

Annette Imann-Steinhauer

## Rechtliche Hinweise zur Durchführung von (Richtlinien-)Psychotherapie – Diagnose-, Aufklärungs-, Dokumentations- und Behandlungspflicht

Legal information about the execution of (Guideline) Psychotherapy –

Obligations regarding diagnostics, exploration, documentation and treatment

### Zusammenfassung

Wie viele andere Lebensbereiche unterliegt auch die Psychotherapie einer fortschreitenden Verwissenschaftlichung und Verrechtlichung. In den letzten Jahren sind die rechtlichen Anforderungen an Aufklärung, Dokumentation, Schweigepflicht und Behandlung deutlich gestiegen. Pflichtverletzungen können berufsrechtliche, zivilrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen haben. Empfehlungen zu den wichtigsten allgemeinen Grundpflichten, die Psychotherapeuten beherzigen sollten, um ggf. einer berufsrechtlichen oder richterlichen Nachprüfung standzuhalten, werden auf aktuellem Stand im Überblick dargestellt.

### Schlüsselwörter

Ethik – Patientenrechte – Patientenrechtegesetz – Berufspflichten – Behandlungsstandard – Berufs- und Sozialrecht – Berufsordnung – Psychotherapie-Richtlinie

### Summary

Psychotherapy, like many other spheres of life, is subject to a growing scientification and juridification. The legal requirements for clear explanation, documentation and medical confidentiality/treatment have increased considerably in the recent years. Breaches of duty can have legal consequences pertaining to professional, civil or criminal law. This text provides an overview of important basic obligations psychotherapists should be aware of to be able to withstand judicial examination, if necessary.

### Keywords

ethics – patients' rights – patients' rights law – professional duties – treatment standards – professional and social law – rules of professional practice – psychotherapy guideline

## ■ Einleitung

Nicht nur in der Organmedizin, sondern auch in Psychiatrie und Psychotherapie führen veränderte strukturelle Rahmenbedingungen und fortlaufende Rechtsprechung zu zunehmend höheren Anforderungen an die Durchführung und Dokumentation von Erstgesprächen und psychotherapeutischen Behandlungen, die dem Schutz des Patienten (Patientensicherheit/Therapiesicherheit, Selbstbestimmungs-/Persönlichkeitsrecht) und dem Schutz des Therapeuten (Gedankenstütze, Rechenschaftslegung, Haftungsprävention, Beweissicherung) gleichermaßen dienen sollen (Spieß, Hausner, Hajak & Cording, 2008).

Der Patient hat dabei nicht nur einen persönlichen, sondern auch einen sich historisch aus den Humanisierungsbestrebungen in der Medizin (Raspe, 1983) bzw. dem Selbstbestimmungsrecht herleitenden ethischen (Pöldinger & Wagner, 1991) und einen rechtlichen Anspruch auf die sorgfältige

Erfüllung der psychotherapeutischen Grundpflichten, zu denen neben Aufklärung, Dokumentation und Datenschutz die Diagnose-, Behandlungs-, Schweige- und Sorgfaltspflicht gehören, die über alle psychotherapeutischen Schulen im Berufs- und Sozialrecht gleichermaßen gelten (zu den folgenden Ausführungen s. Behnsen, Bell & Best, 2012; Gerlach, 2009; Gründel, 2000; Seiders & Ströhm, 2007).

Diese primären Rechte aller Patienten sollen jetzt erstmals in einem für 2013 gemeinsam von den Bundesministerien für Gesundheit und Justiz geplanten Patientenrechtegesetz als Regelungen zum Patientenschutz im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) zusammengefasst und festgeschrieben werden. Die Gültigkeit wird sich auch auf Psychotherapeuten erstrecken. Der Behandlungsvertrag soll als besonderer Vertragstyp in das BGB aufgenommen werden. Dabei wird insbesondere eine gesetzliche Festlegung der Aufklärungs- und Dokumentationspflicht und der Fehlerprophylaxe beabsichtigt.

Während Ärzte eine reaktive Defensivmedizin befürchten, gilt der Gesetzesentwurf in seiner derzeitigen Form aus Verbrauchersicht als unzureichend, fortschrittlicheres Richterrecht könne sogar ausgebremst werden.

Jede Heilbehandlung – so auch die Psychotherapie – stellt rechtlich gesehen eine vorsätzliche und rechtswidrige Körperverletzung dar (nach §223 StGB als eine unangemessene Behandlung, die nicht nur unerheblich beeinträchtigt oder als Gesundheitsschädigung durch Hervorrufen oder Steigerung eines auch nur vorübergehenden pathologischen Zustandes), die nur dann nicht rechtswidrig ist, wenn der Patient zuvor in diese Körperverletzung eingewilligt hat. Um aber einwilligen zu können, muss der Patient vorher aufgeklärt werden. Ohne hinreichende Aufklärung bleibt der Eingriff trotz Einwilligung rechtswidrig.

Entgegen der allgemeinen Annahme, Psychotherapie sei eine weitgehend nebenwirkungsfreie Behandlungsmethode, haben empirische Untersuchungen gezeigt, dass es in 3 – 15% aller Behandlungsfälle zu relevanten unerwünschten Wirkungen kommt, Raten, die denen der Pharmakotherapie entsprechen (Linden, 2011, s. auch Joraschky & Arnold, 1992; Hoffmann, Rudolf & Strauß, 2008; Klein, 2011). Aus Sicht der Misserfolgsvorschau in der Psychotherapie kommt zur Vermeidung negativer Verläufe der therapeutischen Beziehung eine zentrale Rolle zu (Märtens, 2005). Der Patient ist grundsätzlich gleichrangig, „auf gleicher Höhe“ und empathisch zu behandeln, mit Anstand und Respekt. Den ethisch höchsten Wert haben immer das Be-Handeln „nach bestem Wissen und Gewissen“ und das hippokratische „nihil nocere“, dem Patienten nicht zu schaden. „Der Patient hat Anspruch auf eine angemessene Aufklärung sowie auf eine qualifizierte und sorgfältige medizinische Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst“ heißt es in der von den Bundesministerien für Gesundheit und Justiz gemeinsam herausgegebenen Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ (2007, S. 7).

Um eine sorgfältige Behandlung nach den anerkannten Regeln der Kunst zu gewährleisten, sollte der Behandler entsprechend der Berufsordnung für seine persönliche und fachliche Behandlungskompetenz sorgen, sich seines eigenen Reifestandes in Bezug auf die Problem- und Konfliktthemen der Patienten gewahr sein, Supervision in Anspruch nehmen und sich fachlich informieren über die jeweils gültigen Regeln und Gesetze, Richt- und Leitlinien, Berufsordnungen und Behandlungsstandards und diese bedacht anwenden und einhalten.

Da die Regeln der Kunst einem stetigen Wandel unterliegen, ist es erforderlich, sich fortlaufend über behandlingstechnische und rechtliche Entwicklungen zu informieren. Als **Behandlungsstandard** gelten die zum jeweiligen Zeitpunkt „anerkannten Regeln der (psychotherapeutischen) Wissenschaft“, definiert als das, was ein fachkundiger und gewissenhafter Psychotherapeut im konkreten Fall getan hätte, ggf. unter Rekurs auf die zum jeweiligen Zeitpunkt maßgeblichen Standardlehrbücher und Veröffentlichungen in einschlägigen Fachzeitschriften, wobei der Wissensstand von Lehrbüchern

den in Fachzeitschriften veröffentlichten Forschungsergebnissen deutlich hinterherhinken kann. Leitlinien dienen trotz wissenschaftlicher Fundierung lediglich als Informationsquelle zur Orientierung, können aber „wegen ihres abstrakten Regelungsgehalts eine individuelle Herangehensweise nicht ersetzen“ (OLG Naumburg Az.: 1 U 111/01). Leitlinien haben somit weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. Richtlinien hingegen sind rechtsverbindlich.

Hinsichtlich der **rechtlichen Grundlagen** werden hier die im Schadensfall erfahrungsgemäß wichtigsten Aspekte der Einleitung und Durchführung von Psychotherapie aufgegriffen. Auf die Unterscheidung zwischen Berufs- und Sozialrecht sei ausdrücklich hingewiesen, denn im für gesetzlich Versicherte gültigen Sozialrecht ist die Durchführung von ambulanter Psychotherapie in der Psychotherapie-Richtlinie (PTR) auf die sogenannten Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Therapie beschränkt. Im stationären Setting nach Berufsrecht mögliche und übliche Methoden und Verfahren wie Gesprächs-, Hypnotherapie, Interpersonelle Psychotherapie, Systemische (Familien-) Therapie, EMDR usw. sind derzeit ambulant weder zur Durchführung noch zur Abrechnung zugelassen (s. „Kommentar Psychotherapie-Richtlinien“, Rüger, Dahm & Kallinke, 2012). Für Privatversicherte gelten die Versicherungsbedingungen der jeweiligen privaten Krankenversicherung sowie ggf. die Beihilfevorschriften (ebd.), die sich inhaltlich an die PTR anlehnen. Im Bereich des Berufsrechts sind die jeweiligen Berufsordnungen maßgeblich.

**Allgemeine und umfassende Informationen** zu den rechtlichen Grundlagen von Psychotherapie (und zu Themen, die hier aus Platzgründen nicht behandelt werden wie Einsichtsrecht, Einwilligungsfähigkeit, Auskunfts-, Berichts-, Fortbildungs- und Offenbarungspflicht, Sonderstellung Minderjähriger, Herausgabe von Behandlungsunterlagen, Behandlungsvertrag, Qualitätsmanagement und -sicherung, Praxisvertretung usw.) finden sich auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (kbv.de), der Bundesärztekammer (baek.de), der regionalen Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, des Gemeinsamen Bundesausschusses (g-ba.de) sowie im Management-Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (Behnsen et al., 2012) und in entsprechenden Fachveröffentlichungen. Im Anhang sind einige aktuell empfehlenswerte, im Internet verfügbare Informationsquellen aufgeführt.

Neben den verfahrens- und störungsspezifischen Behandlungsstandards, die hier ebenfalls nicht behandelt werden können, sind bei der Einleitung und Durchführung von (Richtlinien-) Psychotherapie im Einzelnen folgende grundlegende Rechte und Pflichten zu beachten:

## ■ 1. Diagnose- und Sorgfaltspflicht

Studien an Heilpraktikern und Zahnärzten haben gezeigt, dass Anamnesen nur (sehr) lückenhaft durchgeführt wurden und erschreckend häufig zu falschen Diagnosen und Behandlungen

fürten (Stiftung Warentest 2008; Güntheroth & Geisler, 2011). Letztere schlussfolgern, dass die derzeit gültigen Qualitätsstandards „vor allem etwas über Hygienestandards und Arbeitsorganisation aussagen, aber nichts über tatsächliche Leistungen“ (S.118). Zwar gibt es bislang keine vergleichbaren Untersuchungen an Psychotherapeuten, die Erfahrung bei den immer häufiger werdenden Nachbehandlungen zeigt jedoch, dass trotz Gutachterverfahrens bei schätzungsweise der Hälfte dieser Patienten gravierende Diagnosefehler die Hauptursache fehlenden Behandlungserfolges darstellen.

Vor der Behandlung steht die Diagnose, denn nur nach sachgerechter Diagnose ist eine fachgerechte Behandlung möglich. Die Diagnose ist nicht nur aus abrechnungstechnischen Gründen erforderlich, sondern sie gehört rechtlich als „Schutzzweck“ zur **Sorgfaltspflicht**. Nur bei sorgfältiger Erhebung von Anamnese und Befund lässt die Zusammenschau sämtlicher Quer- und Längsschnittbefunde Art, Ausmaß, Schwere und Verlauf einer Erkrankung erkennen; nach aktuellen oder anamnestischen Abhängigkeiten, psychotischen Symptomen und Suizidalität sollte immer aktiv gefragt werden (die wichtigsten differentialdiagnostischen Unterscheidungskriterien zur Vermeidung von häufigen Psychodiagnosefehlern s. Imann-Steinhauer, 2012).

Die meisten Schadensfälle im Bereich der Psychotherapie resultieren aus unzulänglichen oder unzutreffenden Diagnosen, an die sich ungeeignete oder kontraindizierte Behandlungsmaßnahmen anschließen. Prof. G. Rudolf (persönliche Mitteilung, 2012) resümiert als langjähriger Psychotherapie-Gutachter, ein Großteil der Psychodiagnosen stimme nicht mit den Mitteilungen im Bericht des Therapeuten überein, oft erfolge die Diagnose „depressive Episode“, wo eine Persönlichkeitsstörung beschrieben werde, auch Posttraumatische Belastungsstörungen seien überdiagnostiziert. In der Rechtsprechung zur Haftung bei Psychotherapie besonders häufig sind nicht erkannte schwere psychische Erkrankungen mit Suizidalität, wie erst kürzlich ein Beschwerdefall der Norddeutschen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen verdeutlichte: Eine Diplom-Psychologin hatte als Berufsanfängerin trotz eines schweren Suizidversuches in der Anamnese der Patientin eine Dysthymie statt einer rezidivierenden depressiven Störung mit psychotischem Syndrom diagnostiziert und nicht stationär aufgenommen, die Patientin sprang am Folgetag aus dem neunten Stock ihres Wohnhauses (ähnlicher Fall bei Neubauer, 1991). Diagnostisches Downsizing zum tatsächlichen oder vermeintlichen Schutz des Patienten oder zu Genehmigungszwecken ist haftungsrechtlich entsprechend problematisch.

Folgeschwer kann auch das Übersehen von organischen Grundkrankheiten sein (als atypischer Gesichtsschmerz verkannte Kiefervereiterung, als psychogene Gehstörung verkannte Multiple Sklerose, als psychogene Gedächtnisstörung verkannter Hirntumor; grundsätzlich kann jeder psychischen Störung eine organische Erkrankung zugrunde liegen!) oder von Abhängigkeitserkrankungen, Traumafolge- oder (Borderline-) Persönlichkeitsstörungen, insbesondere in Verbindung

mit akuter Suizidalität. Besondere differentialdiagnostische Umsicht ist auch bei in der psychologisch-psychotherapeutischen Praxis selteneren psychischen/psychiatrischen Krankheitsbildern geboten wie Erkrankungen mit psychotischen Symptomen, atypischen Depressionen und bipolaren oder Autismus-Spektrum-Störungen; Erstere bedürfen meist psychiatrischer und medikamentöser (Mit-)Behandlung. Sofern eine Diagnose nicht eindeutig geklärt werden kann, erkennbar suizidale Gefährdung oder schlechter Allgemeinzustand vorliegt, ist die Weiterleitung des Patienten an einen Facharzt oder eine Klinik zu veranlassen, wobei auch von Kollegen gestellte Diagnosen stets kritisch zu würdigen sind.

## ■ 2. Aufklärungspflicht („informed consent“)

### (Selbstbestimmungs-, therapeutische und wirtschaftliche Aufklärung)

Die Aufklärung dient der Autonomie und Entscheidungsfreiheit des Patienten. Er muss ermessen können, was die Durchführung der vorgesehenen Behandlung für ihn persönlich bedeutet und welche anzunehmenden Folgen eine Behandlung, aber auch eine Nichtbehandlung für ihn haben könnte. Er soll Wesen, Bedeutung, Dauer, Risiken, Erfolgsaussichten und ggf. Kosten des gewählten Therapieverfahrens abschätzen können.

*„Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und spezifische Risiken des Eingriffs sowie über die Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung des Eingriffs zur Diagnose oder zur Therapie und über die Erfolgsaussichten des Eingriffs im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Behandlungsalternativen hinzuweisen, wenn mehrere Behandlungsmethoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. ... Die Aufklärung muss ... mündlich erfolgen, wobei ergänzend auch auf Unterlagen Bezug genommen werden kann, die der Patient in Textform erhalten hat.“* (Entwurf Patientenrechtegesetz § 630e BGB).

Im Kommentar Psychotherapie-Richtlinien heißt es (2011, S. 96; kursiv im Original): „Vor Beginn der Behandlung erfolgt die Einführung des Patienten in die Grundregeln des jeweiligen Verfahrens (als) ... *sorgfältige Information* des Patienten über das Therapieverfahren nach den Richtlinien. Das Antrags- und Gutachterverfahren einschließlich der Bewilligungsschritte und der Leistungsgrenzen müssen dem Patienten ebenso bekannt gemacht werden wie die Zusicherung des besonderen Vertrauensschutzes durch das Gutachterverfahren und die Chiffrierung der Berichte an den Gutachter. Auch sollte der Patient über mögliche *Risiken* der bei ihm durchzuführenden Psychotherapie aufgeklärt werden. Dabei ist an eine vorübergehende Verschlechterung der Befindlichkeit des Patienten durch eine Aktualisierung seiner neurotischen Symptome oder durch die Belastung seiner Partnerbeziehung durch den psychoanalytischen Prozess (Regression/Übertragung) zu

denken. Dieser Hinweis ist durch den Therapeuten für seine eigene Akte zu dokumentieren (Aufklärungspflicht).“

Dies gilt selbstverständlich nicht nur für analytische Psychotherapie, sondern für alle Richtlinien-Verfahren sowie im Berufs- und Sozialrecht gleichermaßen.

Die **Selbstbestimmung- oder Eingriffsaufklärung** ist eine vorvertragliche Pflicht, sie soll vor Abschluss des Behandlungsvertrages erfolgen und ausführlich dokumentiert werden. Aufgrund der Rechtsprechung gibt es Auffassungen, ein Standardformular allein genüge dabei nicht, besser solle ein Aufklärungsmerkblatt mit individuellen Zusatzangaben in der Sitzung gemeinsam ausgefüllt und nach Beantwortung der diesbezüglichen Fragen vom Patienten unterschrieben werden. „Der Arzt muss ... die wirksame Einwilligung, also insbesondere die Aufklärung beweisen. Kann er das nicht, haftet er auch für unverschuldete und unvermeidbare Komplikationen“ (Schewe, 1992). Im Gegensatz zur therapeutischen Aufklärung (s. u.), die juristisch schon zur Behandlung gehört und daher ggf. vom Patienten zu beweisen ist, kann eine fehlende Selbstbestimmungsaufklärung, für die der Therapeut beweispflichtig ist, zur Umkehr der Beweislast führen.

Die Selbstbestimmungs- oder Eingriffsaufklärung umfasst die **Diagnoseaufklärung**: möglichst schonende und dennoch vollständige Aufklärung über Art, Ausmaß, Schwere und möglichen weiteren Verlauf der Erkrankung (be-/unbehandelt), Dringlichkeit der Behandlung sowie mögliche Folgen eines Behandlungsabbruchs; auch Verdachtsdiagnosen sind mitzuteilen, sofern für die Patientenentscheidung bedeutsam

**Eingriffsaufklärung**: Vor- und Nachteile von Psychotherapie allgemein und dem gewählten Therapieverfahren im Besonderen, dessen Wirkungen und Nebenwirkungen; ggf. auch über die Notwendigkeit somatischer, medikamentöser oder stationärer (Mit-)Behandlungen

**Verlaufsaufklärung**: Art, Umfang, Durchführung, ggf. sequentielle medikamentöse Therapie, voraussichtliche Erfolgchancen und Folgen einer bzw. der geplanten Therapie; Sitzungsdauer und Frequenz, voraussichtliche Gesamtdauer, Verpflichtung des Therapeuten zur Verschwiegenheit, Inanspruchnahme von Supervision, Gutachterverfahren, Grenzen der Psychotherapie und der Kassenleistung und ggf. institutionelle Rahmenbedingungen

**Risikoaufklärung**: alle typischen Risiken, die die Lebensführung des Patienten beeinflussen, und auch seltene Risiken, sofern sie die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen können

**Aufklärung über Behandlungsalternativen**: über anerkannte Behandlungsalternativen mit gleichwertigen Heilungschancen ist aufzuklären, insbesondere wenn diese mit geringeren Risiken verbunden sind, ebenso über die Möglichkeit/Notwendigkeit medikamentöser (Begleit-) Behandlung. Kompetenz kann im Übrigen auch darin bestehen, einen Patienten zu einem Kollegen mit entsprechenden (Mit-)Behandlungsmöglichkeiten weiterzuleiten.

Wenn die Entscheidung für das durchzuführende Therapieverfahren getroffen ist, soll weiter eine **therapeutische oder Sicherungsaufklärung** („Warnaufklärung“) erfolgen. Hier sind Verhaltensmaßregeln für den Patienten gemeint, die einen möglichst ungestörten Ablauf und optimalen Therapieerfolg sichern sollen. „Jede Behandlung erfordert die Mitwirkung des Patienten. ... Der Patient ist für seine Gesundheit mitverantwortlich und kann durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung ... sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung ... dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden“ (Patientenrechte in Deutschland, 2007, S. 5 f.).

Der Hinweis auf die Mitwirkungspflicht des Patienten in Form einer engagierten Veränderungsbereitschaft ist sinnvoll und wird von Patienten langfristig meist als wichtiger Wirkfaktor erkannt. Über mögliche Notfallsituationen und entsprechende Gegenmaßnahmen (z. B. bei schwerer körperlicher Grunderkrankung, psychiatrischen oder Abhängigkeitserkrankungen und Suizidalität) sollte ebenfalls aufgeklärt und ggf. eine entsprechende Vereinbarung getroffen werden. Jeder Therapeut hat persönlich aufzuklären, das gilt auch für eventuelle Folge-, Mit- oder Vertretungsbehandlungen.

Dem Behandler obliegt außerdem eine Pflicht zur **wirtschaftlichen Aufklärung (wirtschaftliche Hinweispflicht)**. Über Fehlstundenregelung und Ausfallhonorar ist ebenso zu informieren wie über eventuelle Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme, z. B. bei Nichteinhaltung des Zweijahresabstandes bei Beantragung einer Folgetherapie oder bei Privatversicherten, insbesondere wenn der Patient nur über geringe Eigenmittel verfügt (zum Thema „Geld im therapeutischen Setting“ s. Cremerius, 1995; Hilgers, 2010).

„Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung in Textform darüber informieren“ (Entwurf Patientenrechtegesetz § 360c BGB).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen fasst zu den notwendigen Inhalten einer Aufklärung in der von ihr herausgegebenen Broschüre „Patientenrechte Ärztepfllichten“ zusammen:

- „Was soll an und mit mir gemacht werden?
- Ist die Untersuchung und Behandlung wirklich notwendig?
- Mit welchen Neben- und Nachwirkungen muss ich rechnen?
- Gibt es andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, vielleicht auch aus anderen Therapierichtungen, und wie hoch sind ihre Erfolgsaussichten?
- Wie groß ist jeweils die Chance, dass meine Beschwerden gelindert werden können oder die Krankheit geheilt werden kann?
- Wie hoch sind die Gefahren, wenn ich die Untersuchung oder Therapie ablehne?
- Welche Konsequenzen hat das Untersuchungsergebnis für mein weiteres Leben?
- Entstehen mir Kosten, die eventuell nicht von der Krankenkasse übernommen werden?“ (2009, S. 11).

Reimer & Rüger (2003, S. 416) nennen als „Grundelemente der Aufklärungspflicht:

1. „Erläuterung der Vorgehensweise und deren Zweckmäßigkeit
2. Beschreibung der Risiken und möglichen Unannehmlichkeiten
3. Beschreibung der Vorzüge bzw. positiven Auswirkungen einer spezifischen Behandlungsmethode
4. Erläuterung möglicher Alternativen
5. Beantwortung aller Fragen in Bezug auf die Vorgehensweise und
6. Information, dass ein Ausstieg aus der Behandlung jederzeit möglich ist“.

Zusammenfassend sollte die Aufklärung vor einer Psychotherapie also etwa folgende Inhalte übermitteln: Bei der Behandlung psychischer Erkrankungen/Fehlentwicklungen können trotz wissenschaftlicher Anerkennung der Behandlungsmethode und ihrer gewissenhaften Durchführung Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten, wie Zunahme von Beschwerden/Konflikten, Auftreten neuer Beschwerden, psychischer oder körperlicher Symptome, Rückfälle, negative therapeutische Reaktion (wenn es nicht besser werden darf), ausbleibender Erfolg bei mangelnder Mitarbeit, Trennung vom Partner u. a. Zwar gibt es Fälle, in denen Psychotherapie zu keinem oder keinem ausreichenden Behandlungserfolg oder sogar zu einer Verschlechterung führt, bei genügender Mitarbeit und Bereitschaft zur Persönlichkeitsveränderung treten eventuelle Beeinträchtigungen meist jedoch nur vorübergehend auf.

### ■ 3. Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

Die Dokumentationspflicht ergibt sich aus dem Bundesmantelvertrag und als vertragliche Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag sowie aus der Berufsordnung, z. B. heißt es in der aktuellen **Musterberufsordnung** der Bundespsychotherapeutenkammer (bptk.de):

„§ 9 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

(1) Psychotherapeuten sind verpflichtet, die psychotherapeutische Behandlung und Beratung zu dokumentieren. Diese Dokumentation muss mindestens Datum, anamnestiche Daten, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, psychotherapeutische Maßnahmen sowie gegebenenfalls Ergebnisse psychometrischer Erhebungen enthalten.

(2) Die Dokumentationen nach Absatz 1 sind zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit sich nicht aus gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsdauer ergibt.“

Die **Psychotherapie-Richtlinie** verlangt nach § 12 eine „schriftliche Dokumentation: Psychotherapie und psychosomatische Grundversorgung erfordern eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen“. Der Kommentar (2011, S. 96 f.) führt dazu aus: „Dokumentationspflicht: Für die psychotherapeutischen Maßnahmen

besteht *Dokumentationspflicht*. Es genügen kurze Notizen zum Behandlungsverlauf, besondere Ereignisse, Pausen o. Ä., während Anamnese und Untersuchungsergebnisse (d. h. auch probatorische Sitzungen) ausführlich dokumentiert sein müssen“.

„Ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität (soll) zwischen den Vertragspartnern der Psychotherapie-Vereinbarungen vereinbart“ werden (§ 28 Abs. 2 PTR), existiert zurzeit aber noch nicht.

Die Dokumentation als Informationsspeicherung dient dem Therapeuten als Gedächtnisstütze, der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Behandlung und damit der Qualitätssicherung. Inhalt und Umfang der Dokumentation haben den Erfordernissen der Therapiesicherung, der Haftungsprävention, der Beweissicherung und der Rechenschaftslegung zu genügen. Als Faustregel gilt, dass im Interesse der Patientensicherheit ein Vertreter oder Folgetherapeut nachvollziehen können muss, welche Befunde erhoben und welche Behandlung durchgeführt wurde.

Eine Dokumentation sollte folgende Angaben enthalten:

**Basisdaten:** Datum, Sozialdaten, Beschwerden, Anamnese, Befunde, Diagnosen, Art, Ausmaß und Ursache der Erkrankung, Ausschluss-/Verdachtsdiagnosen, Aufklärung, Warnhinweise, ggf. Überweisungsempfehlung oder unterschriebene Weigerungserklärung

**Verlaufsdaten:** Behandlungsart, Verlauf von Behandlung und Erkrankung, therapeutische Interventionen, Mitbehandlungen, Besonderheiten, ggf. kritische Lebensereignisse, Zwischenfälle, Erfolge, Rückfälle, Restsymptomatik, ggf. Anschlussbehandlung

Stichwörter, Fachbegriffe, Abkürzungen und Symbole sind erlaubt, Leserlichkeit und Verständlichkeit vorausgesetzt. Zum Einsichtsrecht sollte die sich ständig weiterentwickelnde Rechtsprechung beachtet werden. Eine Reihe systematischer Dokumentationssysteme steht zur Verfügung, die z. T. auch für die ambulante Praxis geeignet sind, wegen des (in Deutschland nicht honorierten) Zeitaufwandes jedoch selten eingesetzt werden (Übersicht auch zur Evaluation von Psychotherapie bei Laitreiter, 2007). Zur Dokumentation von Anamnesen kann ein Dokumentationsbogen entsprechend den Anforderungen des Berichts zum Antrag des Patienten (also Spontanangaben, Familien- und Entwicklungsgeschichte und psychopathologischer Befund) angelegt werden, ergänzend kann der Patient einen entsprechenden Fragebogen ausfüllen und/oder einen privaten und beruflichen Lebenslauf anfertigen.

„Bei Dokumentationsmängeln wird zulasten des Arztes vermutet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme unterblieben ist“ (Bundesministerium für Gesundheit und Justiz, 2007, S. 17). Liegen also beispielsweise keine Aufzeichnungen über eine Aufklärung vor, so kann in einem eventuellen juristischen Streitfall vermutet werden, dass kein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. Da der Behandler jedoch für die Durch-

führung der Selbstbestimmungsaufklärung den Beweis selbst zu führen hat (s. o.), sollte immer auch eine ausreichende Dokumentation erfolgen.

*„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.“* (Entwurf Patientenrechtegesetz § 630f BGB).

Die **Aufbewahrungspflicht** für Therapiedokumentationen beträgt nach Bundesmantelvertrag zehn Jahre nach Behandlungsabschluss. Zivilrechtliche Schadenersatzansprüche auf der Grundlage eines Behandlungsvertrages verjähren allerdings erst nach 30 Jahren. Wer ganz sichergehen möchte, sollte daher alle Behandlungsunterlagen 30 Jahre aufbewahren.

#### ■ 4. Datenschutz und Schweigepflicht

Die Landesärztekammer und die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg haben gemeinsam einen Leitfaden „Schweigepflicht und Datenschutz – Informationen für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ (2011) herausgegeben, der zur Lektüre empfohlen sei. Die rechtlichen Bestimmungen zu **Datenschutz und Schweigepflicht** sind sehr komplex (Gerlach, 2009), im Zweifelsfall sollte Rechtsauskunft bei der zuständigen Kammer eingeholt werden. Unter die ärztliche Schweigepflicht fallen sämtliche mitgeteilte Daten und Inhalte. Die Übermittlung an Dritte ist grundsätzlich verboten (beschränkte Ausnahmen: Gesetzliche Unfallversicherung und Medizinischer Dienst der Krankenkassen), es sei denn, der Patient willigt vorher schriftlich ein. Nur vollständig anonymisierte Daten (ohne Name, Anschrift, Wohnort, Geburtsdatum, Alter, Beruf und andere Angaben, über die eine Person identifiziert werden kann) und pseudonymisierte (verschlüsselte Daten, z. B. Chiffren) fallen nicht darunter. Auf dem Antragsformular hat der Patient der erforderlichen Weitergabe der Daten an den Versicherungsträger obligatorisch zuzustimmen (zum Prozedere bei Kindern und Jugendlichen s. Rüger et al., 2012, S. 60). Der Bericht an den Gutachter fällt nicht unter den Datenschutz, da die Angaben pseudonymisiert sind. Unzulänglichkeiten im Datenschutz bei Privatversicherten sollte durch Zusendung des Berichts zum Antrag in einem roten Umschlag mit dem Vermerk „an den beratenden Arzt“ begegnet werden. Patientenakten und -archive, auch elektronische, sind ausreichend zu sichern. Während Praxisnetze zu gemeinsamen Patientendokumentationen verpflichtet sind, ist die Datenübermittlung nicht erlaubt in Praxis- (unstreitig, Ausnahme Krisenintervention in Urlaubszeiten), Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren (beides streitig), sondern bedarf der Zustimmung des Patienten. Die Zustimmung hat stets in Form einer Schweigepflichtentbindung zu erfolgen.

**Schweigepflichtentbindungen** werden oft bei Vor-, Mit- oder Nachbehandlungen erforderlich. Sie müssen schriftlich und vor der Datenübermittlung erfolgen und eindeutig klarstellen, wer wem gegenüber in welchem Umfang, für welchen Fall oder Zweck und welche Zeitdauer entbunden wird. Sie sind nur mit dem Hinweis auf ein jederzeitiges Widerrufsrecht rechtsgültig. Die Schweigepflicht gilt auch gegenüber allen Angehörigen des Patienten und Leistungsträgern sowie allen Berufskollegen gegenüber, also auch für Patientenfallkonferenzen, Supervisions- und Balintgruppen. Es empfiehlt sich, in den Behandlungsvertrag eine Erklärung aufzunehmen, dass der Patient damit einverstanden ist, dass der Therapeut alle erforderlichen Angaben im Antragsverfahren sowie in Gutachter- und Qualitätssicherungsverfahren macht und insoweit von der Schweigepflicht entbunden wird.

#### ■ 5. Behandlungspflicht, Behandlungsfehler und Behandlungsfreiheit

Im Gegensatz zu Privatversicherten besteht im Vertragsarztrecht bei Gesetzlichversicherten **Behandlungspflicht** nach Bundesmantelvertrag. Die Behandlung hat entsprechend der Sorgfaltspflicht nach dem Standard des Fachgebietes richt- und leitliniengerecht zu erfolgen.

Folgebehandlungen und Schlichtungsfälle im ambulanten Bereich zeigen, dass es bei Nichteinhaltung von Behandlungsstandards bzw. groben Abweichungen von den Richtlinienverfahren überdurchschnittlich häufig zu Klagen von Patienten kommt.

**Behandlungsprobleme** sind bei schweren Störungen und ungünstiger Prognose häufiger. Bei jeder Therapieform können offene oder verdeckte negative therapeutische Reaktionen auftreten, die im jeweiligen Störungsbild und/oder der therapeutischen Beziehung gründen. Studien zeigen als Ursachen Gefühle von Ärger, Neid, Rivalität und Enttäuschung bei fehlender Auseinandersetzung mit der Begrenztheit der therapeutischen Erfolge und Bemühungen in regressiv-wunscherfüllenden therapeutischen Beziehungen und konsekutiver ambivalenter Aggressivität. Hilfreich ist der Hinweis auf und die Auseinandersetzung mit der Begrenzung der Psychotherapie und der Möglichkeit des Scheiterns. Oft kann erst der krisenhafte Höhepunkt mit seinem affektiven Potential der therapeutischen Konfliktbearbeitung den Weg frei machen für die Entfaltung des kreativen Potentials der Krise und damit für die Verselbständigung des Patienten. Förderlich kann hier neben einem personenzentrierten, individualisierten Angebot ein variables, methodenintegratives Vorgehen sein (Simmich & Milch, 2001), das im Berufs-, nicht aber im Sozialrecht zulässig ist.

Ein **Behandlungsfehler** liegt vor, wenn der Therapeut den psychotherapeutischen Standard nicht eingehalten hat, definiert durch die Frage, was ein fachkundiger und gewissenhafter Therapeut im konkreten Fall und zur konkreten Zeit getan bzw. unterlassen hätte. Als **Haftungsgrundsatz** gilt entsprechend: „Ein Verschulden ist mithin immer dann gege-

ben, wenn objektiv gegen den Standard verstoßen wurde, wie er von einem besonnenen und gewissenhaften Angehörigen dieser (Berufs-)Gruppe zu erwarten ist“ (Halbe, 2003, S. 176).

Behandlungsfehler in der Psychotherapie können auftreten als Fehler bei Befunderhebung und -beurteilung, Diagnose, Differentialdiagnose, Einschätzung der Suizidalität sowie bei Sicherungsaufklärung, Indikationsstellung und Durchführung der Psychotherapie. Sie können sich manifestieren als Aggravation/(Per-)Sistieren von Symptomen oder Symptomverschiebung, als psychotische Dekompensation, Auftreten von Sucht und Suizidalität oder in die Chronifizierung einer Erkrankung münden, von der auch das soziale Umfeld betroffen sein kann (Neubauer, 1991; zur Systematik möglicher Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie s. Caspar & Kächele, 2008; Hoffmann et al., 2008; Wampold & Bolt, 2006).

Ursache sind oft schulenspezifisch einseitige und eindimensionale Erklärungs-, Interpretations- und Behandlungsansätze, die das multikausale und multidimensionale Bedingungsgefüge der Krankheit und ihrer Entstehung nicht oder nicht vollständig erfassen. Aber auch lege artis durchgeführte Therapien können bei falschen Diagnosen und richtige Diagnosen bei falschen bzw. nicht indizierten Behandlungen fehlerhaft sein. Auch unter gewissenhafter Behandlung kann es zu negativen Lebensentwicklungen und unvermeidlichen, einer Krankheit innewohnenden Fehlentwicklungen kommen. Universell und schulunenabhängig ist Psychotherapie nur über zwischenmenschliche Beziehung möglich. Psychotherapie erhöht dadurch notwendig und zwangsläufig die Verhaltensvarianz und damit die psychische Störanfälligkeit, dabei sind unerwünschte und schädliche Nebenwirkungen in gewissem Maße unvermeidbar. Folglich können Erfolglosigkeit oder Misserfolge nicht nur bei unangemessener Indikation und Durchführung, sondern insbesondere auch bei mangelnder Passung vorkommen.

Auch Fehler vor der eigentlichen Psychotherapie stellen rechtlich Behandlungsfehler dar (Aufklärung, Befundung, Diagnose, Indikation). Der behandelnde Therapeut hat die Indikationsstellung persönlich vorzunehmen und zu verantworten. Behandlungsvorschläge bzw. **Indikationsstellungen** mitbehandelnder oder überweisender Ärzte sind zu überprüfen, und der alleinige Wunsch des Patienten nach einem bestimmten Behandlungsverfahren ohne entsprechende Indikation führt ggf. zur Haftung des Therapeuten.

Bei der **Indikationsstellung** sind relevante **Patientenmerkmale** (Art der Erkrankung, lebensgeschichtliche Entwicklung, aktuelle Lebenssituation) und insbesondere Strukturniveau und Persönlichkeitsstruktur zu berücksichtigen, da diese bekanntlich erhebliche Auswirkungen auf die Stabilität des Patienten und damit auf die Prognose haben. Sofern sich bei sorgfältiger und gewissenhafter Prüfung die Indikation für ein Behandlungsverfahren ergibt, für die der aufgesuchte Therapeut keine Abrechnungsgenehmigung besitzt, ist der Patient weiterzuleiten (s. o.).

Auch **Therapeutenmerkmale** sollten bei der Indikationsstellung selbstkritisch berücksichtigt werden. Neben der therapeutischen Ausbildung und der Fähigkeit zur Anwendung erlernter Behandlungsverfahren geht es um die individuelle Fähigkeit, mit bestimmten Störungsbildern umzugehen, persönliche Eigenschaften und Belastbarkeit. Die Belastung besteht vor allem in der ständigen Konfrontation mit menschlichem Schicksal und Leid und der Anforderung, mit „leeren Händen“ zu geben. Der Psychotherapeut ist fortlaufend einer Fülle teils unmäßiger Wünsche und extremer Gefühle von Patienten ausgesetzt bei gleichzeitiger Idealisierung und Entwertung. Die Behandlung schwer gestörter Patienten stellt eine „ständige Bedrohung der Grenzen und Integrität des Psychotherapeuten“ (Reimer, 2008, S. 18) dar, sie kann seine eigenen ungelösten Probleme und Konflikte berühren, seine Bewältigungskompetenz überschreiten und beim Therapeuten zu verschiedensten Nebenwirkungen (Schneider, 2008) wie sekundärer Traumatisierung (Daniels, 2008) führen. Behandlungsprobleme oder -fehler aufgrund eigener Betroffenheit können vielfältiger Natur sein; auch durch eigenes Schicksal, eigene schwere Krankheit, Verlust, Vulnerabilität oder Grundstruktur kann der Therapeut vorübergehend oder dauerhaft in seiner Abstinenz-, Distanz- und Empathiefähigkeit beeinträchtigt sein. Beschwerden über Psychotherapeuten betreffen neben Empathiemangel mangelnde Aufklärung, sexuelle Grenzverletzungen und ökonomischen Missbrauch am häufigsten (Lange, Hillebrand & Pfäfflin, 2009). Rüter beschreibt als Sonderform narzisstischen Missbrauchs „die Überbewertung des eigenen Behandlungsverfahrens unter Ausblendung alternativer, im konkreten Einzelfall ggf. günstigeren Behandlungsmöglichkeiten“ (2003, S. 240), „aber auch die Unkenntnis ... insbesondere über ggf. notwendige begleitende Behandlungsmaßnahmen, beispielsweise eine die Psychotherapie begleitende Pharmakotherapie“ (ebd., S. 244).

Während Patienten mit leichteren psychischen Störungen irreguläre Behandlungssequenzen, die bekanntlich unvermeidbar und wesentlicher Gegenstand jeder Behandlung sind, eher verkraften und oft selbst zur Korrektur und Weiterentwicklung beitragen, kann dies bei schweren und komplexen Störungen durchaus zu ernsthaften Komplikationen führen, die es erforderlich machen können, die Grenzen der ambulanten Behandlung oder des gewählten Behandlungsverfahrens fortlaufend kritisch zu prüfen, je nach Art und Schwere der Störung einschließlich Struktur- und Funktionsniveau sowie der Ausprägung nachfolgender Beeinträchtigungen, Begleiterkrankungen und Gefahren.

Bei Suizidalität des Patienten muss ambulant – so die Rechtsprechung – für erforderliche medikamentöse Behandlung gesorgt, eine engmaschige Behandlungsfrequenz vorgehalten und ein Nicht-Suizidvertrag abgeschlossen und in jeder Sitzung überprüft werden. Soll eine ambulante Behandlung wegen akuter Gefährdung sofort und nicht erst nach Genehmigung beginnen, kann ein entsprechender Hinweis im Antrag auf Kostenübernahme erfolgen.

An eine stationäre Behandlung sollte – auch während laufender ambulanter Behandlung – gedacht werden, wenn nach auch nur einem Suizidversuch, insbesondere mit harten Methoden (z. B. Sprung aus großer Höhe, Versuch, sich zu erhängen oder vor einen Zug zu werfen), in der Anamnese erneut ernste suizidale Absichten erkennbar werden. Dies ist umso dringlicher, je mehr Risikofaktoren für Suizidalität vorliegen (organische/psychiatrische Erkrankungen, niedriges/hohes Lebensalter, Suizidalität/traumatische Lebensereignisse in der Anamnese, s. Mavrogiorgou, Brüne & Juckel, 2011 und verschiedene Veröffentlichungen von Wolfersdorf), vor allem bei Nichtansprechen oder deutlicher Verschlechterung des Zustandes unter ambulanter Psychotherapie und fehlender Compliance, Einsicht oder Hoffnung. Der Therapeut ist dann aus dem Behandlungsvertrag zur Mitwirkung an einer stationären Unterbringung verpflichtet.

Eine **Zwangsunterbringung** (Länderrecht: „zum Schutz der Allgemeinheit“) kann bei akuter Suizidalität mit aktueller Selbst-/Fremd-)Gefährdung zum Schutz des Patienten oder für eine notwendige Verlegung nach den Unterbringungsgesetzen bzw. dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) der Länder erforderlich werden. Ebenso kann eine **Zwangsbehandlung** (Bundesrecht: „zum Wohl des Patienten“) bei Anorexie-Patienten mit zunehmender Schwere der Krankheit, eingeschränkter Flexibilität und beeinträchtigter freier Willensbildung in Form einer Zwangsernährung unumgänglich sein. Ein Arzt wurde zweitinstanzlich haftpflichtig für den hypoxischen Hirnschaden einer Patientin, weil er das erhebliche Mindergewicht (BMI < 13) nicht als Lebensgefahr erkannt und die Indikation für eine vollstationäre Behandlung nicht gestellt hatte, die notfalls vormundschaftlich hätte sichergestellt werden müssen. Als Orientierungskriterium für eine Zwangsernährung gilt ein BMI < 13 unter Einbeziehung des körperlichen und psychischen Gesamtzustandes (AWMF-Leitlinie Essstörungen s. Herpertz et al., 2010; Thiel & Paul, 2008). Nähere Auskünfte erteilen Vormundschafts-/Familien-/Amtsgericht, Sozialpsychiatrischer Dienst oder Gesundheitsamt. Derartige Situationen stellen für alle Beteiligten eine sehr große Herausforderung dar. Gerade bei psychodynamisch zugrundeliegenden Autonomiekonflikten sind Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht äußerst problematisch. Wenn diese trotz intensiven therapeutischen Bemühens zum Wohl des Patienten unvermeidlich sind, liegt es in der Verantwortlichkeit des Therapeuten, mit größter Behutsamkeit und würdevollem Respekt unter fortlaufender offener und genauer Information und Einbeziehung des Patienten eine Maßnahme anzuregen bzw. selbst oder in Absprache mit anderen Mitbehandlern einzuleiten und zu begleiten und den Patienten dabei nicht als Misserfolg fallen zu lassen. Andererseits sollte sich ein Therapeut auch dann aktiv einsetzen, wenn Patienten ohne ausreichende Rechtsgrundlage zwangsuntergebracht werden (z. B. schwere Soziophobie mit Schulabsentismus ohne Selbst- oder Fremdgefährdung oder Untergewicht).

Grundsätzlich besteht **Therapiefreiheit** des Behandlers, obligatorisch ist jedoch die jeweils risikoärmste Methode zu wählen. Bei medizinisch gleichwertigen Methoden ist

der Behandler entsprechend dem **Wirtschaftlichkeitsgebot bzw. der wirtschaftlichen Sorgfaltspflicht** gehalten, die kostengünstigere zu wählen. „Der Leistungsrahmen für Psychotherapie wird inhaltlich bestimmt durch die Vorschriften des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenkassen und des Kassenarztrechts. In beiden Rechtskreisen wird die Versorgung des Versicherten strikt an die Forderungen nach Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit gebunden. Eine Psychotherapie, die diese Anforderungen nicht erfüllt, darf von der gesetzlichen Versicherung nicht gewährt, vom Vertragsarzt nicht erbracht und vom Versicherten nicht beansprucht werden“ (Effer, 1995, S. 233 f.).

Therapeuten sollten mutig sein und schwierige Fälle, auch wenn diese andernorts bereits als austerapiert gelten, aufgegeben oder abgewiesen wurden, möglichst nicht weiterschicken und darauf vertrauen, dass die Patienten, wenn sie ihrerseits vertrauen, ihnen genügend hilfreiche Hinweise geben. Sollte eine Behandlung trotz aller Bemühungen dauerhaft nicht ausreichend erfolgreich sein, so erlaubt es die **Behandlungsfreiheit** nach Berufsordnung, eine Behandlung mit sachlich nachvollziehbarer und vernünftiger Begründung abzulehnen oder zu beenden. Diese Möglichkeit sollte bei dauerhaft fehlender Passung, nicht behebbaren Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung oder ausbleibendem Therapieerfolg erwogen werden, insbesondere wenn der Therapeut nicht (mehr) an die Entwicklungsfähigkeit des Patienten im vorgehaltenen therapeutischen Angebot glauben kann. Die Beendigung der Behandlung sollte dann unter respektvoller Würdigung der aktuellen Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten und mit Verweis auf geeignete Folgebehandlungsalternativen erfolgen. Nicht nur in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, sondern grundsätzlich in der Behandlung jeder psychischen Störung sind (Teil-)Remissionen auch noch nach vielen Vorbehandlungen möglich, die im Rückblick als aufeinander aufbauend erlebt werden und schließlich doch noch zu einem hinlänglichen Behandlungserfolg führen können.

## ■ Anhang: Einige aktuelle Informationsquellen im Internet

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-544/PT-RL\\_2011-04-14.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-544/PT-RL_2011-04-14.pdf)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen. <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/AbrechnungHonorar/KVB-Broschuere-Wegweiser-Erbringung-Psychotherapeutischer-Leistungen-August-2011.pdf>

Piechotta, B. und Meier, U. (2002): Zwischen Scylla und Charybdis – Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen im Spannungsfeld von Nachweispflicht und Praktikabilität. *Psychotherapeutische Praxis*;2(4): 158-164. <http://www.psyqm.de/scylla.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung & Bundesärztekammer (2008): Bekanntmachungen: Empfehlungen zur ärztlichen Schweige-

- pflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis. Dtsch Ärztebl;105(19):A-1026-1030/B-890/C-870 [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlung\\_Schweigepflicht\\_Datenschutz.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlung_Schweigepflicht_Datenschutz.pdf)
- Schweigepflicht und aktuelle Rechtsinformationen für Kollegen auf der Internetseite von Dipl.-Psych. Jürgen Thorwart (DGPT): <http://www.schweigepflicht-online.de/index.htm>
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (2007): Merkblatt: Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Privatversicherungen. <http://www.aerztekammerbw.de/10aerzte/40merkblaetter/10merkblaetter/umgangPV.pdf>
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (2011): Merkblatt: Die Aufklärungspflichten des Arztes. <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/10merkblaetter/aufklaerungspflicht.pdf>
- Ärztekammer Niedersachsen (2011): Der schnelle Überblick: Anfragen von Krankenkassen, MDK und anderen. <https://www.aekn.de/assets/downloadcenter/files/Infos-fr-Klinik--Praxis/MDKKK.pdf>
- **Literatur**
- Behnsen, E., Bell, K. & Best, D. (Hrsg.). (2012). Management-Handbuch für die psychotherapeutische Praxis. Loseblattwerk. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (Hrsg.). (2009). Patientenrechte – Ärztepfllichten. Andechs: Uhlenspiegel.
- Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Justiz (Hrsg.). (2007). Patientenrechte in Deutschland (5. Aufl.). Wernigerode: Harzdruckerei. <http://www.bmg.bund.de/uploads/publications/BMG-G-G407-Patientenrechte-Deutschland.pdf>
- Caspar, F. & Kächele, H. (2008). Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), Störungsorientierte Psychotherapie (S. 729-743). München: Elsevier.
- Cremerius, C. (1995). Das Geld im therapeutischen Setting. In P. Buchheim, M. Cierpka & T. Seifert (Hrsg.), Spielregeln in der Psychotherapie. Lindauer Texte (Teil 2.; S. 222-232). Berlin: Springer.
- Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung. Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut*, 53(2), 100-107.
- Effer, E. (1995). Rahmen und Regeln für Psychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung. In P. Buchheim, M. Cierpka & T. Seifert (Hrsg.), Spielregeln in der Psychotherapie. Lindauer Texte (Teil 2; S. 233-243). Berlin: Springer.
- Gerlach, H. (2009). Berufrecht und Berufsethik in der Psychotherapie. Seminarmanuskript.
- Gründel, M. (2000). Psychotherapeutisches Haftungsrecht – Die zivilrechtliche Haftung des Psychologischen Psychotherapeuten bei Verletzung der Berufspflichten. *MedR Schriftenreihe Medizinrecht*. Berlin: Springer.
- Güntheroth, H. & Geisler, A. (2011). Mündliche Prüfung. *Stern*, 50,108-120.
- Halbe, B. (2003). Haftungsgrundsätze für Psychotherapeuten bei der Expositionsbehandlung, insbesondere bei Patienten mit Angststörungen im Straßenverkehr. *Psychotherapeutische Praxis*, 3(4), 173-179.
- Herpertz, S., Fichter, M., Hagenah, U. et al. (2010). Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Entwicklungsstufe S3. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-0261\\_S3\\_Diagnostik\\_Therapie\\_Esstörungen.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0261_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf) (Stand: 12.12.2010)
- Hilgers, M. (2010). Verelendung psychotherapeutischer Rahmenbedingungen – Rolle von Armut und Reichtum in der therapeutischen Beziehung. *Psychotherapeut*, 55, 515-524.
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Nebenwirkungen von Psychotherapie – Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 53, 14-16.
- Imann-Steinhauer, A. (2012). Anamnese, Befund und Diagnose bei Essstörungen – differentialdiagnostische Aspekte. In K. Giesemann (Hrsg.), Hungern im Überfluss – Essstörungen in der ambulanten Praxis (S. 129-155). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Joraschky, P. & Arnold, S. (1992). Unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie. *Nervenheilkunde*, 11, 146-152.
- Klein, F. (2011). Braucht Psychotherapie einen Beipackzettel? *Der Neurologe & Psychiater*, (13)1, 10-12.
- Laitreiter, A.-R. (2007). Dokumentation und Evaluation von psychotherapeutischen Behandlungsverläufen. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 1, S. 377-394). Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg & Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2011). Schweigepflicht und Datenschutz – Informationen für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. [http://www.lpk-bw.de/archiv/news2011/pdf/110329\\_leitfaden\\_schweigepflicht\\_und\\_datenschutz.pdf](http://www.lpk-bw.de/archiv/news2011/pdf/110329_leitfaden_schweigepflicht_und_datenschutz.pdf)
- Lange, E., Hillebrand, V. & Pfäfflin, F. (2009). Beschwerden über Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 54, 307-309.
- Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 45-50). Berlin: Springer.
- Märtens, M. (2005). Misserfolge und Misserfolgsvorschau in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 6(2), 145-149.
- Mavroggiorgou, P., Brüne M. & Juckel G. (2011). Ärztlich-therapeutisches Vorgehen bei psychiatrischen Notfällen. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(13), 222-230.
- Neubauer, H. (1991). Juristisch-medizinische Aspekte bei Behandlungsfehlern in der Psychotherapie. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 41, 336-342.
- Patientenrechtgesetz (Entwurf Stand 25.03.2012). <http://www.patienten-rechte-gesetz.de>
- Pödlinger, W. & Wagner, W. (Hrsg.). (1991). Ethik in der Psychiatrie. Wertebegründung – Wertedurchsetzung. Berlin: Springer.
- Raspe, H.-H. (1983). Aufklärung und Information im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Reimer, C. (2008). Zur Missbrauchsproblematik in der Psychotherapie. *Die Psychodynamische Psychotherapie*, 7, 16-30.
- Reimer, C. & Rüger, U. (2003). Ethische Aspekte der Psychotherapie. In U. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien* (2. Aufl.; S. 403-420). Berlin: Springer.
- Rüger, U. (2003). Gewalt und Missbrauch in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48, 240-246.
- Rüger, U., Dahm, A. & Kallinke, D. (Hrsg.). (2012). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (9. Aufl.). München: Urban & Fischer.

- Schewe, G. (1992). Entwicklungen in der forensischen Psychiatrie unter juristischen Aspekten. *Nervenheilkunde*, 11, 265-268.
- Schneider, W. (2008). Nebenwirkungen bei Psychotherapeuten. *Die Psychodynamische Psychotherapie*, 7, 43-50.
- Seiters, M. & Ströhm, W. (2007). Rechtsfragen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie (Teilband 2; S. 999-1046)*. Göttingen: Hogrefe.
- Simmich, T. & Milch, W. (2001). Behandlungskrisen ambulanter Psychotherapie aus der Sicht einer Krisenstation. *Psychotherapeut*, 46, 252-258.
- Spieß, H., Hausner, H., Hajak, G. & Cording, C. (2008). Dokumentation in der Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt*, 79, 1087-1098.
- Stiftung Warentest (2008). Mit Nadel und Globuli. *Test*, 3, 88-93.
- Thiel, A. & Paul, T. (2008). Zwangsbehandlung bei Anorexia nervosa. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch der Essstörungen und Adipositas (S. 232-236)*. Berlin: Springer.
- Wampold, B.E. & Bolt, D.M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16(2), 184-187.

### ■ Korrespondenzadresse

Annette Imann-Steinhauer, Diplom-Psychologin  
Psychologische Psychotherapeutin und  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Wilhelm-Theodor-Röhmheld-Str. 32 | 55130 Mainz  
Telefon und Fax: 06131-831400  
praxis.imann-steinhauer@live.de