



# Wie dokumentiere ich die psychotherapeutische Behandlung?

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes 10.7.23

# Was Sie erwartet

- Rechtlicher Hintergrund
- Warum ist die Dokumentation wichtig?
- Dokumentationsarten
- Dokumentationsempfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer
- Checkliste
- Checkliste-Besonderheiten KJP
- Fragen und Austausch

# Rechtlicher Hintergrund

- Berufsordnung
- Bürgerliches Gesetzbuch
- SGB V (Psychotherapievereinbarung, Psychotherapierichtlinie, Bundesmantelvertrag-Ärzte-EBM)

# Rechtlicher Hintergrund

- **Dokumentationspflichten nach der Berufsordnung der PKS**
- § 9 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht
- (1) Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen 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) Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen 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.
- (3) Die Dokumentationen nach Absatz 1 sind zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit sich nicht aus gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsdauer ergibt.
- [https://ptk-saar.de/images/DateienJoomlaWebseite/satzungen/PKS\\_Berufsordnung\\_September2022.pdf](https://ptk-saar.de/images/DateienJoomlaWebseite/satzungen/PKS_Berufsordnung_September2022.pdf)

# Rechtlicher Hintergrund

- **Dokumentationspflicht nach BGB**
- Die Dokumentationspflicht ist 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.
- Mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes wurde in § 630 f Abs. 1 BGB statuiert, dass der Behandelnde verpflichtet sei, zum Zwecke der Dokumentation „im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung“ eines Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.

# Rechtlicher Hintergrund

- **Dokumentationspflicht nach BGB**
- a) Therapiesicherung
- ermöglicht es, dass sich auch andere behandelnde Therapeut\*innen über die erhobenen Befunde und die durchgeführte Therapie informieren können.
- b) Rechenschaftslegung
- dient der Nachvollziehbarkeit der gewählten Leistungen, die gegenüber den Patienten erbracht werden.
- c) Beweissicherung
- dient dem Nachweis der erbrachten Maßnahmen. Wird etwas nicht dokumentiert, wird vermutet, dass es nicht erbracht wurde ( § 630 f Abs. 3 BGB ).

# Rechtlicher Hintergrund

- **Dokumentationspflichten nach SGBV**
- 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)
- [https://www.kvn.de/internet\\_media/Mitglieder/Praxisf%C3%BChrung/Datenschutz/Datenschutzerkl%C3%A4rung\\_+%C3%84rtliche+Aufbewahrungsfristen-p-9724.pdf](https://www.kvn.de/internet_media/Mitglieder/Praxisf%C3%BChrung/Datenschutz/Datenschutzerkl%C3%A4rung_+%C3%84rtliche+Aufbewahrungsfristen-p-9724.pdf)

# Rechtlicher Hintergrund

- **Dokumentationspflichten nach SGBV**
- Leistungen nach der PT-RL erfordern eine schriftliche Dokumentation des Datums der Leistungserbringung, der diagnostischen Erhebungen, der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen sowie der Ergebnisse in der Patientenakte. (PT-RL § 38)
- Patient\*innen erhalten ein allgemeines Informationsblatt (PTV10) sowie eine schriftliche Rückmeldung in Form eines patientengerechten Befundberichts mit Empfehlungen zum weiteren Vorgehen (PTV11). (PT-RL § 11 Abs. 14)
- Ein Verfahren zur Dokumentation regeln die Vertragspartner der PT-Vereinbarung. (PT-RL § 39 Abs.2)
- [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL\\_2020-11-20\\_iK-2021-02-18.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf)
- [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/aerztliche\\_versorgung/bundesmantelvertrag\\_1/2023-01-01\\_BMV-Aerzte\\_17a.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag_1/2023-01-01_BMV-Aerzte_17a.pdf)



# Rechtlicher Hintergrund

- **Dokumentationspflichten aus dem SGBV**
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
- Berichtspflicht an den Hausarzt (§73 Abs.1 bSGB V)
- Zu Beginn und bei Beendigung bzw. einmal im Krankheitsfall (mindestens einmal in vier aufeinander folgenden Quartalen der Behandlung) im Rahmen einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie
- Ohne Vergütung: Bestandteil der Grundpauschale
- <https://www.kbv.de/html/ebm.php>

# Warum ist die Dokumentation wichtig?

- **Rechtliche Folgen im Rahmen der Berufsordnung**
- Einsichtsrecht Patient\*innen
- Nachweis der Berufspflichten
- Haftung für Behandlungsfehler
- Übergabe an Kolleg\*innen
- Qualität der Behandlung
- Beschwerden
- Aussagen in Gerichtsverfahren
- Beschlagnahmung durch Polizei
- Versicherungen u.ä.

# Warum ist die Dokumentation wichtig?

- **Rechtliche Folgen unzureichender Dokumentation im Zivilrecht**
- 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.

# Warum ist die Dokumentation wichtig?

- **Rechtliche Folgen im Prüfverfahren vor der Kassenärztlichen Vereinigung**
- Psychotherapeut\*innen obliegt die Darlegungs- und Beweislast bezüglich der Voraussetzung des Vergütungsanspruchs.
- Die zur Begründung des Anspruchs dienenden Tatsachen sind anzugeben und zu belegen.
- Die KV kann Leistung streichen, wenn Voraussetzungen nicht vorliegen oder nicht nachgewiesen werden.
- Der Nachweis, ob der Tatbestand einer Gebührenposition gegeben ist und das Ausräumen von Zweifeln obliegt der Psychotherapeut\*in. Ansonsten kann der nachweislich erbrachte Honoraranspruch verwirkt sein.

# Dokumentationsarten

- **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.
- 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.

# Dokumentationsempfehlungen der BPTK

### Inhaltsverzeichnis

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

# 1. Administrative Daten

- Name
- 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 ein\*e rechtliche Vertreter\*in eingesetzt ist)



# 1. Administrative Daten

- Mitbehandelnde (Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen, weitere Gesundheitsberufe oder professionelle Hilfesysteme)
- Arzt/Therapeutenbriefe
- Test-Unterlagen, die anderweitig durchgeführt worden sind
- Korrespondenzen im Zusammenhang mit der Behandlung, z.B. Kopien der Unterlagen
- im Zusammenhang mit der Finanzierung der erbrachten Leistungen) Korrespondenz mit Krankenkassen (wirtschaftliche Aufklärung)

## 2. Anamnestische Daten

- 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

## 2. Anamnestische 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, Hausärzt\*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

# 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)

## 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)
- Arztbericht/Schweigepflichtsentbindung

# 4. Information und Aufklärung

- **Checkliste Aufklärung**
- Vorhandene behandlungsbedürftige Störung(en)
- Therapieziele
- Empfohlene Therapie
- Erläuterung der Arbeitsweise
- Aufklärung über Sitzungslänge, Antrags- Bewilligungs- und Gutachterverfahren
- Aufklärung über Therapieerfolgsaussichten/Prognose
- Erläuterung der Urlaubsregelung und der Stundenausfallregelung
- Einverständnis /Nichteinverständnis des/der Patient\*in zur Mitteilung an den Hausarzt oder andere behandelnde Ärzte

# 5. Behandlungsplan

- ICD-Diagnose
- Indikation
- Behandlungsplan, Ziel,
- prognostische Einschätzung:
- Angewendetes Verfahren:
- Frequenz:
- Anmerkungen, Besonderheiten

# 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 Strategie



## 6. Behandlungsverlauf

- 6. Erfassung des Behandlungsverlaufs
- Die Art der Erfassung des Behandlungsverlaufs sollte unter Berücksichtigung der patient\*innenindividuellen 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

## 6. Behandlungsverlauf

- Die Zeitpunkte einer Erfassung des Behandlungsverlaufs und der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse können ggf. an Bewilligungsschritten ausgerichtet werden z.B. Zielerfassung.
- 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. Supervision

- 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

- Therapieende
- Epikrise: Ergebnis der Behandlung – auch aus Sicht der Patientin/des Patienten, Einschätzung des Erreichens der Behandlungsziele, aktueller klinischer Befund, evtl. Folgemaßnahmen
- Empfehlungen: z. B. Veränderungen in der Symptomatik/ in Problem- und Lebensbereichen, Beziehungen,
- Therapieabbruch/-unterbrechung

## 9. Sitzungsbezogene Verlaufsdokumentation

- ▶ 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.
- ▶ Leserlichkeit ist Bedingung

# 9. Sitzungsbezogene Verlaufsdokumentation

- Sitzungsbezogen sind insbesondere die folgenden Aspekte zu dokumentieren:
- Administrativ:
  - - Datum mit Beginn und Ende bzw. Dauer der Sitzung
  - - Behandlungsform (ggf. über GOP, usw. bereits kodiert)
  - - Nummer der Sitzung
  - - ggf. weitere Teilnehmer\*innen
  - - ggf. abweichender Sitzungsort
- Inhaltlich:
  - - Durchgeführte Interventionen und deren Ergebnisse
  - - Inhaltliche und verfahrensbezogene Beschreibung des Therapiegeschehens

# 9. Sitzungsbezogene Verlaufsdokumentation

- Dokumentationszeitpunkt:
- Name Patientin/Patient: obligatorisch jede Stunde
- Datum: obligatorisch jede Stunde
- Zeit: obligatorisch jede Stunde Nr. der Sitzung: obligatorisch jede Stunde ggf. Teilnehmende: bei Gruppentherapie,
- Bezugspersonen ...ggf. Ort: z. B. ausgelagerter Therapieraum
- Sitzungsart: z. B. Erstgespräch, Bezugspersonen,
- psychotherapeutisches Gespräch ...Inhalt der Stunde
- Thema auf der Erzählebene der Patientin/des Patienten (bei Kindern und Jugendlichen auch Spiel- und/oder Handlungsebene):
- Schwerpunktthema
- Psychotherapeutisches Verständnis des Themas auf Theorieebene

# 9. Sitzungsbezogene Verlaufsdokumentation

- 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.



# 9. Sitzungsbezogene Verlaufsdokumentation

- verfahrensspezifisch
- Interventionen und Reaktionen: Durchführung der Intervention, Anordnungen, Verlauf der Sitzung,
- Beschwerden, Maßnahmen/Absprachen (wenn es welche gibt) und deren Ergebnisse
- Veränderungen im psychischen Befund: wenn es welche gibt, z. B. aktuelle Suizidgefährdung
- Veränderungen in der Behandlungsentwicklung (Fortschritt/Rückschritt/)Stagnation)
- auch Motivation, Ereignisse zwischen den Sitzungen, Probleme der Durchführung (z. B. Widerstand
- eventuell Änderung der Medikation.
- ggf. Aufklärung/Einwilligung: Bei Änderungen im Behandlungsverlauf oder erheblichen Änderungen im Vorgehen ist eine erneute Aufklärung und Einwilligung erforderlich

# 9. Sitzungsbezogene Verlaufsdokumentation

- Beispiel:
- 1. Patient\*in
- 2. Datum Uhrzeit Dauer: > 25' 50' 100'-
- 3. Diagnose
- 4. Sitzung Nr. von
- 5. Umsetzung (Ergebnis, Hausaufgaben, Anregungen, Feedback) aus letzter Sitzung
- 6. Therapeutischer Aktivitätsgrad des/der Patient\*in (-) 0-1-2-3-4-5-6 (+)
- 7. Veränderungen der aktuellen Lebenssituation
- 8. Themen der Sitzung

# 9. Sitzungsbezogene Verlaufsdokumentation

- 9. Sitzungsverlauf (durchgeführte Interventionen und deren Ergebnisse)
- Z.B. VT: *Krisenintervention - Paar/Familiengespräch - Stützen/Stabilisieren - Klärung - Informationsvermittlung - Motivationsaufbau - Beziehungsaufbau/-klärung - Verbesserung der Selbstakzeptanz - Verbesserung sozialer Kompetenz - Bearbeitung von Konflikten - Selfmanagement (Kanfer) - Problemlösefähigkeit - Stressmanagement - Stimuluskontrolle - Gedankenstopp - kognitive Umstrukturierung - Reizkonfrontation/Exposition in vivo/-sensu - Rollenspiele*
- 10. Neue Absprachen / Aufträge / Anregungen / Aufklärungen / Hausaufgaben
- 11. Interaktionsverhalten
- 12. Befinden des Patienten
- 13. psychische Stabilität: (-) 5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5 (+), geg. Suizidalität
- 14. Anamnestisch relevante neue Informationen Ideen/Planung der nächsten Sitzung

# Checkliste

- Einwilligungsfähigkeit geklärt/Vormund
- gesetzlich versichert: Aufklärung über Rahmenbedingungen einer Psychotherapie /PTV10/PTV11/(Antrag/KZT I/KZT II/LZT/somatische Abklrg.)
- Privat versichert, Beihilfe, Selbstzahler\*in: Aufklärung über Kosten & Rahmenbedingungen einer Psychotherapie (Antrag/KZT/LZT/somatische Abklrg.)
- Konsiliarbericht: GKV Überweisung Formular 7 ausgehändigt
- Behandlungsvertrag

# Checkliste

- Einverständnis zur Terminvereinbarung über E-Mail-Kontakt (elektronische Medien)- Achtung Datenschutz
- Diagnose gegenüber Patient\*in mitgeteilt
- Einverständniserklärung Bericht gem. EBM an Hausarzt\*in bzw. Ablehnung
- Schweigepflichtsentbindung
- Vorbehandlungen/Berichte
- Einverständnis Videobehandlung
- Information Datenschutz/DSGVO
- Einwilligung

# Checkliste-Besonderheiten KJP

- ▶ Sorgerechtsverhältnis geklärt
- ▶ Einverständnis/Zustimmung beider sorgeberechtigter Elternteil liegt vor bzw. darf angenommen werden
- ▶ Vollmacht eines Elternteils für den anderen Elternteil liegt vor
- ▶ Negativbescheinigung (Alleinsorgeberechtigte)
- ▶ Entbindung von der Schweigepflicht durch Sorgeberechtigte
- ▶ bei Pflegeeltern: Bestellung vom Jugendamt liegt in Kopie vor
- ▶ bei Pflegeeltern: Umfang der Fürsorge abgeklärt
- ▶ bei Jugendlichen: Einsichtsfähigkeit vorhanden
- ▶ bei Jugendlichen: Gefährdung- sollten Eltern Kenntnis von Psychotherapie erhalten, (weitere Dokumentation erforderlich)

# Checkliste-Besonderheiten KJP

- Behandlungsvertrag
- Diagnose gegenüber Patient\*in/Eltern mitgeteilt
- rechtzeitige Abholung des Kindes nach Psychotherapie-Stunde angesprochen
- Kind darf nach Ende Psychotherapie-Sitzung Praxis alleine verlassen
- Erlaubnis, Praxis verlassen zu dürfen bspw. zu Exposition/zu Übungen
- Einverständnis zur Videobehandlung des Kindes/Jugendlichen

# Literatur und links

- [https://ptk-saar.de/images/Berufsordnung\\_PKS\\_Stand\\_2020-07-01\\_final.pdf](https://ptk-saar.de/images/Berufsordnung_PKS_Stand_2020-07-01_final.pdf)
- <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/11/Empfehlungen-der-BPTK-fuer-die-Dokumentation-psychotherapeutischer-Behandlungen-in-der-psychotherapeutischen-Versorgung.pdf>
- [https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/04\\_psychotherapeuten/publikationen/Empfehlungen\\_Dok\\_Internet.pdf](https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/downloads/04_psychotherapeuten/publikationen/Empfehlungen_Dok_Internet.pdf)
- <https://www.lpk-rlp.de/detail/praxis-tipp-nr-16-die-behandlungsdokumentation-aufbewahrung-und-loeschung.html>
- <https://www.lpk-rlp.de/detail/praxis-tipp-nr-12-die-dokumentation.html>



# Fragen und Austausch



