



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Empfehlungen der BPtK und LPK-BW für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung

(Vorschlag der Bund-Länder-AG Qualitätssicherung der BPtK – Stand 5. November 2020)

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	2
1. Administrative Daten	3
2. Anamnestische Daten	5
3. Eingangsdiagnostik.....	5
4. Information und Aufklärung.....	9
5. Behandlungsplan.....	9
6. Erfassung des Behandlungsverlaufs.....	9
7. Fallbezogene Supervision oder Intervision	11
8. Therapieende	11
9. Stundenbezogene Verlaufsdokumentation unter berufsrechtlichen und haftungsrechtlichen Gesichtspunkten.....	11

Empfehlungen der BPtK und LPK-BW für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung

Vorbemerkung

Die Empfehlungen für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen wurden von der Bund-Länder-AG „Qualitätssicherung in der Psychotherapie“, bestehend aus Vertreter*innen des Vorstands der BPtK, der Landespsychotherapeutenkammern, der Psychotherapeut*innen in den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenhauskommission der BPtK, zur Unterstützung der Psychotherapeut*innen bei der Erfüllung ihrer Dokumentationspflichten erarbeitet und vom 37. DPT sowie der VV der LPK-BW am 13. März 2021 verabschiedet.

Psychotherapeut*innen sind nach der Berufsordnung verpflichtet, in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung oder Beratung zum Zwecke der Dokumentation eine Patientenakte zu führen. Die Dokumentationspflichten umfassen nach § 9 Absatz 2 der Musterberufsordnung (§ 11 Abs. 2 Berufsordnung LPK-BW) die Aufzeichnung sämtlicher aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapie und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Darüber hinaus ergeben sich entsprechende Dokumentationspflichten aus den Heilberufegesetzen, dem Patientenrechtegesetz, dem Haftungsrecht, als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag sowie aus verschiedenen sozialrechtlichen Bestimmungen.

Die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen dient dabei der Therapiesicherung und Qualitätssicherung, der Rechenschaftslegung und der Beweissicherung. Die Aufzeichnungen der Anamnese, Diagnose und Therapie müssen so sorgfältig sein, dass sie sowohl eine sachgerechte Behandlung durch die Psychotherapeut*in selbst als auch die weitere Behandlung durch Dritte ermöglicht. Die Dokumentation soll die Psychotherapeut*in in die Lage versetzen, anhand der Aufzeichnungen den Verlauf der Therapie zu kontrollieren und ggf. erforderliche Änderungen vorzunehmen. Die Dokumentation muss darüber hinaus die Überprüfung ermöglichen, ob eine Therapie lege artis durchgeführt wurde. Eine vollständige fachgerechte Dokumentation verhindert schließlich für die Psychotherapeut*in die Umkehr der haftungsrechtlichen Beweislast.

Die Empfehlungen sollen eine Orientierung geben, welche Aspekte bei der Dokumentation insbesondere beachtet werden sollten. Dabei ist jeweils für die einzelne Patient*in zu prüfen, welche anamnestischen und diagnostischen Informationen für die Behandlung relevant und in welcher Form sie zu erheben sind. Vor dem Hintergrund der starken Heterogenität der Erkrankungen, Beschwerden, Problemlagen und Therapieziele, mit denen Patient*innen sich in Psychotherapie begeben, sowie den unterschiedlichen angewandten Psychotherapieverfahren und -methoden sind dabei an der individuellen Patient*in orientierte Entscheidungen zu treffen, welche diagnostischen Dimensionen im Einzelfall für die Diagnostik, Indikationsstellung, Therapieplanung und Erfassung des Behandlungsverlaufs betrachtet und mit welchen Instrumenten bzw. diagnostischen Verfahren diese erhoben werden sollen.

Insoweit liefern die Empfehlungen einen orientierenden Rahmen für die in den verschiedenen Versorgungsbereichen tätigen Psychotherapeut*innen. Es bleibt die Aufgabe der behandelnden Psychotherapeut*innen, für ihre Patient*innen unter Berücksichtigung des Behandlungssettings und der Behandlungsverfahren die für jeweilige Behandlung erforderliche Dokumentation auf der Basis der Empfehlungen zu spezifizieren, anzupassen und ggf. zu ergänzen.

1. Administrative Daten¹

- Name
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Versicherung/Versicherungsnummer
- Überweisende (wenn Überweisungsformular vorhanden)
- Kontaktdaten/Telefon
- ggf. Sorgeberechtigte*/rechtliche Vertreter*innen
(bei fehlender Einsichtsfähigkeit der Patient*in ist das Einverständnis der Sorgeberechtigten bzw. der rechtlichen Vertreter*innen erforderlich; bei Minderjährigen ist vor Behandlungsbeginn das Einverständnis aller Sorgeberechtigten notwendig; ggf. ist eine Klärung erforderlich, ob das Sorgerecht bei nur einer Person liegt)
- ggf. Einsichtsfähigkeit (bei Minderjährigen und Personen, für die eine rechtliche Vertreter*in eingesetzt ist)

¹ Daten, die in der vertragspsychotherapeutischen oder (teil-)stationären Versorgung zumindest teilweise bereits erfasst werden, z. B. mit dem Einlesen der Gesundheitskarte im PVS- bzw. KIS-System, über vorgeschriebene Formulare oder obligatorische Eingaben für die Abrechnung der Leistungen, sind grau hinterlegt.

- 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)

2. Anamnestiche Daten

- **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 Fachärzt*innen) und Behandlungen (medikamentös/andere somatische Behandlungen)

- **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

- **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

- **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 (AU): 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

- **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 jeweils in Abhängigkeit der patientenindividuellen Beschwerden, Problemlagen, Beeinträchtigungen und Ziele sowie des angewandten Psychotherapieverfahrens ausgestaltet. Eine mehrdimensionale Erfassung ist in der Regel geboten.

Diagnostische Dimensionen lassen sich **beispielsweise** unterscheiden in:

- 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

- **ICD-Diagnose(n)²**

Diagnose	ICD-GM

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

² jeweils in der im deutschen Gesundheitswesen verbindlichen Version des ICD-GM (German Modifikation)

4. Information und Aufklärung

- Information und Aufklärung über die folgenden Aspekte:
 - festgestellte psychische Erkrankungen
 - indizierte Behandlung (Wirksamkeit, Nebenwirkungen, konkretes therapeutisches Vorgehen)
 - Behandlungsalternativen
 - Rahmenbedingungen der Behandlung (geplante Dauer, Frequenz, Antragsverfahren, Absage von Terminen, Kontaktmöglichkeiten der Praxis, 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)
- **angewendetes 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

Die Art der Erfassung des Behandlungsverlaufs sollte unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Beschwerden, Problemlagen, Beeinträchtigungen und Ziele sowie des angewendeten Psychotherapieverfahrens ausgestaltet werden. Bedeutsam ist eine wiederholte Erfassung dieser Aspekte, die eine Beurteilung des Behandlungsverlaufs erlaubt. Eine mehrdimensionale Erfassung des Behandlungsverlaufs kann dabei geboten sein. Insbesondere die vereinbarten Therapieziele sollten bei der Auswahl der Dimensionen der Verlaufserfassung berücksichtigt werden.

Die Zeitpunkte einer Erfassung des Behandlungsverlaufs und der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse können ggf. an Bewilligungsschritten ausgerichtet werden. In diesem Zusammenhang erfolgen in der Regel die Besprechung des Therapiefortschritts und die Reflektion des bisherigen Therapieverlaufs mit der Patient*in ggf. unter Einbezug von Sorgeberechtigten/rechtlichen Vertreter*innen und werden entsprechend dokumentiert.

7. Fallbezogene Supervision oder Intervention

Ggf. Dokumentation, wenn eine fallbezogene Konsultation im Rahmen von Supervision oder Intervention (z. B. im Rahmen von Interventionsgruppen, Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen) erfolgt ist.

8. Therapieende

Im Zusammenhang mit dem Therapieende werden gemeinsam mit der Patient*in und ggf. mit den Sorgeberechtigten/rechtlichen Vertreter*innen die patientenindividuell relevanten Dimensionen betrachtet und die erreichten Veränderungen besprochen und dokumentiert. Dies umfasst auch die Einschätzung der Therapiezielerreichung. Art und Gründe des Therapieendes und ggf. weitere Maßnahmen und (Behandlungs-)Empfehlungen sind zu dokumentieren.

9. Stundenbezogene Verlaufsdokumentation unter berufsrechtlichen und haftungsrechtlichen Gesichtspunkten

Neben den übergreifenden fallbezogenen Dokumentationsanforderungen ist zur Erfüllung der Dokumentationspflichten darüber hinaus auch eine sitzungsbezogene Verlaufsdokumentation erforderlich. Diese dient nicht zuletzt den Zwecken der Therapiesicherung, Beweissicherung und Transparenz.

Sitzungsbezogen sind insbesondere die folgenden Aspekte zu dokumentieren:

Administrativ:

- Datum mit Beginn und Ende bzw. Dauer der Sitzung
- Behandlungsform (ggf. über GOP, KTL usw. bereits 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)

Zusätzlich sind alle weiteren wesentlichen Maßnahmen, die fallbezogen durchgeführt wurden, ebenfalls dokumentationspflichtig. Hierzu zählen u. a. der patientenbezogene Austausch mit mitbehandelnden Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen oder anderen Einrichtungen sowie Gespräche mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen und auch zum Beispiel Telefonate oder E-Mail-Kontakte mit

Patient*innen, wenn deren Inhalte über eine reine Terminvereinbarung hinausgehen und wichtige diagnostische oder therapeutische Aspekte betreffen.