

VR 2.4

Reglement zur Dokumentationspflicht

Gültig ab 27.08.2018

Inhalt:

	Geltungsbereich	2
1.	Basisdokumentation und Diagnostik	2
2.	Prozess- und Verlaufsdokumentation	2
3.	Spezifische Grundsätze zur Verlaufskontrolle	2
4.	Archivierung und Diskretion	3
5.	Spezifische Grundsätze für Berichte	3
5.1	Berichte zuhanden der Krankenversicherungen.....	3
5.2	Berichte / Gutachten für Anwälte	4
6.	Sanktionen	4
7.	Zuständigkeit für Reglementsänderungen	4
8.	Inkraftsetzung	4

Geltungsbereich

Dieses Reglement konkretisiert die in den Statuten verankerte Dokumentationspflicht unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und führt Grundsätze zu dieser Dokumentationspflicht auf.

1. Basisdokumentation und Diagnostik

- 1.1. Für jeden Patienten und jede Patientin wird in den ersten Therapiestunden eine schriftliche Basisdokumentation erstellt.
- 1.2. Die Basisdokumentation umfasst folgende Angaben über den Patienten/die Patientin:
 - Probleme, Klagen, Beschwerden der Patientin
 - Lebens- und Krankheitsgeschichte
 - Intrapsychische und soziale Ressourcen
 - Ergebnisse allfälliger Eingangstests
 - Diagnose gemäss einem international anerkannten Klassifikationsschema und gegebenenfalls Diagnose im Rahmen der jeweiligen methodenspezifischen Krankheits- bzw. Störungstheorie
 - Überlegungen zur Prognose
 - Einschätzung des Arbeitsbündnisses
 - Mündlich oder schriftlich getroffene Vereinbarungen über die Therapiemethode, Behandlungsziele, Therapiezeit-Begrenzungen, u.a.m.
 - Formale Vereinbarungen (Honorar, Sitzungszeiten, Stundenausfallregelung, usw.)

2. Prozess- und Verlaufsdokumentation

- 2.1 Die Basisdokumentation wird im Laufe der Therapie durch die Prozess- und Verlaufsdokumentation ergänzt.
- 2.2 Notizen enthalten die für das Verständnis der Problematik der Patientin/des Patienten und für das Nachvollziehen des Behandlungsverlaufs nötigen objektiven, subjektiven und szenisch-interaktionellen Informationen.
- 2.3 Die Auseinandersetzung mit individuellen Therapiezielen ist Bestandteil der Behandlung und muss dokumentiert werden.
- 2.4 Der Behandlungsprozess soll so dokumentiert werden, dass signifikante Ereignisse im Behandlungsverlauf und im Interaktions-Geschehen Therapeut/in-Patient/in, wichtige (positive und negative) Veränderungen im Befinden und Erleben der Patientin/des Patienten, wichtige Erkenntnisse und Überlegungen der Therapeutin/des Therapeuten, allfällige neu auftauchende Probleme für die Behandelnden jederzeit nachvollzogen werden können.

3. Spezifische Grundsätze zur Verlaufskontrolle

- 3.1 Die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut setzt geeignete Instrumente ein, um den Verlauf der Behandlung zu erfassen, zu reflektieren und ggf. zu korrigieren.
- 3.2 Sie/Er führt eine kontinuierliche Beurteilung der Wirkung der Behandlung mit entsprechenden notwendigen Interventionen im Behandlungsprozess durch.

- 3.3 Der Behandlungsverlauf wird zusammen mit der Patientin/dem Patienten reflektiert. Die Sicht der Patientin/des Patienten wird respektiert und als wichtige Informationsquelle in die Gesamtbeurteilung einbezogen.
- 3.4 Der Behandlungsverlauf wird falls notwendig in regelmässigen Abständen mit geeigneten Dritten, unter Wahrung des Patient/innenschutzes reflektiert.
- 3.5 Die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut steht in fachlichem Austausch mit anderen Fachpersonen. Patient/innen werden informiert, dass Intervision bzw. Supervision stattfindet. Wo sinnvoll, wird unter Wahrung der Patient/innenrechte teamorientiert und interdisziplinär zusammengearbeitet.

4. Archivierung und Diskretion

- 4.1 Basisdokumentationen sowie Prozess- und Verlaufsdokumentationen unterstehen – wie alle Patient/innenakten – der Schweigepflicht, werden nach Behandlungsende zehn Jahre lang unter Verschluss aufbewahrt und dann vernichtet. Über die Rückgabe bzw. Aufbewahrung persönlicher Gegenstände (Patient/innenwerke wie Fotos, Tagebücher, Datenträger aller Art) wird am Ende der Therapie eine Regelung getroffen.
- 4.2 Die Prozess- und Verlaufsdokumentation wird der Basisdokumentation angegliedert. Die Dokumente werden nur mit Zustimmung der Patientin/des Patienten an Dritte weitergeleitet. Hierzu bedarf es einer schriftlichen Entbindung von der Schweigepflicht. Wenn möglich sollen die Dokumente direkt der Patientin/dem Patienten ausgehändigt werden. Der/die Therapeut/in geht umsichtig mit dem Weiterleiten von Informationen und Dokumenten an Dritte um und macht nötigenfalls die Patient/innen oder deren rechtliche Vertreter/innen auf mögliche Konsequenzen unnötiger Transparenz aufmerksam.
Sämtliche Dokumente, wie beispielsweise Berichte an Dritte, E-mails, Zeichnungen, Datenträger aller Art, etc. sind Bestandteil der Dokumentation.
- 4.3 Psychotherapeut/innen benennen für den Fall der Berufsunfähigkeit eine/n Stellvertreter/in, der/die eine Fachperson ist. Diese informiert die Patient/innen und sorgt für den sachgerechten Umgang mit den Patient/innendokumenten.
- 4.4 Psychotherapeut/innen sind verpflichtet, über den eigenen Tod hinaus Vorkehrungen zu treffen, damit Patient/innendokumentationen sachgerecht archiviert und eine Nachfolgeregelung für laufende Psychotherapien bestimmt ist.

5. Spezifische Grundsätze für Berichte

5.1. Berichte zuhanden der Krankenversicherungen

Berichte sollen nur im Einverständnis mit der Patientin/dem Patienten und nur an die fachkundige Vertrauensärztin oder einen Vertrauenspsychotherapeuten gerichtet werden. Sie sollen nur diejenigen Angaben enthalten, welche es der Vertrauensärztin / dem Vertrauenspsychotherapeuten erlauben, ein Urteil über die Behandlungsnotwendigkeit zu erlangen. Im Allgemeinen sind folgende Punkte von Bedeutung:

- Überweisungsmodalitäten
- notwendige Angaben zur Lebensgeschichte
- zum jetzigen Leiden

- objektive Untersuchungsbefunde
 - Diagnose
 - Behandlungsplan (Therapiemethode, Stundenfrequenz, Dauer der Sitzungen, Setting)
 - Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften (beispielsweise Ärztinnen, Sozialarbeiterinnen)
 - Behandlungsziel
 - geschätzter Zeitrahmen der Therapie
 - Prognose
 - Angaben zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten.
- Besondere Zurückhaltung ist bei Angaben über das familiäre Umfeld und bei sensiblen lebensgeschichtlichen Daten angezeigt.

5.2. Gutachten / Berichte für Anwälte

Das besondere psychotherapeutische Vertrauensverhältnis schliesst eine gleichzeitige Tätigkeit als Gutachter/in über die Patientin/den Patienten aus.

Im Fall einer Stellungnahme für Anwältinnen und Anwälte oder andere Dritte geht der/die Therapeut/tin umsichtig mit dem Weiterleiten von Informationen und Dokumenten um und macht nötigenfalls die Patientin oder deren rechtliche Vertreter auf mögliche Konsequenzen dieser Transparenz aufmerksam. Zum Weiterleiten von Informationen und Dokumenten bedarf es einer schriftlichen Entbindung von der Schweigepflicht. Wenn möglich sollen die Dokumente direkt der Patientin/dem Patienten ausgehändigt werden.

6. Sanktionen

- 6.1 Die Assoziation stellt Fortbildungsangebote zur Dokumentationspflicht zur Verfügung. Bei Verstössen kann der Vorstand das Mitglied verwarnen, einen Verweis aussprechen und als letzte Massnahme den ASP-Titel aberkennen. Gegen die Aberkennung des ASP-Titels kann das Mitglied Rekurs bei der Mitgliederversammlung einreichen.

7. Zuständigkeit für Reglementsänderungen

Der Vorstand evaluiert die Umsetzung dieses Reglements zur Dokumentationspflicht und entwickelt dieses weiter.

8. Inkraftsetzung

Die Revision dieses Reglements wurde vom ASP-Vorstand an der Sitzung vom 27. August 2018 beschlossen.

Inkraftsetzung: 31.03.2003
Erste Revision: 02.10.2017
Zweite Revision: 27.08.2018