

Die Dokumentation

Eine sorgfältige und gute Dokumentation ist im psychotherapeutischen Alltag von großer Bedeutung.

Dokumentation gem. § 630 f BGB/§ 9 BO LPK RLP:

„(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung 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) 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.“

Zweck und Umfang der Dokumentation:

Durch die sorgfältige Aufzeichnung des Behandlungsgeschehens wird eine sachgerechte therapeutische Behandlung und Weiterbehandlung gewährleistet. Dabei dient die Dokumentation in erster Linie der Therapiesicherung, kann aber auch für die Rechenschaftslegung und ggf. Beweissicherung und Qualitätssicherung hilfreich sein.

Es sind grundsätzlich alle therapierelevanten und therapiebezogenen Informationen sowie sämtliche für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse zu dokumentieren. Maßstab ist die psychotherapeutische sowie medizinische Üblichkeit und Erforderlichkeit, damit sachkundige Dritte (z.B. mit- oder weiterbehandelnde Kolleg*innen) den Behandlungsverlauf nachvollziehen und ggf. weitere Behandlungsmaßnahmen ergreifen können.

Zudem soll für Patient*innen erkennbar sein, welche Leistungen der/die Psychotherapeut*in vorgenommen hat. Es ist jedoch nicht erforderlich, dass Patient*innen sämtliche Details der Patientenakte nachvollziehen und verstehen können müssen.

Primärer Zweck der Dokumentation ist zwar nicht die Beweissicherung für eventuelle Prozesse, weder für Haftpflichtprozesse noch für beispielsweise zivilrechtliche Verfahren zur Geltendmachung von

Honoraransprüchen., dennoch kann eine ordnungsgemäße Dokumentation in gerichtlichen Verfahren eine entscheidende Rolle spielen. Häufig steht es in diesen Verfahren „Aussage-gegen-Aussage“ und Ihnen steht dann die Dokumentation als weiteres und möglicherweise entscheidendes Beweismittel zur Verfügung (z.B. zum Nachweis, dass und in welchem Umfang die Aufklärung stattgefunden hat).

Beachten Sie jedoch, dass beispielsweise bei Akteneinsichtsgesuchen Patient*innen das Recht haben, alles einzusehen, was in der Akte dokumentiert ist. Wenn Sie eigene Gedanken oder Emotionen dokumentieren, werden auch diese ein Teil der Akte. Weitere Informationen hierzu finden Sie in unserem Praxistipp Nr. 14 zur Akteneinsicht.

Die Dokumentation muss in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung erfolgen. Der Zeitabstand darf zwar größer sein als „sofort“ oder „unverzüglich“, damit sich die Dokumentation aber als Erinnerung des/der Psychotherapeut*in erweist, darf nicht zu lange gewartet werden. Sinnvoll ist es, den Zeitpunkt der Dokumentation ebenfalls zu dokumentieren (Beweiswert).

Art und Form der Dokumentation:

- Die Dokumentation kann in **Papierform** oder/ und **digital** erfolgen.
- Bei **händischer** Dokumentation ist zu beachten, dass diese leserlich ist.
- Die Dokumentation muss erkennen lassen, wenn **nachträgliche Änderungen** vorgenommen werden, sowohl bei der digitalen als auch bei der Dokumentation in Papierform.
- Die Gerichtssprache ist **deutsch** – wenn in anderer Sprache dokumentiert wird, sollte man sich darüber im Klaren sein, dass bei Akteneinsichtsgesuch oder Vorlage bei Behörden, Gerichten usw. eine Übersetzung erfolgen muss (ggf. auch kurzfristig).
- Es sollte eine **sachliche Darstellungsform** gewählt werden.
- Die Dokumentation kann auch in **Stichworten** erfolgen – entscheidend ist, dass die Angaben für Fachpersonal verständlich sind – es können auch fachspezifische Abkürzungen und Symbole verwendet werden. **Nicht ausreichend** sind dagegen ausschließlich Stichpunkte über die besprochenen Themen.
- Es sollten keine Diagnosen über andere Personen als Patient*innen gestellt werden.
- Im Falle der **Behandlung von Minderjährigen** ist dringend empfohlen, ausführlich folgendes zu dokumentieren: Natürliche Einsichtsfähigkeit, Sorgeberechtigung und wer von den Beteiligten aufgeklärt wurde.

Inhalt der Dokumentation:

Beim Inhalt der Dokumentation ist immer der Grundsatz zu berücksichtigen:

„Was nicht dokumentiert ist, hat auch nicht stattgefunden.“

Die Berufsordnung und das Bürgerliche Gesetzbuch geben eine Reihe von erforderlichen Inhalten für die Dokumentation vor.

In die Patientenakte gehören unter anderem Testbögen, Diagnosen der Patient*innen, Notizen aus den Therapiestunden, die Korrespondenz mit Dritten, Abrechnungsunterlagen, etc.

Einen sehr guten Orientierungspunkt bieten die durch die Bundespsychotherapeutenkammer veröffentlichten Dokumentationsempfehlungen (LINK)

[Empfehlungen-der-BPtK-fuer-die-Dokumentation-psychotherapeutischer-Behandlungen-in-der-psychotherapeutischen-Versorgung.pdf](#)