

Vorwort zum Artikel 2002

"Scylla und Charybdis: so hießen die beiden Ungeheuer, denen Odysseus auf seiner Fahrt begegnete. Dem "fürchterlich bellenden Scheusal" (Homer) der Scylla gegenüber befand sich der Strudel der Charybdis, der dreimal täglich das Meer in sich einschlürfte. Odysseus konnte die Art seines Scheiterns wählen: entweder am Felsen der Scylla zu zerschmettern, oder von den Strudeln der Charybdis in die Tiefe gerissen zu werden. Diese Gefahr dennoch heil überstanden zu haben, liegt an Odysseus Fähigkeit, einen schiffbaren Weg dazwischen gefunden zu haben."

Wir hoffen, daß wir mit diesem Artikel zumindest ansatzweise einen schiffbaren Weg weisen können, auf dem die niedergelassenen Psychotherapeuten bezüglich der Dokumentationspflicht in ihrem von vielen Klippen erschwerten Arbeitsalltag weder vom "fürchterlich bellenden Scheusal" zerschmettert, noch vom Meeresstrudel eingeschlürft und in die Tiefe gerissen werden. ;-)

Ergänzung 2008

Die Rahmenbedingungen, auf die im Artikel Bezug genommen wird, haben sich z.T. inzwischen verändert. Eine aktuelle Beschreibung findet sich in dem Buch **„PsyQM – Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen“** (B. Piechotta, Springer 2008). S. www.psyqm.de

Die Dokumentationsformulare, auf die im Artikel verwiesen wird, sind in weiterentwickelter Form ebenfalls dort abgedruckt.

Beatrice Piechotta & Ulrich Meier

Zwischen Scylla und Charybdis – Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen im Spannungsfeld von Nachweispflicht und Praktikabilität

Beatrice Piechotta, Ulrich Meier

Psychotherapeuten¹ sind genauso wie Ärzte zur Dokumentation ihrer Leistungen verpflichtet. Die Psychotherapie-Richtlinien legen in Abschnitt A. Allgemeines fest:

9. Psychotherapie und psychosomatische Grundversorgung erfordern eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen.

Die Anforderungen an eine ausreichende Dokumentation für psychotherapeutische Leistungen sind jedoch nirgendwo befriedigend präzisiert, sie bewegen sich zwischen dem Hinweis, es sei „in geeigneter Weise“ oder „ordentlich“ „das medizinisch bzw. psychotherapeutisch Gebotene“ zu dokumentieren, und detaillierten Forderungen nach umfangreichen Status-, Struktur-, Verlaufs- und Basisdokumentationen, mit strukturierten Dokumentations- und Evaluationsbögen, die zur Evaluation auch für Zwecke der Qualitätssicherung, Prozeß- und Versorgungsforschung geeignet sind, und deren Einsatz mit der Berufspflicht von Psychotherapeuten begründet wird (Laireiter/Baumann 1999).

Die inzwischen in den KVen einsetzenden Plausibilitätsprüfungen für Psychotherapeuten, bei denen auch Einblick in die Dokumentation genommen wird, haben eine Arbeitsgruppe von verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch und psychoanalytisch arbeitenden niedergelassenen Psychotherapeuten² (PP, KJP, ÄP) in Nordrhein veranlaßt, zu überlegen: Wie hat eine ordnungsgemäße Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen konkret

¹ Männliche Form der leichteren Lesbarkeit halber für beide Geschlechter. Mit Psychotherapeuten sind ärztliche, psychologische und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gemeint.

² Petra Baumann-Frankenberger, Ulrich Meier, Johannes Petri, Beatrice Piechotta

auszusehen – aus der Sicht von auch in der ärztlichen/psychotherapeutischen Selbstverwaltung erfahrenen Praktikern? Diese Dokumentation soll keine weitergehenden Ansprüche von Evaluation, Qualitätssicherung usw. erfüllen, sondern lediglich das umfassen, was bisher laut gesetzlichen und berufsrechtlichen Forderungen im Zusammenhang mit probatorischen und therapeutischen Leistungen mindestens dokumentiert sein muß. Einem Therapeuten, der diesen Basisstandard erfüllt, soll bei Überprüfungen kein Nachteil aufgrund mangelhafter Dokumentation entstehen.³

Weitere damit zusammenhängende Punkte wie Aufbewahrungsfristen, Einsichtsrecht, Datenschutz, Haftungsfragen und Näheres zu Plausibilitätsprüfungen werden in diesem Artikel nicht ausführlicher behandelt; es wird im Text auf entsprechende Literatur verwiesen.

In dem Artikel werden zunächst die Anforderungen an Dokumentation beschrieben, wie sie bisher allgemein für die somatisch-ärztliche Tätigkeit formuliert sind, um dann diese Anforderungen zu übersetzen für den psychotherapeutischen Bereich, wobei die Begründungen mit etwas unterschiedlicher Gewichtung für alle Richtlinien-Verfahren zutreffen.

Begründung der Dokumentationspflicht im ärztlichen Bereich

Die rechtlichen Bedingungen für Dokumentation wurden bisher im somatisch-ärztlichen Bereich entwickelt und spezifiziert; sie gelten grundsätzlich aber genauso für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Sie werden hier zunächst für den ärztlichen Bereich dargestellt.

Es sind verschiedene Ebenen zu unterscheiden, die die Dokumentationspflicht begründen.

Dokumentation für Patientensicherheit und Behandlungsunterstützung

Dokumentation ist eine vertragliche Pflicht, die sich aus dem Behandlungsvertrag ergibt, die also in erster Linie das Verhältnis von Arzt und Patient betrifft und von Therapieerfordernissen bestimmt ist (Neu 2001, Schwarz-Schilling 1997). Diese Verpflichtung ist unabhängig davon, ob der Patient Kassenpatient, Privatversicherter oder Selbstzahler ist. Die Dokumentation soll den Arzt bei der Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten im Interesse der Sicherheit des Patienten unterstützen und dient

- der Weiterbehandlung durch den dokumentierenden Arzt (Gedächtnisstütze)
- der Weiterbehandlung andernorts oder durch einen Praxisvertreter: jeder mit- und nachbehandelnde Arzt soll sich jederzeit anhand der Dokumentation über den Behandlungsverlauf und die Krankengeschichte umfassend informieren können.
- als Rechenschaftspflicht dem Patienten gegenüber (Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag: Einsichtsrecht für den Patienten)

Die „Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte“ vom 27.10.01 stellt entsprechend in § 10 „Dokumentationspflicht“ fest:

(1) Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur ärztliche Gedächtnisstützen, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

Die Berufsordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen von den Psychotherapeutenkammern noch erarbeitet und gestaltet werden, und werden wohl ähnliche Regelungen enthalten.

³ Für juristische Auskünfte danken wir Herrn Dr. Halbe, Justitiar der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten

Auch der „Bundesmantelvertrag Ärzte“ (abgeschlossen zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, gilt auch für Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) legt im 14. Abschnitt „Besondere Rechte und Pflichten des Vertragsarztes, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen“ in § 57 „Dokumentation“ fest:

(1) Der Vertragsarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen, sowie die veranlaßten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren.

Dokumentation für Überprüfung der ordnungsgemäßen Leistungserbringung

Vertragspartner bei der Behandlung von GKV-versicherten Patienten sind aber auch die Krankenkassen. Im SGB V werden für die Behandlung von Kassenpatienten bestimmte Verpflichtungen der Leistungserbringer festgelegt, zu deren Erfüllung oder Überprüfung die Dokumentation der erbrachten Leistungen zwingend notwendig ist.

Es gibt verschiedene Arten von Überprüfungen⁴:

Mit **Plausibilitätskontrollen** (§ 83 SGB V) wird im Wesentlichen die Rechtmäßigkeit der Abrechnung überprüft; sie sollen sicherstellen, daß keine Leistungen abgerechnet werden, die nicht oder nicht komplett erbracht wurden. Nicht komplett wäre eine Leistung auch dann, wenn sie nicht dokumentiert ist. Im SGB V werden Stichproben-Überprüfungen vorgeschrieben. Darüber hinaus haben die KVen sog. Aufgreifkriterien formuliert (für Psychotherapeuten in Nordrhein z.B.: durchschnittlich mehr als 40 Sitzungen pro Woche, mehr als 50 % probatorische Sitzungen), die zu einer Plausibilitätsprüfung führen können. Bei Auffälligkeit wird der Arzt aufgefordert, Stellung zu nehmen und die Vermutung der Implausibilität aufzuklären; falls Zweifel bestehenbleiben, können weitere Maßnahmen ergriffen werden: von Einsicht in die Patientenakte über Patientenbefragung bis hin zum Einleiten von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (wenn der Eindruck entsteht, daß die Leistungen nicht medizinisch notwendig waren) oder zum Einschalten der Staatsanwaltschaft (bei Betrugsverdacht). (s. PlausiVO-KVWL § 9)

In einer **Wirtschaftlichkeitsprüfung** (§ 106 SGB V) dagegen werden Indikation, Effektivität (Wirksamkeit) und Effizienz (Wirtschaftlichkeit) der erbrachten Leistungen beurteilt.

(2a) Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind, soweit dafür Veranlassung besteht,

1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien der Bundesausschüsse enthaltenen Vorgaben,
4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,

Der Schutz der persönlichen Daten des Patienten und die ärztliche Schweigepflicht werden für diese Überprüfungen dem höheren Rechtsgut „Funktionsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung“ untergeordnet. Das ist gesetzlich geregelt in § 295 SGB V:

(1a) Für die Erfüllung der Aufgaben nach § 83 Abs. 2 sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.

⁴ Ausführliche Beschreibungen und Stellungnahmen zu Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen finden sich in Psychotherapeutische Praxis 2002 Heft 1.

Dem Interesse des Patienten am Schutz seiner Daten wird in § 35 SGB I (Wahrung des Sozialgeheimnisses) Rechnung getragen, in dem die KV und die Krankenkassen zur Verschwiegenheit verpflichtet werden (Halbe 2001, Makoski 2002).

Für Privatpatienten gelten diese Regelungen nicht, da der Therapeut in keinem unmittelbaren Rechtsverhältnis zur Privatversicherung steht. Jede Weitergabe von Unterlagen oder Informationen über einen Patienten an eine private Krankenversicherung ist nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Patienten zulässig (Werning 2001).

Dokumentation zur juristischen Absicherung des Arztes

Neben der Verpflichtung zur Dokumentation aufgrund des Behandlungsvertrags ist es auch aus Gründen der juristischen Absicherung (Haftungsprophylaxe und Beweispflichten des Arztes) ratsam, zu dokumentieren. Wenn ein Patient einen Arzt wegen eines Behandlungsfehlers zur Verantwortung ziehen will, kann nur über die Dokumentation der Behandlung beurteilt werden, ob der Vorwurf zutrifft oder nicht. Kann ein Arzt keine ausreichende Dokumentation vorlegen, bringt er sich in erheblichen Beweisnachteil. Neben der sorgfältig erhobenen Krankengeschichte sollten also sämtliche Befunde, Diagnosen, therapeutische Interventionen und eventuelle Auffälligkeiten dokumentiert sein.

Die Aufklärung des Patienten über die geplante Behandlung, Alternativen, mögliche Folgen und Nebenwirkungen ist ebenfalls eine Verpflichtung aus dem Behandlungsvertrag. Es gibt zwar keine gesetzliche Verpflichtung, das Aufklärungsgespräch zu dokumentieren, aber es empfiehlt sich doch sehr zum eigenen Schutz: Selbst wenn in einem Haftungsprozeß kein Behandlungsfehler nachzuweisen ist, kann allein der fehlende Beleg für die Aufklärung zu einer Verurteilung führen, weil für diesen Fall der Arzt beweispflichtig ist. Ein Formular mit einem Aufklärungstext, selbst wenn es vom Patienten unterschrieben ist, reicht nicht aus; die Dokumentation muß belegen, daß ein Gespräch darüber mit dem Patienten stattgefunden hat (Tintner 2002).

Anforderungen an die Dokumentation im ärztlichen Bereich

Formale Anforderungen: Die Dokumentation muß leserlich und verständlich für Kollegen (nicht für Laien) sein, d.h. sie kann Fachbegriffe und gebräuchliche Abkürzungen enthalten. Stichpunkte genügen, müssen aber so vollständig und verständlich sein, daß z.B. ein Praxisvertreter für die weitere Behandlung einen hinreichenden Überblick bekommt.

Inhaltliche Anforderungen: Die Dokumentation muß die objektiven Erkenntnisse über das körperliche Befinden des Patienten enthalten, sowie wesentliche Merkmale der Umstände und des Verlaufs der durchgeführten Behandlung. Routinemaßnahmen müssen nicht dokumentiert sein.

Im Einzelnen muß die Dokumentation enthalten (nach KV No Aktuell 10/01):

- Name des Pat, Datum des Besuchs
- Grund des Besuchs, Beschwerden
- Diagnose, Verdachtsdiagnosen
- Untersuchungsmaßnahmen, Funktionsbefunde
- Ursache, Ausmaß der Erkrankung, daraus folgende Funktionsstörungen
- Verordnung von Arzneimitteln (Art, Dosierung)
- Ergebnis der Behandlung
- Art der Nachbehandlung
- Besondere Behandlungsarten
- Zwischenfälle
- Überweisungsempfehlungen, Wiedereinbestellungen

Zum eigenen Schutz empfiehlt es sich, zusätzlich zu dokumentieren:

- Aufklärung des Patienten, bzw. Vermerk, wenn der Patient ausdrücklich auf Aufklärung verzichtet
- Warnhinweise an den Patienten
- Ggf. unterschriebene Weigerungserklärung des Patienten
- Komplikationen, Beschwerden des Patienten über die Behandlung

Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen

Psychotherapie unterscheidet sich von somatischer Medizin zumindest in der Ausprägung bestimmter Aspekte; insofern sind für die Dokumentation besondere Bedingungen zu beachten.⁵

Bedeutung von Subjektivität und Vertrauensbeziehung als Grundlage der psychotherapeutischen Arbeit

Den meisten Patienten fällt es schwer, sich einer fremden Person zu öffnen, über problematische, intime, schmerz- oder schambesetzte Dinge zu sprechen, über die sie vielleicht noch nie mit jemandem gesprochen haben. Für viele ist allein schon die Tatsache sehr belastend, überhaupt psychotherapie-bedürftig zu sein, und sie sind sehr darauf bedacht, daß niemand davon erfährt, manchmal nicht einmal die eigenen Angehörigen. Die Entwicklung einer Vertrauensbeziehung ist die Grundbedingung für Psychotherapie, und eine wesentliche Rolle dafür spielt auch die subjektive Bedeutung von Symptomen, Problemen und des gemeinsam zu findenden Lösungsweges.

Der Therapeut nutzt nicht nur sein theoretisches und behandlungstechnisches Wissen, um einen Zugang zur Problematik des Patienten zu finden, sondern auch seine eigene Psyche: Gefühle, die der Patient in ihm auslöst, Phantasien, Bilder und je nach Verfahren Selbstanalysen (Übertragung, Gegenübertragung) oder Wahrnehmung von komplementärem therapeutischen Beziehungsverhalten, in denen sehr viel Persönliches von Seiten des Therapeuten enthalten ist.

Es würde die Vertrauensbeziehung untergraben, diese Art von Offenheit therapeutischer Arbeit unmöglich machen, und damit der Qualität und dem möglichen Erfolg der Therapie erheblich schaden, wenn Patient und Therapeut davon ausgehen müßten, daß schriftliche Aufzeichnungen über persönliche und intime Details von anderen Personen eingesehen werden können, z.B. in einer Plausibilitätsprüfung. Zumal da nicht ausgeschlossen werden kann, daß der Prüfarzt, der ja in der Nähe niedergelassen ist, einzelne Patienten persönlich kennt, aus dem Sportverein, über die gemeinsame Schule der Kinder, oder als den Kollegen aus der Nachbarpraxis.

Schweigepflicht und Datenschutz müssen also in der Psychotherapie wesentlich differenzierter gesehen und genauer beachtet werden, als man das in der somatischen Medizin gewohnt ist. Im Gutachterverfahren, zumindest in der GKV, wird dem Rechnung getragen durch die Anonymisierung des Patienten.⁶

Auch das Einsichtsrecht des Patienten in seine Behandlungsunterlagen muß differenziert betrachtet werden: Die aufgezeichneten subjektiven Eindrücke des Therapeuten können für den Patienten unverständlich, kränkend und damit schädlich sein, Überlegungen zu

⁵ Die Ausführungen gelten sowohl für Erwachsenen-, als auch für Kinder- und Jugendlichentherapie, wobei dort noch stärker die Einbeziehung der ganzen Familie berücksichtigt werden muß.

⁶ Es erscheint beim Thema Dokumentation auch wichtig, daß Psychotherapeuten ihre Wahrnehmung dafür schärfen, was die Weitergabe von dokumentierten Informationen über Patienten bedeutet, z.B. im Zusammenhang mit Disease Management Programmen, Netzen, elektronischem Datenaustausch oder umfassenden Datensammlungen für Qualitätssicherung.

therapeutischen Interventionen könnten von der Formulierung oder vom Zeitpunkt her für den Patienten noch nicht annehmbar sein und sich damit ebenfalls schädlich auf die Therapie auswirken, aufgezeichnete Mitteilungen von Dritten sind vielleicht nicht für die Weitergabe an den Patienten gedacht gewesen, und sind deshalb zu schützen. Für psychiatrische Behandlungen wird daher ausdrücklich eine Einschränkung des Einsichtsrechts zugestanden (Neu 2001). Und nicht zuletzt gibt es auch die informationelle Selbstbestimmung des Therapeuten: auch der Therapeut muß selbst entscheiden können, wieviel von seiner persönlichen Befindlichkeit, über die er sich zu therapeutischen Zwecken Gedanken gemacht hat, er seinem Patienten mitteilen will.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, den offiziellen, eher objektiven Teil der Dokumentation von den subjektiven, persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten zu trennen; die persönlichen Aufzeichnungen gehören nicht zur Dokumentation und sind nicht für andere zugänglich (s. auch Behnsen et al. 2001 zu Dokumentationspflicht, Stichwort „Duale Dokumentation“, Laireiter/Baumann 1999: öffentliche vs. private Dokumentation).

Bedeutung der personalen therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie

Die Möglichkeiten einer Weiterbehandlung durch einen anderen Therapeuten, die genau an dem Punkt ansetzt, an dem die vorherige Therapie aufgehört hat, sind – anders als in der somatischen Medizin – begrenzt. Grundlage für die Behandlung ist die therapeutische Beziehung, die sich zwischen Therapeut und Patient ganz individuell entwickelt; mit einem nachfolgenden Therapeuten oder einem Stellvertreter muß eine solche Beziehung erst wieder neu aufgebaut werden, und ist zwangsläufig auch individuell anders geprägt. Eine Behandlung bei einem anderen, als dem ursprünglichen Therapeuten ist also keine Fortsetzung der Therapie, sondern eine Neuaufnahme, bei der der Fokus für die Therapie neu zu klären ist.

Eine Vertretung wird in der Regel nur dann in Anspruch genommen, wenn der Patient während der Abwesenheit seines Therapeuten in eine Krise gerät und eine notfallmäßige Betreuung braucht, nicht aber als reguläre Weiterführung der Therapie bei einem anderen Therapeuten. Der Bundesmantelvertrag regelt in § 14 „Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte, nichtärztliche Mitarbeiter“:

(3) Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist grundsätzlich unzulässig.

Bisherige Erfahrungen bei Therapeutenwechsel, Urlaubs- oder Krankheitsvertretung zeigen: Eine kurze Zusammenfassung von Problematik und Therapieverlauf durch den Therapeuten (wie z.B. im Bericht zum Antrag), und die Angaben, die der Patient selbst dann dem Vertreter oder dem neuen Therapeuten zu seinem aktuellen Problem und zur stattgehabten Therapie machen kann, bieten eine gute Grundlage für eine Vertretung in einer Krisensituation oder für eine nachfolgende Behandlung.

Bedeutung einer ökonomischen Dokumentationsweise

In einer psychotherapeutischen Dokumentation werden nicht, wie in der somatischen Medizin, ein technischer Ablauf, oder einige konkrete Angaben aus einem 3- bis 10-minütigen Gespräch und daraus folgende Maßnahmen festgehalten, sondern einstündige Gespräche, und zwar je nach Verfahren pro Behandlung Dutzende bis Hunderte solcher Gespräche. Sowohl für das Dokumentieren, als auch für eine eventuelle spätere Nutzung dieser Dokumentation müssen Aufwand und Nutzen in einem ökonomischen Verhältnis stehen. Der Therapeut selbst, aber auch ein anderer Therapeut können sich schneller durch eine Zusammenfassung, wie sie z.B. im Bericht zum Antrag vorliegt, einen Über-

blick verschaffen, als wenn sie sich durch Inhaltsangaben von 50 oder 200 Sitzungen hindurcharbeiten müßten. Die Dokumentation des Verlaufs muß erlauben, auf einen Blick die wesentlichen Punkte der Therapie zu erkennen.

Nachweis der ordnungsgemäßen Leistungserbringung

Die Zeitgebundenheit und Nicht-Delegierbarkeit der meisten psychotherapeutischen Leistungen erleichtert Plausibilitätsprüfung im Vergleich zur somatischen Medizin erheblich. Für die nicht-zeitgebundenen Leistungen hat die KBV Zeitprofile angegeben, z.B. für die 861 (Vertiefte Exploration) durchschnittlich 12 Minuten (Schwankungsbreite zwischen 8 und 20 Minuten), oder für einen Test 2 Minuten.

Wenn aufgrund der Tagesprofile, d.h. aufgrund der Menge der abgerechneten Leistungen pro Tag, Zweifel bestehen, ob Leistungen vollständig erbracht wurden, z.B. ob bei therapeutischen Sitzungen die vorgeschriebene Mindestdauer von 50 Minuten eingehalten wurde, versuchen die Prüfärzte nach den bisherigen Erfahrungen, das anhand der Dokumentation zu überprüfen. Aber wie umfangreich müßte die Dokumentation einer Sitzung sein, um zu belegen, daß diese Sitzung nicht 30, sondern tatsächlich 50 Minuten gedauert hat? An die Dokumentation kann offensichtlich nicht der Anspruch gestellt werden, daß sie diesen Beweis leisten sollte. Bei weiter bestehenden Zweifeln müßten also andere Wege gefunden werden, z.B. Überprüfen des Terminkalenders oder Befragen der Patienten. Aufgrund der Unterschiede in der Durchführung von somatischer Medizin und Psychotherapie müssen zur sachkundigen Beurteilung Prüfer hinzugezogen werden, die hauptberuflich Psychotherapie durchführen.

Nachweis der Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Aus dokumentierten Daten wie Anamnese, Befunde (inkl. Testverfahren), Psychodynamik, Verhaltensanalyse ergibt sich die Beurteilung von Indikation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht von selbst. Die Daten des Patienten müssen fachkundig interpretiert, und die Schlüsse des Therapeuten müssen nach fachlichen Kriterien beurteilt werden. Für Psychotherapie werden die Forderungen des § 106 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung) für jeden Patienten im Rahmen des Gutachterverfahrens erfüllt, bevor die therapeutischen Leistungen erbracht werden: der Therapeut nimmt in einem Bericht Stellung zu den wesentlichen Kriterien, der Gutachter beurteilt, ob Indikation und Behandlungsplan für diesen Patienten als erfolgversprechend und wirtschaftlich dargestellt sind, und die Kasse genehmigt dementsprechend die Kostenübernahme für ein bestimmtes Kontingent von Sitzungen.

Keinesfalls können Prüfärzte der KV anhand der Dokumentation die Wirtschaftlichkeit der Behandlung beurteilen, denn

- nur qualifizierte Fachkollegen besitzen die Kompetenz, zu den komplexen Fragestellungen von Indikation, Wirksamkeit und notwendigen Dauer der Therapie eine Beurteilung abzugeben,
- nur unter dem Schutz der Anonymisierung ist es möglich, detaillierte intime Auskünfte über den Patienten zu geben, und
- nur ein fachlicher Diskurs gewährleistet eine offene Darstellung der subjektiven Vorgänge in der therapeutischen Beziehung auch aus Sicht des Therapeuten, die für die Beurteilung der Therapie bedeutsam sind.

Da die psychotherapeutischen Leistungen bereits ausführlich hinsichtlich Wirtschaftlichkeit begutachtet sind, könnte eine nachträgliche Prüfung sich nur auf solche Aspekte beziehen, die nicht bereits von der Genehmigung umfaßt sind. Solch eine nachträgliche Überprüfung könnte u.E. ebenfalls nur unter dem Schutz des Gutachterverfahrens stattfinden.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen können sich auf nicht-genehmigungspflichtige Leistungen erstrecken, doch auch hier ist zu berücksichtigen: Die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von probatorischen Sitzungen, Testverfahren usw. kann letztlich nur durch Fachkollegen beurteilt werden. Insofern sind immer Prüfer hinzuzuziehen, die hauptberuflich Psychotherapie durchführen.

Zusammenfassende Folgerungen für eine ausreichende Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen

Wesentliche Voraussetzungen

- Die Dokumentation muß entsprechend den vertraglichen und Berufsordnungs-Verpflichtungen, im Sinne der Therapiesicherung, ermöglichen, daß der Therapeut selbst oder ein anderer Therapeut sich in einem vertretbaren Zeitraum einen Überblick über die Therapie verschaffen kann, muß also nicht nur alle wesentlichen Informationen enthalten, sondern auch entsprechend übersichtlich und ökonomisch zu handhaben sein.
- Die gesetzliche Verpflichtung zur Überprüfung der ordnungsgemäßen Leistungserbringung (Plausibilitätsprüfung) ist nur in bestimmten Grenzen anhand der Verlaufs-Dokumentation zu erfüllen, da sonst die Dokumentation so umfassend sein müßte, daß sie völlig unökonomisch würde und damit ihre vorrangige Aufgabe, einen Überblick im Sinne der Patientensicherheit und Behandlungsunterstützung herzustellen, zunichte machen würde.
- Die gesetzlich geforderte Überprüfung von Indikation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit für genehmigungspflichtige Leistungen findet im Rahmen des Gutachterverfahrens statt, und ist für die übrigen Leistungen nur durch qualifizierte Fachkollegen durchzuführen.
- Die Dokumentation, mit der die gesetzlichen und vertraglichen Pflichten erfüllt werden, ist von den persönlichen Notizen des Therapeuten zu trennen; persönliche Aufzeichnungen sind für andere nicht zugänglich, um dem Patienten und der Therapie nicht zu schaden.

Der Bericht an den Gutachter enthält sowohl die objektiven Angaben, als auch sehr weitgehende subjektive und intime Details von Patient und Therapeut; daher gehört er u. E. in den besonders geschützten Bereich und ist zunächst nur für den Gutachter bestimmt. Der Therapeut muß entscheiden, welche Teile davon er zu welchen Zwecken an andere Stellen weitergeben kann.

Dokumentation der probatorischen und therapeutischen Sitzungen

Die Dokumentation der probatorischen Sitzungen muß entsprechend der Aufgabe dieser Sitzungen neben Angaben zur Symptomatik und Anamnese auch Überlegungen zur Diagnose und zur Indikation enthalten. Die Aufklärung des Patienten über Behandlungsangebot, -alternativen und mögliche Folgen und Nebenwirkungen, zu der der Therapeut vertragsrechtlich verpflichtet ist, sollte dokumentiert sein, und aus der Dokumentation muß auch hervorgehen, was letztlich das Ergebnis der probatorischen Sitzungen war, und was mit dem Patienten vereinbart wurde: Behandlung, anderweitige Empfehlung, Überweisung o.ä..

Die Dokumentation der einzelnen Sitzungen während des Behandlungsverlaufs kann sich auf die Berichte an den Gutachter stützen und an der dort beschriebenen Behandlungsplanung ansetzen. Denn ein großer Teil der vertraglichen und gesetzlichen Dokumentationspflichten ist umfassend im Bericht an den Gutachter erfüllt, der Krankengeschichte, Befunde, Diagnosen und die Interpretation der Patientendaten (Verhaltensanalyse, Psychodynamik, Überlegungen zur Prognose und Indikation) als Grundlage für den Behand-

lungsplan enthält. Der Bericht zum Verlängerungsantrag enthält detaillierte Angaben zum Verlauf, Ergänzungen zu Diagnose und Indikation, sowie Modifizierung des Behandlungsplans für die Fortführung der Therapie. Falls wegen Befreiung vom Gutachterverfahren bei Kurztherapie kein Bericht vorliegt, wird es trotzdem eine ähnlich geartete Therapiekonzeption durch den Therapeuten geben.

Die Verlaufsdocumentation kann also auf die schriftlich niedergelegte Therapiekonzeption Bezug nehmen, und die dort genannten inhaltlichen Fokusse (z.B. Verbesserung der Impulssteuerung, Selbst-Objekt-Differenzierung, Erarbeiten individuell förderlicher Kognitionen, Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes) und geplanten Interventionstechniken (z.B. verstärkend, reizüberflutend, aufdeckend mit Übertragungs- und Widerstandsanalyse, strukturierend/übend) in einem Stichwort aufgreifen, um den Inhalt der Sitzung kurz und prägnant zu beschreiben.

Ansonsten sollten nur wesentliche Veränderungen dokumentiert werden, wie etwa deutliche Verbesserung, Verschlechterung, Suicidalität, Komplikationen, Ergänzungen zur Diagnose oder Indikation (z.B. Änderungen des Settings oder des therapeutischen Vorgehens) oder die Therapie beeinflussende äußere Veränderungen der Lebensbedingungen des Patienten.

Die während einer Therapie immer wieder stattfindende Überprüfung und Reflektion von Diagnose und Indikation kann mit der Ziffer 861 zwei mal im Quartal abgerechnet werden (je nach KV unterschiedliche Regelungen); dafür ist die entsprechende Zeit außerhalb der therapeutischen Sitzung einzuplanen und die Befunde sind zu dokumentieren.

Ob und wie ausführlich der Therapeut für sich selbst an anderer Stelle subjektive Eindrücke, Einfälle, Phantasien usw. notiert, bleibt ihm überlassen, das gehört nicht zu der Verpflichtung zur Dokumentation objektiver Befunde.

Zur Systematisierung und Arbeitserleichterung für die Umsetzung in der Praxis hat die Arbeitsgruppe verfahrens-übergreifende Formulare für die Dokumentation entwickelt, die sie in Zusammenarbeit mit interessierten Berufsverbänden veröffentlichen wird. Die Arbeitsgruppe geht nach Prüfung der rechtlichen Vorgaben und eingehender Diskussion der Rahmenbedingungen und der Praktikabilität in der psychotherapeutischen Praxis davon aus, daß mit dieser Form der Dokumentation alle beschriebenen rechtlichen und vertraglichen Anforderungen an eine ordnungsgemäße Dokumentation erfüllt sind, und daß Kolleginnen und Kollegen damit ausreichend abgesichert sind für den Fall, daß sie in Prüfungen durch die KV oder in haftungsrechtliche Auseinandersetzungen geraten. Unter Umständen kann es jedoch auch nötig werden, die Sichtweise von Seiten der Psychotherapeuten gegen überprüfende Instanzen juristisch und mit Unterstützung der Berufsverbände durchzufechten.

Literatur:

Behnsen, E., Bell, K., Best, D., Gerlach, H., Schirmer, H.-D., Schmid, R. (2001) Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis. Heidelberg: R. v. Decker

Best, D. (2002) Plausibilitätsprüfungen in der Psychotherapie: Überflüssig oder notwendig? Psychotherapeutische Praxis (2002) 1, 23-25

Halbe, B. (2001) Plausibilitätsprüfung – Was darf die KV. Psychotherapeutische Praxis (2001) 2, 99-100

KVNo Aktuell (2001) Dokumentationspflicht und Aufbewahrungsfristen – Teil I: Was Sie dokumentieren müssen. KVNo Aktuell 10/01, 30-32

Laireiter A.-R., Baumann, U. (1999) Dokumentation von Verhaltenstherapie. In: Margraf J. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1, 664-688. Berlin-Heidelberg: Springer

Makoski, K. (2002) Datenschutz in Klinik und Praxis. Rheinisches Ärzteblatt 3/2002, S. 11-13

Neu J, Petersen D, Schellmann WD (2001) Arzthaftung/Arztfehler. Kap. 17 Ärztliche Dokumentation. S. 473-478. Darmstadt: Steinkopff Verlag

Schwarz-Schilling, G. (1997) Dokumentation als Haftungsprophylaxe. Rheinisches Ärzteblatt 9/97, S. 10-13

Steinhilper, G. (2002) Plausibilitätsprüfungen – Verwaltungspraxis der KVen, Rechtsgrundlagen, Rechtssprechung bis 2001 sowie aktueller Stand. Psychotherapeutische Praxis (2002) 1, 5-12

Tintner, H. (2002) Das Haftungsrecht des niedergelassenen Psychotherapeuten. Psychotherapeutische Praxis (2002) 1, 39-44

Verfahrensordnung zu Plausibilitätsprüfungen nach § 83 Abs. 2 i.V. mit § 75 Abs. 1 SGB V (PlausiVO-KVWL). Psychotherapeutische Praxis (2002) 1, 13-17

Werning, P. (2001) Der Psychotherapeut zwischen Auskunftsverlangen, Einsichtsrecht und Schweigepflicht. Psychotherapeutische Praxis (2001) 4, 178-182

Zeitprofile der KBV über <http://www.kbv.de/home/home.htm>

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) der Bundesärztekammer (2000) Zur Verwendung von patientenbezogenen Informationen für die Forschung in der Medizin und im Gesundheitswesen. MedR (2000) 5, 226-228

Persönliche Angaben:

Beatrice Piechotta
Psychoanalytikerin, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin und für Psychiatrie
Rosmarinstr. 12 L
40235 Düsseldorf
Telefon 0211 / 441032
E-mail bpiechotta@t-online.de
Derzeitige Tätigkeit: Psychotherapeutische Praxis, berufspolitische Tätigkeit in psychotherapeutischen Verbänden und in der KV Nordrhein (Fachausschuß, Ausbildung von QZ-Moderatoren) mit Schwerpunkt Qualitätssicherung.

Ulrich Meier
Verhaltenstherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Hauptstr. 305
51143 Köln
Telefon 02203 / 591500
E-mail praxis@psychotherapie-porz.de
Derzeitige Tätigkeit: Psychotherapeutische Praxis, Stellv. Landesvorsitzender der Vereinigung NRW, Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein