

Dokumentation psychotherapeutischer Interventionen

(nach Baumann, U & Ühlein, H.: Leitsätze zur Dokumentation klinisch-
psychologischer/psychotherapeutischer Interventionen. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn, 1994)

Dokumentation psychotherapeutischer Interventionen

Aus rechtlichen, ethischen, berufsständischen und wissenschaftlichen Gründen ist es notwendig, klinisch-psychologisches, insbesondere psychotherapeutisches Handeln zu dokumentieren.

Unter Dokumentation wird das Sammeln, Ordnen, Speichern und Nutzbarmachen von Dokumenten aller Art verstanden. Ein Dokumentationssystem umfasst Regeln, welche Daten zu gewinnen, abzuspeichern und auszuwerten sind.

Leitsätze:

Leitsatz 1: *Es besteht eine rechtliche Verpflichtung zur Dokumentation*

Zwar gibt es noch keine spezialgesetzlichen Regelungen, nach denen ein Diplom-Psychologe/Psychotherapeut Aufzeichnungen über seine Behandlung oder Beratung zu erstellen oder aufzubewahren hätte, in Analogie zu vergleichbaren Berufen ist aber auch für den heilkundlich tätigen Dipl.-Psychologen/Psychotherapeut eine Aufzeichnungspflicht anzunehmen. Zur Vermeidung einer Beweislastumkehr in Haftpflichtprozessen müssen diese eine Dokumentation vorweisen können. Gegebenenfalls müssen sie belegen können, daß sie ihre Tätigkeit entsprechend dem aktuellen Stand des Fachwissens und „lege artis“ durchgeführt haben. Die Dokumentation der Tätigkeit ist sowohl Berufspflicht, als auch dem Patienten gegenüber zu erfüllende Rechtspflicht.

Leitsatz 2: *Dokumentation ist aufgrund berufsständischer und wissenschaftlicher Qualitätsansprüche erforderlich*

Eine Dokumentation der Behandlung dient der Praxisoptimierung und damit der Qualitätssicherung.

- Die Beurteilung der Behandlungsverläufe, insbesondere des Erfolges wird durch die Dokumentation erleichtert;
- Dokumentationen sind bei Überweisungen wichtige Hilfsmittel; die Dokumentation stellt eine persönliche Gedächtnishilfe dar (wichtig auch bei länger zurückliegenden Interventionen);
- die Dokumentation ist ein Hilfsmittel für Supervision und Ausbildung; die Dokumentation verbessert die Reflexion des eigenen Handelns;
- Dokumentation ist aber auch wichtig für die Forschung, da die Wissenschaft für eine Verbesserung des Gesundheitswesens mitverantwortlich ist, wozu auch die Auswertung entsprechender Daten gehören.

Leitsatz 3: *Die Dokumentation hat den Erfordernissen der Schweigepflicht Rechnung zu tragen*

Die Schweigepflicht gilt auch für Dipl.-Psychologen/Psychotherapeuten. Auch Aufzeichnungen und Dokumentationen fallen unter die Schweigepflicht. Es besteht auch ein Zeugnisverweigerungsrecht, was jedoch durch die Entbindung von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit aufgehoben wird; d.h. sie müssen evtl. vor dem Strafrichter aussagen. Das fehlende Zeugnisverweigerungsrecht würde eher dafür sprechen, möglichst wenig zu dokumentieren, damit im Streitfall möglichst wenig Information über den Pat. zur Verfügung steht. Dem steht wiederum die Dokumentationspflicht, d.h. die Pflicht zu erschöpfender Dokumentation gegenüber. In diesem Dilemma ist ein mittlerer Weg zu suchen. Eine Weitergabe zur Verwendung bei Supervision ist nach Anonymisierung möglich.

Leitsatz 4: Die Dokumentation hat den Erfordernissen des Datenschutzes und des Schutzes der Sozialdaten Rechnung zu tragen

Bundes- und Ländergesetze regeln den Schutz von Personendaten und damit auch von Patientendaten. Durch den Schutz personenbezogener Daten vor Missbrauch bei Speicherung, Übermittlung, Veränderung und Löschung, soll der Beeinträchtigung schutzwürdiger Belange des Betroffenen entgegengewirkt werden. Daraus ergeben sich verschiedene Rechte für den Bürger: Das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung, Löschung und Einsicht in Datenschutzregister. Besonders zu beachten ist die Aufbewahrung von Daten, damit Unbefugte nicht Einsicht in die Daten nehmen können. Die sorgfältige Aufbewahrung sollte in einem abschließbaren Stahlschrank erfolgen. Die Dokumentationsunterlagen sind 10 Jahre lang aufzubewahren. Im Bedarfsfall sind diese so zu vernichten, daß sie nicht mehr rekonstruierbar sind.

Leitsatz 5: Recht der Patienten auf Einsicht in die Dokumentation und Einschränkungen dieses Rechts

Grundsätzlich hat der Pat. ein Einsichtsrecht in die Dokumentation seiner Beratung/ Behandlung. Dieses Einsichtsrecht ist differenziert zu sehen, wie die Rechtsprechung bei psychiatrischen Befunden zeigt und das Sozialgesetzbuch X, §25 (2) vorsieht:

- Bei objektiven Daten wie z.B. Testdaten, Anamnesedaten, Daten über den Verlauf (aktuelle Probleme, Techniken), Erfolgsdaten besteht keine Einschränkung des Einsichtsrechts.
- Für subjektive Daten (Bewertungen der eigenen Beratungstätigkeit oder der Patienten) besteht kein Einsichtsrecht.
- Im Falle von Suizidalität oder befürchteter Zustandsverschlechterung ist auch bezüglich der objektiven Daten eine Verweigerung der Einsichtnahme fachlich begründbar.

Leitsatz 6: Dokumentation erfolgt multimodal d.h., es werden unterschiedliche Datenebenen, Datenquellen, Funktionsbereiche und Untersuchungsverfahren herangezogen

Bezüglich der Datenebene sind biologisch (inkl. medizinische), psychologische (Erleben und Verhalten), soziale (interindividuelle Aspekte) und ökologische Daten von Bedeutung. Als Datenquellen sind zu unterscheiden: der Patient (Selbstbeurteilung, klin. Skalen), andere Personen (Fremdbeurteilung durch Therapeuten, Bezugspersonen, Pflegepersonal etc.) und Instrumente (z.B. Leistungstests, apparative Verfahren). Bezüglich der Funktionsbereiche sind nicht nur die gestörten Funktionen, sondern auch intakte Bereiche komplex zu erfassen. Es sind jeweils unterschiedliche Untersuchungsmethoden zu verwenden.

Leitsatz 7: Es sollten allgemein anerkannte Dokumentationssysteme verwendet werden, die aber Spezifizierungen für einzelne Tätigkeitsfelder, Tätigkeiten sowie theoretische Orientierungen zulassen.

Leitsatz 8: Dokumentation muß so konzipiert sein, daß sie in der Praxis unter Kosten/Nutzen-Überlegungen durchführbar ist.

Dokumentationssysteme sind daher so zu konzipieren, daß sie einfach und ohne großen Aufwand zu handhaben sind.

Leitsatz 9: Die Dokumentation hat Daten zum Interventionsbeginn, Interventionsverlauf, Interventionsende und evtl. zur Katamnese zu umfassen, ebenso formale Aspekte (Aufklärung, Datenweitergabe).

Die Psychotherapieforschung postuliert, daß eine klinisch-psychologische/psychotherapeutische Intervention durch Eingangs- und Endbefunde (Prä-Post) und durch Prozessdaten beschrieben wird. Daher beinhaltet die Interventions-Dokumentation nicht nur Eingangs- und Endbefund, sondern auch Daten zum Verlauf (Prozessdaten). Als Prozessdaten können Daten innerhalb der einzelnen Therapiestunden, aber auch Daten zwischen den Terminen herangezogen werden. Wünschenswert wären auch Daten zum Katamnesezeitpunkt, da verschiedene Interventionen erst längere Zeit nach Interventionsabschluß angemessen beurteilt werden können.

Zu dokumentieren (Datum, Inhalt) sind auch die Aufklärung des Patienten über die Interventionen zu Beginn der Behandlung bzw. bei Änderung der intendierten Interventionen.

Leitsatz 10: Die Dokumentation des Interventionsbeginns umfaßt Daten zum institutionellen Rahmen, zum Patienten und zum Therapeuten

Die institutionellen Rahmenbedingungen beinhalten u.a. Angaben über Überweisung, Bezahlungsmodalitäten.

Die Angaben zum Patienten umfassen

- Anamnestische Daten (Lebensgeschichte) bezüglich Sozial- (z.B. beruflicher Werdegang) und Störungsanamnese (somatische und psychische Störungen im allgemeinen und die zu behandelnde Störung),
- Soziale Situation
- Persönlichkeitsdaten (z.B. Intelligenz)
- Psychischer Befund
- Störungsdaten (aktueller Konflikt, Aussagen zu Ätiologie/Bedingungsanalyse, Diagnose nach DSM-IV oder ICD-10). Besonders sorgfältig sind Daten über die Einschätzung der Suizidalität zu dokumentieren.

Zusätzlich sind Daten zur Interaktion Patient/Therapeut von Bedeutung. Die Daten zum Interventionsbeginn bilden die Basis von Indikation (Ziele, Techniken) und Prognose, die ebenso Inhalt der Dokumentation sind.

Leitsatz 11: Die Verlaufsdokumentation umfaßt die Dokumentation der einzelnen Interventionssitzungen bezüglich Formalien, Inhalt der Sitzung sowie zwischenzeitlichen Geschehen.

Die einzelnen Interventionssitzungen sind durch formale Parameter zu beschreiben (Datum, Uhrzeit, Dauer der Sitzung etc.). Inhaltlich ist eine Sitzung über Zustand des Patienten, behandelte Themen, zentrale Interventionen und die Interaktion zu beschreiben. Zusätzlich sind für die Intervention besonders wichtige zwischenzeitliche Geschehen (z.B. Ereignisse in Familie, Arbeitsplatz, aber auch Hausaufgaben) zu dokumentieren. Besonders wichtig ist die Dokumentation bei Suizidproblemen.

Leitsatz 12: Die Dokumentation des Interventionsendes beinhaltet eine Evaluation der gesamten Intervention (Prozess/Erfolgsbeurteilung) mittels Daten, die explizit oder implizit auf den Interventionsbeginn und Verlauf Bezug nehmen

Eine Erfolgsbeurteilung kann mittels eines direkten Datenvergleiches zwischen Interventionsbeginn und Ende erfolgen (Prä-Post-Vergleich); zusätzlich ist auch die direkte Veränderungsmessung anzuwenden (z.B. Pat. ist bezüglich Symptomatik X gebessert, weil...). Besonders ist auch auf Veränderungen zu achten, die unerwünscht sind. Die Evaluation muß auch den Verlauf (Prozess) miteinbeziehen. Beurteilungsgrundlage der gesamten Evaluation sind Therapeut und Patient, evtl. auch Bezugspersonen. Eine vergleichbare Evaluation ist auch bei Interventionsabbruch vorzunehmen.

Leitsatz 13: *Wünschenswert ist die Durchführung und Dokumentation einer Katamnese*

Die Katamnesezeitdauer kann nicht allgemein angegeben werden, da sie von den Ätiologietheorien der einzelnen Störungen abhängt. In der Regel sollte die Katamnesezeitdauer mindestens 1 Jahr betragen. Bei Ausbildungsfällen wird das nicht immer zu realisieren sein. Die zu dokumentierenden Daten müssen Bezug auf Interventionsbeginn und -ende nehmen.

Schlußbemerkung

Diese Leitsätze stellen einen Handlungsrahmen dar, der aufgrund neuer Erkenntnisse in der Forschung, Praxis und Rechtsprechung jeweils neu zu überdenken und evtl. anzupassen bzw. zu revidieren ist.