behandlungsvertrags*

erfolgte Aufklärungsschritte und nachweisliche Informationen:

Z.B.: Aufklärung über die Methode, über Art, Inhalt und Umfang der Behandlung

Aufklärung über die zu erwartende Gesamtdauer der Behandlung

Aufklärung über die Kooperation mit anderen, an der Behandlung beteiligten Personen/Institutionen

Aufklärung über die Supervisionspflicht

Verlaufsdoku *(kann noch individuell angepasst werden)*

Konsultationen von Berufsangehörigen oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe:

Supervision / Intervention:

Datum	SupervisorIn / TeilnehmerInnen

Kontakte mit anderen an der Behandlung beteiligten Personen

Datum	Namen

Übermittlung von Daten und Informationen an Dritte, insbesondere an Krankenversicherungsträger:

Die Anträge an die Krankenkasse oder an die Versorgungsvereine müssen dokumentiert werden.

Eine dafür notwendige Entbindung von der Verschwiegenheit sollte dokumentiert werden.

Datum	Art der Informationen	Anmerkungen

Allfällige Empfehlungen zu ergänzenden ärztlichen, klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen oder musiktherapeutischen Leistungen oder anderen Abklärungen:

Datum	Empfehlung zu	Anmerkungen

(falls zutreffend)

Einsichtnahmen in die Dokumentation bzw.

Begründung der Verweigerungen der Einsichtnahme in die Dokumentation:

Erstgespräch(e): *(kann noch individuell angepasst werden)*

Datum: *das Erstgespräch kann sich auch über mehrere Termine erstrecken*

Vorgeschichte der Problematik, bisherige Diagnosen, Krankheitsverlauf:

Wenn relevante Ereignisse im Sinne des § 16a, Abs. 1, Pkt. 1 PthG in der Biographie der KlientIn bekannt werden, müssen diese dokumentiert werden.

Um hier keine konkreten Inhalte preis zu geben, können die Z-Diagnosen des ICD 10 benutzt werden. (z.B. statt „Scheidung der Eltern im Vorschulalter“: „Z61.2 veränderte Struktur der Familienbeziehung in der Kindheit“)

Diagnose:

Laut „Diagnostik-Leitlinie“ sind - neben der prozessualen psychotherapeutischen Diagnostik - „für die Verwaltung“ die „derzeit gebräuchlichen Systeme völlig ausreichend“, d.h. für diese Dokumentation mit Einsichtsrecht die Diagnostik nach ICD 10 oder DSM 4 / 5.

Da diese Dokumentation auch im Streitfall Verwendung finden kann, ist es sinnvoll und vernünftig, sich hier auf die im gesamten Bereich der Gesundheitsberufe gängigen Diagnose-Manuals zu beschränken und keine schulenspezifische (personenzentrierte) Diagnostik zu verwenden.

Vorgelegte Befunde

Alle vorgelegten Dokumente müssen dokumentiert werden.

Auch mündliche Mitteilungen über frühere oder neu auftretende Erkrankungen müssen, wenn sie therapie relevant sind, dokumentiert werden.

Aufklärung:

Erfolgte Aufklärungsschritte müssen dokumentiert werden, ebenso wie Dokumente die übergeben wurden (z.B. Infofolder, Behandlungsvertrag...).

Wenn Aufklärungsschritte z.B. wegen einer akuten Krise oder aus anderen therapeutischen Überlegungen hinten gestellt werden, sollte das dokumentiert werden.

Vereinbarungen aus dem Behandlungsvertrag

Auch wenn der Behandlungsvertrag mündlich geschlossen wird, müssen alle Vereinbarungen, auch spätere Veränderungen, dokumentiert werden.

Therapieziele sind nicht Teil dieses formalen Behandlungsvertrags.

Wenn Vereinbarungen z.B. wegen einer akuten Krise oder aus anderen therapeutischen Überlegungen nicht getroffen werden können, sollte das dokumentiert werden.

Empfehlungen zur ergänzenden ärztlichen oder anderen Abklärung oder Behandlung

Jede Empfehlung zur ärztlichen oder klinisch-psychologischen oder sonstigen Abklärung oder Behandlung muss dokumentiert werden.

Stundenblatt: *(kann individuell gestaltet werden)***VORSCHLAG FÜR DIE DEFINITION DER STANDARD-INTERVENTIONEN**

aktives Zuhören, einführendes Wiederholen, VEE

alle Stufen des empathischen Verstehens nach Finke

„listening“ (inkl. Markieren, Partialisieren, saying back) und „experiential response“

alle „empathic understanding responses“ i.S. von Cain

darunter evokative Empathie und explorative Empathie i. S. von Greenberg

Bilden, Überprüfen und Modifizieren von Verstehenshypothesen aus der eigenen

Resonanz heraus bzw. Analyse der Inkongruenzdynamik i.S. von Keil

„WEITERE INTERVENTIONEN“ KÖNNTEN SEIN:**Spezifische Arbeit mit der Beziehung**

Beziehungsklären

Interaktionelle Orientierung nach Van Kessel & van der Linden

Einbezug der Umwelt und des Lebenskontexts der KlientIn

Längerer Focusing-Prozess**Existenziell orientierte Interventionen****Arbeit an der Motivation**

Motivierende Gesprächsführung nach Miller u. Rollnick

Prämotivationsphase nach Swildens

Spezifische Arbeit mit Persönlichkeits-Teilen

Partialisieren und Personifizieren

Arbeit mit dem inneren Team i.S. von Schultz v. Thun

Arbeit mit kreativen Medien

Mal- und Gestaltungsprozess

Werkbesprechung

Arbeit mit Imaginationen, Märchen, Metaphern**Arbeit mit Träumen****Einbeziehung des Körpers**

Arbeiten mit nonverbalem Ausdruck, Körperhaltung, Atmung

Berührungsintervention / Körperkontakt

Aufstellungen

z.B. Familienbrett

Spezifische Traumaarbeit

z.B. Bildschirmtechnik

Krisenintervention

Einschätzung des Schweregrades (lt. Diagnostik Leitlinie)

Abklären von Suizidphantasien, suizidaler Entwicklung

Abklärung eines präsuizidalen Syndroms nach Ringel

Einbeziehung von Angehörigen, Kriseninterventionsstellen ...

Psychoedukation**Prätherapie (nach Prouty)**

...

SONDERFÄLLE**Diagnostik****Evaluationen****Änderungen im Setting / andere Vereinbarungen (→ Stammdatenblatt)**