

# 1. Behandlungsvereinbarung

**Privatpraxis: Iris Gothe, Käfertaler Str. 147, 68167 Mannheim (Stand 6.2.2025)**

Die Grundlage einer Psychotherapie ist die Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut\*in und Patient\*in und bei nicht-geschäftsfähigen Patient\*innen mit deren Sorgeberechtigten bzw. Versicherungsnehmer\*in (nachfolgend der/die Patient\*in genannt).

## 1. Art und Umfang der Behandlung

Die psychotherapeutische Behandlung in der Praxis ist verhaltenstherapeutisch orientiert. Dies impliziert die Bereitschaft sich auf Verhaltensexperimente und ggfs. Verhaltensexpositionen einzulassen. Die Therapeutin wird das Vorgehen jeweils genau erklären. Zu Beginn der Behandlung wird eine ausführliche Anamnese, Diagnostik und ein Störungsmodell erarbeitet. Es werden gemeinsam Therapieziele vereinbart, zu deren Erreichung die Mitwirkung des/der Patient\*in und deren Bezugspersonen notwendig ist. Eine Therapiesitzung dauert 50 Minuten und findet in der Regel wöchentlich statt. Bei der **Behandlung von Kindern und Jugendlichen** ist es angezeigt und hilfreich, dass **Bezugspersonen in die therapeutischen Sitzungen mit einbezogen** werden. Sogenannte Bezugspersonensitzungen können im Verhältnis 1 zu 4 zu den Sitzungen für den/die Patient\*in zusätzlich beantragt werden. Bei Kindern bis 4 Jahren, kann eine Bezugsperson regelmäßig gemeinsam mit dem Kind teilnehmen.

Jede Wirkung hat eine Nebenwirkung. Ich weise daraufhin, dass sich durch die Therapie **Veränderungen in der Wahrnehmung, der Kognition, der Emotion und des Verhaltens** bei Patient\*in und dem Familiensystem bemerkbar machen können. Diese sind als Anpassungsprozess zu verstehen und sind in der Regel erwünscht. Sollte es zu Veränderungen kommen, die Patient\*in oder das Umfeld belasten (bspw. Verschlimmerung der Symptome, vermehrtes oppositionelles Verhalten, erhöhte Emotionalität), sollten diese mit der Therapeutin besprochen werden.

## 2. Selbstverpflichtungserwartung

Der/die Patient\*in verpflichtet sich, um den Erfolg der Therapie nicht zu gefährden **keine Drogen und keine Suchtmittel** zu sich zu nehmen oder zu benutzen. Hierzu zählt auch eine freiwillige Reduktion des Medienkonsums, sofern dies therapie relevant erscheint. Der/die Patient\*in verpflichtet sich, mindestens während des Zeitraums von Beginn bis zu Abschluss der ambulanten Psychotherapie **keinen Suizidversuch** zu unternehmen oder unbegründet die Absicht anzukündigen, sondern sich in einem solchen Fall umgehend an eine erwachsene Vertrauensperson (z.B.: Eltern oder Therapeutin) zu wenden und ggfs. unverzüglich in stationäre Behandlung zu begeben, um kurzfristig und für die Dauer der akuten Gefährdung Schutz und Hilfe zu erhalten. Der/die Patient\*in verpflichten sich mindestens während des Zeitraums von Beginn bis zum Abschluss der Therapie **regelmäßig die Schule zu besuchen**. Der/die Patient\*in bzw. Bezugspersonen verpflichten sich, in jeder Phase der Psychotherapie von sich aus oder auf Aufforderung der Therapeutin alle therapie relevanten Unterlagen und Daten (z.B. Klinik-, Arzt- und Therapeutenberichte, aktuelles Gewicht, Blutbild oder Zeugnisse) vorzulegen. Der/die Patient\*in bzw. Bezugsperson wird jede Aufnahme oder Veränderung einer medikamentösen Behandlung mitteilen.

## 3. Zahlungsmöglichkeiten

Für **privat Versicherte und Beihilfeberechtigte** gilt: Der/die Patient\*in oder deren Sorgeberechtigten verpflichtet/-en sich, vor Therapieaufnahme selbst über die Tarifbedingungen seines Versicherungsvertrages genau zu informieren und für sich abzuklären, ob und inwieweit ihm die Therapiekosten erstattet werden. Die Rechnungsstellung erfolgt in regelmäßigen Abständen, entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Psychologen (GOP). Es wird eine Honorarvereinbarung geschlossen, in welcher der Steigerungssatz und somit die Höhe des Honorars vereinbart wird. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. die privater Krankenversicherung oder Beihilfe) sind Sie als Rechnungsempfänger für die termingerechte Zahlung verantwortlich.

Als **Selbstzahler** können Sie unabhängig davon, wie Ihr Kind versichert ist einen Vertrag mit mir abschließen. Der Vorteil ist, dass Sie keine Krankenkasse informieren müssen und somit auch keine Diagnose bekannt gegeben wird. Wir können eine flexible Anzahl an Sitzungen vereinbaren.

Für **gesetzlich Versicherte** gilt: Die Praxis ist eine Privatpraxis. Gesetzlich Versicherte können nur als Selbstzahler oder in Absprache mit der Krankenkasse im Rahmen der Kostenerstattung in der Praxis behandelt werden.

**Ausfallhonorar:** Wird ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen oder kurzfristig d.h. weniger als 24 Stunden vor dem Termin abgesagt, wird ein Ausfallhonorar fällig, das Ihnen privat in Rechnung gestellt wird. Dies gilt auch, wenn ein Termin z.B. durch Krankheit, verspätete Bahn oder andere nicht verschuldete Gründe versäumt wird, also unabhängig vom Absagegrund. Das Ausfallhonorar beträgt **60 Euro**.

**Datenweitergabe bei Zahlungsausfall:** Es kann immer Gründe geben, weshalb Sie mit einer Rechnung in Rückstand geraten. Sie erhalten in der Regel eine Zahlungserinnerung und bei weiterer unbegründeter Säumnis der Zahlung der Rechnung eine 1. Mahnung. Sollten Sie diese weiterhin nicht begleichen und nicht mit mir in Kontakt treten, um mögliche Lösungen zu besprechen, behalte ich mir vor die Kontaktdaten (Rechnungsdaten) an ein Inkassounternehmen weiterzuleiten.

#### **4. Schweigepflicht**

Als Psychotherapeutin unterliege ich der Schweigepflicht. Das bedeutet, dass, ich ohne das Einverständnis der Patient\*in und deren/dessen Sorgeberechtigten, keine Informationen preisgegeben darf, auch nicht an nahe Angehörige oder Ärzte. Sollte eine Auskunftserteilung an Ärzte, Kostenträger oder sonstige Personen (z.B.: Lehrer\*innen) notwendig sein, wird dies nur nach Erteilung einer schriftlichen Schweigepflichtsenbindung erfolgen. Gewisse Ausnahmen von der Schweigepflicht bestehen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung und gegenüber der Krankenkasse ausschließlich bezüglich Diagnose sowie Dauer und Umfang der Therapie. Eine Ausnahme besteht ebenfalls bei dem Verdacht auf akute Kindeswohlgefährdung (gemäß §8a SGBVIII). Eine Auskunft gegenüber dem Jugendamt erfolgt in der Regel nicht ohne Ihr Wissen. Für die Sitzungen mit Bezugspersonen gilt Folgendes: Die Therapeutin unterliegt auch gegenüber den Sorgeberechtigten/Eltern grundsätzlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Erläuterung: Ist der/die **12 - 14jährige einsichts- und urteilsfähig**, dann bestimmt er/sie allein (!), inwieweit Auskünfte an Dritte, z.B. auch an die Sorgeberechtigten, zu erteilen sind – oder nicht. Ein/e **15jährige/r** wird in der Regel einsichts- und urteilsfähig sein (vgl. § 36 Abs. 1 SGB I). Ferner gilt: Die Aufnahme einer Psychotherapie mit einem – noch nicht einsichts- und urteilsfähigen – Kind oder Jugendlichen setzt die **Einwilligung der Sorgeberechtigten** voraus. Stimmt eine/r der Sorgeberechtigten nicht zu, oder zieht er später seine Einwilligung zurück, ruht die Therapie solange, bis das Familiengericht - auf Antrag des (anderen) Sorgeberechtigten - eine diesbezügliche einstweilige Anordnung erlassen hat.

#### **5. Datenschutz**

Zu Beginn und im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung werden verschiedene Daten der Patient\*in erhoben. Dies ist notwendig, um eine dem Standard entsprechende psychotherapeutische Behandlung durchzuführen und um den mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag ordnungsgemäß zu erfüllen. Die Erhebung personenbezogener Daten dient nur dem Zweck der Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität und geschieht in keinem Fall grundlos. Dabei werden selbstverständlich nur diejenigen Daten erhoben, die für die psychotherapeutische Behandlung notwendig sind. Datenschutzrechtliche Vorgaben sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Therapievertrag ergeben, werden beachtet. Zu den zu erhebenden Daten zählen Anamnese, Diagnosen, Befunde, Therapievorschläge und Protokolle, die wir selbst erarbeiten oder uns andere Psychotherapeuten/Ärzte zur Verfügung stellen (Konsiliarbericht, Arztbriefe etc.). Die Dokumentation der laufenden Therapiesitzungen erfolgt über des Praxissoftwaresystem Epikur. Die Daten werden durch die Software automatisch verschlüsselt. Zum Versenden und Fragebögen und Testverfahren wird das Modul Ondasys genutzt. Sie erhalten hierfür einen Link und ein Passwort per Email. Die Auswertung erfolgt in verschlüsselter Form über die Anbieter Hogrefe und Pearson. Alle personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen werden, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, mindestens 10 Jahre nach Ihrem letzten Behandlungstermin in der Praxis aufbewahrt. Die Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt. Grundsätzlich können Sie Schweigepflichtsenbindungen jederzeit widerrufen. Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Bemerken Sie Unstimmigkeiten, können Sie umgehend die Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen. Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutzverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde Ihres Bundeslandes. Bei der Teilnahme an externer Inter- und Supervision, werden die Daten der/des Patient\*in vertraulich und anonym behandelt.

#### **6. Digitale-Kommunikation**

Es besteht die Möglichkeit, mit der Therapeutin digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Die

Rechnung wird per Email zugesendet. Es sei denn Sie widersprechen dem. Über die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen Kommunikationswege wurde ich informiert.

### **7. Videosprechstunde**

Die Dienstleistung „Videosprechstunde“ wird über ein verschlüsseltes Videoformat angeboten.

Die Aufklärung des/der Patient\*in und seiner/ihrer Sorgeberechtigten umfasst:

- Teilnahme an der Videosprechstunde ist freiwillig
- Aufzeichnungen jeglicher Art und Weise sind während der Videosprechstunde nicht gestattet!
- Durchführungsbedingungen (aus Datensicherheit und aufgrund eines störungsfreien Ablaufes, sollte die Videosprechstunde in einem geschlossenen Raum stattfinden).
- Vorstellung aller im Raum befindlichen Personen zu Beginn der Videosprechstunde.

### **8. Therapieende**

Die Therapie endet in der Regel mit Ablauf der beantragten Sitzungen oder wenn die Therapieziele erreicht sind. Wenn mehrere Termine ohne Absage versäumt werden und sich der/die Patient\*in bzw. Bezugspersonen nicht meldet, besteht kein Anspruch darauf, dass der Therapieplatz erhalten bleibt. Auch wenn die Bezugspersonen nicht in angemessenem Umfang zum Erreichen der Therapieziele mitwirken, kann die Therapie vorzeitig beendet werden. Die Vereinbarung einer Abschlusssitzung ist in jedem Fall wünschenswert.

## 2. Behandlungsvereinbarung mit Unterschrift

Praxis: Iris Gothe, Käfertaler Str. 147, 68167 Mannheim (Stand 6.2.2025)

Datum: \_\_\_\_\_

Patient\*in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ggfs. Sorgeberechtigte  
mit Anschrift:

### 1. Behandlungsvereinbarung

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie, bestätige ich diese zur Kenntnis genommen zu haben und bin damit einverstanden, dass eine Therapie zu den genannten Bedingungen aufgenommen wird.

**Unterschrift Patient\*in bzw. der/des Sorgeberechtigten:**

X

### 2. Email-Kommunikation

Ich möchte mit der Therapeutin Iris Gothe per E-Mail kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Adresse zu nutzen:

E-Mail gesetzliche\*r Vertreter\*in \_\_\_\_\_

Ggf. E-Mail Patient\*in \_\_\_\_\_

Über die prinzipielle Unsicherheit des E-Mailverkehrs wurde ich informiert. Diese Einwilligung zum E-Mail-Austausch kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Ich möchte mit der Therapeutin Iris Gothe per SMS kommunizieren und bitte folgende Telefonnummer zu nutzen: \_\_\_\_\_

**Unterschriften:**

X

### 3. Videosprechstunde

Mit meiner/unseren Unterschrift/en willige/n ich/wir ein, dass ich/wir damit einverstanden bin/sind, die Videosprechstunde unter den genannten Rahmenbedingungen zu nutzen. Ich/wir haben unser Kind altersentsprechend aufgeklärt und unterstützen mein/unser Kind bei der Einwahl in die Videosprechstunde. Während der laufenden Therapiesitzungen nehme/n ich/wir nur teil, wenn dies ausdrücklich mit der Therapeutin und dem Kind besprochen wurde. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen können.

**Unterschriften:**

X