

Menne, Klaus

Beratung oder Behandlung? Zur Bedeutung des Patientenrechtegesetzes für die Erziehungsberatung

Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (2014) 11, S. 414-421



Quellenangabe/ Reference:

Menne, Klaus: Beratung oder Behandlung? Zur Bedeutung des Patientenrechtegesetzes für die Erziehungsberatung - In: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (2014) 11, S. 414-421 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-120048 - DOI: 10.25656/01:12004

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-120048>

<https://doi.org/10.25656/01:12004>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Klaus Menne

Beratung oder Behandlung?

Zur Bedeutung des Patientenrechtegesetzes für die Erziehungsberatung

Seit dem 26.02.2013 ist das *Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRG)*, amtl. Kurzbezeichnung *Patientenrechtegesetz*, in Kraft. Es definiert Pflichten von Behandelnden gegenüber Patienten. Zu den Behandelnden zählen neben Ärzten u.a. auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, wie sie auch in der Erziehungsberatung tätig sind. Damit ist die Frage aufgeworfen, ob die neuen Vorschriften von diesen Berufsgruppen auch in der Erziehungsberatung zu beachten sind. Da die Patientenrechte allgemein im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt worden sind (§§ 630a–h), ist weitergehend auch die Frage aufgeworfen, ob auch die anderen Berufsgruppen in der Erziehungsberatung oder sogar allgemeiner in der Kinder- und Jugendhilfe, Adressaten der Vorschriften sind. Diesen Fragen wird durch eine Darstellung der Grundlagen der Arzthaftung und eine Erörterung der Anforderungen an einen Behandlungsvertrag (Facharztstandard, Informations- und Aufklärungspflicht sowie Dokumentation) nachgegangen.

INHALT

• Grundlagen des Arzthaftungsrechts

Eingriff in Grundrechte
Behandlungsvertrag
Behandelnder
Vertragspartner

• Die rechtlichen Grundlagen in der Kinder- und Jugendhilfe

Grundrechtseingriffe in der Kinder- und Jugendhilfe
Vertragspartner eines Ratsuchenden

• Facharztstandard

• Informationspflicht

• Einwilligung und Selbstbestimmungsaufklärung

• Dokumentation der Behandlung

• Beweislastumkehr

• Beratung oder Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

• Psychotherapie in der Erziehungsberatung

• Folgerungen

■ Grundlagen des Arzthaftungsrechts

Auch wenn das Gesetz die Veränderung bisher geltenden Rechts im Namen führt, gestalten seine Regelungsinhalte im Kern nicht *neues* Recht, sondern kodifizieren über Jahrzehnte hin in der Praxis entwickeltes Richterrecht (Jaeger, 2013, Rdnr. 11; Walter, 2013, Rdnr. 6). (Neu sind lediglich Detailbestimmungen, wie z.B. die, dass bei Dokumentationen künftig nach einer Änderung auch der ursprüngliche Eintrag erkennbar bleiben muss – § 630f Abs. 1 Satz 2 BGB; Jaeger, 2013, Rdnr. 303).

Das in richterlicher Spruchpraxis entwickelte und nun teilweise durch das Patientenrechtegesetz im Bürgerlichen Gesetzbuch kodifizierte Recht ist im Wesentlichen Arzthaftungsrecht. Es legt Rechte von Patienten und Pflichten von Ärzten (allgemeiner: Behandelnden) fest, die – im Falle einer Nicht-Beachtung – zur Haftung des Arztes/Behandelnden führen können. Eine Haftung kann sich aus dem Verstoß gegen das Vertragsrecht und/oder aus der Verwirklichung eines deliktischen Tatbestandes ergeben. Das Patientenrechtegesetz regelt allein den Behandlungsvertrag. Die zivil- und strafrechtlichen Rechtsfolgen aus Delikt (d.h. unerlaubten

Handlungen bzw. Straftaten) sind in diesem Gesetz nicht geregelt (Jaeger, 2013, Rdnr. 4).

Eingriff in Grundrechte

Nach geltendem Rechtsverständnis ist ärztliche Tätigkeit – auch dann, wenn sie *lege artis*, also nach den Regeln der ärztlichen Kunst, erfolgt – stets ein Eingriff in grundrechtlich geschützte Rechtspositionen des Patienten. Dies betrifft:

- das Recht auf Leben
- das Recht auf körperliche Unversehrtheit
- das Recht auf Gesundheit
- das Recht auf Freiheit der Person und
- das Recht auf Selbstbestimmung („freie Entfaltung der Persönlichkeit“)

(Art. 1 und 2 GG). Eine ärztliche Behandlung ist daher nur zulässig, wenn der Patient als Inhaber dieser Rechtsgüter in den jeweiligen Eingriff eingewilligt hat (oder im Falle einer Notlage: mutmaßlich einwilligen würde) (Walter, 2013, Rdnr. 3).

Behandlungsvertrag

Das nun geschaffene Patientenrechtegesetz ist kein eigenständiges Gesetz, sondern es fügt die neuen §§ 630a–h in das Buch 2 „Recht der Schuldverhältnisse“ des Bürgerlichen Gesetzbuchs ein und schafft damit den neuen Typus des *Behandlungsvertrages* als Untertitel des Dienstvertrages nach § 611 BGB. Damit ist allgemeiner die Frage aufgeworfen, welche Tätigkeiten als „Behandlungen“ einzustufen sind.

§ 630a Abs. 1 BGB bestimmt, dass nicht jede Art von „Behandlung“ dem neuen Vertragstypus unterfällt, sondern nur „medizinische Behandlungen“: Der Behandlungsvertrag regelt also die Austauschbeziehungen zwischen einem „Behandelnden“ und einem „Patienten“. Behandlung ist daher grds.: Heilbehandlung (Deutscher Bundestag, 2012, S. 23). Allerdings fehlt es an einer genaueren Bestimmung, welche Leistungen damit umfasst sind (Katzenmeier, 2013, S. 817). „Die vertragscharakteristische Leistung des Behandlungsvertrages ist ... die medizinische Behandlung von Patienten“, „nämlich Heilung und Erhaltung eines lebenden Organismus“ (Deutscher Bundestag, 2012, S. 18). Dabei schließt medizinische Behandlung Psychotherapie als ärztliche und als psychotherapeutische Behandlung ein (§ 27 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Die Regierungsbegründung verdeutlicht jedoch, dass ein weites Verständnis des Begriffs „Behandlung“ intendiert ist. Es sollen auch solche Behandlungen dem Behandlungsvertrag unterfallen, die sich *nicht* am Zweck der Heilung orientieren. Solche medizinisch nicht indizierten Behandlungen sind zunächst Schwangerschaftsabbrüche, Sterilisationen und Eingriffe aus ästhetischen

Der Autor, Klaus Menne, ist Dipl.-Soz. und war langjähriger Geschäftsführer der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.

Gründen (Jaeger, 2013, Rdnr. 22, Walter, 2013, Rdnr. 48); aber auch die religiös motivierte Beschneidung ist medizinische Behandlung im hier gemeinten Sinn (Walter, 2013, Rdnr. 49). Schließlich sollen zur medizinischen Behandlung auch Maßnahmen zählen, die darauf zielen, „*seelische Störungen nicht krankhafter Natur*“ zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern“ (Deutscher Bundestag, 2012, S. 23 f.).^{1, 2}

Wenn aber der Begriff „medizinische Behandlungen“ so weit verstanden wird, dass er auch die Prävention möglicher seelischer Probleme und damit die Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen als Gesundheitsförderung umfasst, dann zählen auch Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe zur „medizinischen Behandlung“. Zudem stellt sich dann die Frage, ob diese Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (auch) dem Bestimmungen des Behandlungsvertrages unterfallen. Jugendberatung (§ 11 Abs. 3 Nr. 6 SGB VIII), Einwirkung eines Erziehungsbeistandes oder eines Betreuungshelfers (§ 30 SGB VIII) auf ein Kind oder einen Jugendlichen oder Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII) wären dann als „Behandlung“ i.S.v. § 630a BGB zu qualifizieren. Auch Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII) wäre „Behandlung“ i.S.d. Patientenrechtegesetzes.

Behandelnder

Auch wenn das Patientenrechtegesetz im Kern Grundsätze des Arzthaftungsrechts kodifiziert, sind die Bestimmungen der §§ 630a–h BGB nicht auf Ärzte begrenzt: Einbezogen sind vielmehr alle *Heilberufe*. Dazu gehören neben Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch Hebammen, Entbindungspfleger, Masseur und medizinische Bademeister, aber auch Ergotherapeuten und Logopäden (Jaeger, 2013, Rdnr. 20; Walter, 2013, Rdnr. 47).³

Doch die Ausweitung des Kreises der „Behandelnden“ umfasst nicht: Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen oder Psychologen. Dies sind keine Heilberufe. Die Linderung „*seelischer Störungen nicht krankhafter Natur*“ durch Angehörige dieser Berufsgruppen stellt daher keine „medizinische Behandlung“ dar.

In der Erziehungsberatung stellt sich die Frage der Anwendbarkeit des Patientenrechtegesetzes auf die Tätigkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten. Die Tätigkeit von Ergotherapeuten und Logopäden kann dabei ausgeklammert bleiben.

Vertragspartner

Das Grundmodell für den Behandlungsvertrag bilden der mündige, privatversicherte Patient einerseits und der niedergelassene Arzt andererseits (Walter, 2013, Rdnr. 34). Der Vertrag regelt den Austausch von medi-

zischen Leistungen durch den Arzt (Behandelnden) gegen ein Entgelt durch den Patienten. Eine unentgeltliche Leistung ist Ärzten durch ihre Berufsordnung (mit wenigen Ausnahmen) untersagt (§ 12 Musterberufsordnung). Der Vertrag wird vom Patienten mit dem Praxisinhaber geschlossen, nicht mit einem in der Praxis angestellten Arzt (Jaeger, 2013, Rdnr. 32). Gleiches gilt für Krankenhäuser: Ärzte in Krankenhäusern sind den Patienten nicht vertraglich verpflichtet. Sie werden als Erfüllungsgehilfen des Krankenhauses tätig (a.a.O., Rdnr. 103). Es ist daher zu unterscheiden zwischen dem eine medizinische Behandlung *zusagenden* Vertragspartner und dem eine medizinische Behandlung *durchführenden* Behandelnden (Deutscher Bundestag, 2012, S. 18; Walter, 2013, Rdnr. 39).

Durch das System der gesetzlichen Krankenkassen und der kassenärztlichen Versorgung wird das Grundmodell zweier autonomer Rechtssubjekte zum Behandlungsdreieck erweitert, in dem die Entgeltspflicht vom Patienten an seine Krankenkasse übergeht (Walter, 2013, Rdnr. 35; Jaeger, 2013, Rdnr. 43).

■ Die rechtlichen Grundlagen in der Kinder- und Jugendhilfe

An dieser Stelle wird vergleichend nur auf (für das Arzthaftungsrecht konstitutive) Grundrechtseingriffe und die Vertragspartner des Ratsuchenden eingegangen. Für einen allgemeineren Vergleich der rechtlichen Grundlagen von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen siehe bke, 2005b.

Grundrechtseingriffe in der Kinder- und Jugendhilfe

Medizinische Leistungen sind dadurch charakterisiert, dass sie rechtlich als Körperverletzung, als Eingriff in die körperliche und gesundheitliche Unversehrtheit eines Menschen, qualifiziert werden. Dabei wird nicht nur eine Operation oder eine Medikation in dieser Weise beurteilt, sondern alle (auch äußerlich bleibende) Maßnahmen, die für eine Diagnose bzw. Therapie erforderlich werden. Die ausdrückliche Einwilligung des Patienten ist daher Voraussetzung für eine rechtlich zulässige Behandlung.

Im Rahmen der Erziehungsberatung (und der Kinder- und Jugendhilfe insgesamt) wird nicht in vergleichbarer Weise in Rechte Betroffener eingegriffen. Zentral für die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe ist das durch Art. 6 Abs. 2 GG geschützte Elternrecht. Eltern haben das Recht (und die ihnen obliegende Pflicht), ihre Kinder zu erziehen. Wenn sie bei dieser Aufgabe Unterstützung suchen, stehen ihnen Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe zur Seite: Es ist Aufgabe der Jugendhilfe, die *Erziehungsfähigkeit* von Eltern zu stärken (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII). Zugleich ist es Aufgabe der

Jugendhilfe, die jungen Menschen selbst in ihrer individuellen und sozialen *Entwicklung zu fördern* (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII). Dabei ist es Ziel der Unterstützung, für den jungen Menschen wie für seine Eltern jene Handlungsaunomie zu ermöglichen, die das Konstrukt des Behandlungsvertrages voraussetzt. Hinzu kommt das Recht des Kindes auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, das auch sein Recht auf Entwicklung dieser Persönlichkeit einschließt.

Teil des allgemeinen Rechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ist das Recht auf informationelle Selbstbestimmung: Eine wirksame Unterstützung können Kinder, Jugendliche und Eltern nur erwarten, wenn sie zuvor Informationen über sich selbst und ihre Lebenssituation preisgeben. Die Erhebung dieser Daten ist wegen § 62 Abs. 1 SGB VIII zulässig. Da die Daten bei den Betroffenen selbst zu erheben sind (§ 62 Abs. 2 SGB VIII), haben diese es in der Hand, zu entscheiden, welche Daten sie preisgeben: Sie steuern den Eingriff in ihr informationelles Selbstbestimmungsrecht. (Allerdings möglicherweise mit der Folge, dass eine Leistung wegen fehlender Mitwirkung nicht erbracht werden kann – § 66 SGB I).

Zudem greift der Staat im Rahmen seines Wächteramtes (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG) in die Elternverantwortung ein, wenn dies zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung notwendig ist. In diesem Fall ist das Jugendamt

1 Der Verweis in der Regierungsbegründung auf Laufs; Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage 2010, § 29 Rdnr. 4 ff. geht allerdings in die Irre. Gemeint ist wohl a.a.O. § 50 Rdnr. 3. Die dort gegebene Definition der Heilbehandlung stützt sich auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs, nach dem ein Arzt „in grundsätzlich zulässiger Weise auch Behandlungen durch(führt), die wie Sterilisation oder kosmetische Operationen anderen Zielen dienen können“ (BGH, 1978, S. 1206).

2 Diese Ausweitung heilkundlicher Tätigkeit über die Behandlung von Krankheiten hinaus spiegelt die Veränderung des Gesundheitsbegriffs wieder wie er in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) zum Ausdruck kommt. Gesundheit wird nicht länger durch das Fehlen von Krankheit definiert, sondern wird als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (WHO 2006, S. 1) begriffen. Die in der Ottawa-Charta formulierte Strategie der Gesundheitsförderung stellt nicht die Krankheitsprävention in den Mittelpunkt, sondern die Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen. Deshalb wird von präventiven Maßnahmen gefordert, dass diese „die Kompetenzen insbesondere von Eltern stärken. ... Je jünger das Kind ist, desto stärker muss die Eltern-Kind-Beziehung in den Mittelpunkt der Bemühungen gerichtet werden“ (Schulze; Fegert 2004, S. 225). So gefasst fällt die Förderung von Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit den zentralen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe zusammen (vgl. dazu Gerth; Menne 2010, S. 831).

3 Auch Heilpraktiker müssen die Vorschriften zum Behandlungsvertrag einhalten, obwohl für ihre Tätigkeit *keine* medizinische Ausbildung erforderlich ist (Jaeger, ebd.).

verpflichtet, eine zeitlich begrenzte Inobhutnahme des jungen Menschen vorzunehmen (§ 42 Abs. 1 SGB VIII) bzw. das Familiengericht anzurufen (§ 8a Abs. 3 und § 42 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII). Das Familiengericht entscheidet dann ggf. über den Entzug des elterlichen Sorgerechts (§§ 1666, 1666a BGB). Der Eingriff des Jugendamtes bleibt damit auf die akute Krisenintervention beschränkt, eine darüber hinausgehende Einschränkung der elterlichen Sorge ist dem Familiengericht vorbehalten.

Vertragspartner eines Ratsuchenden

Suchen Eltern oder auch Kinder bzw. Jugendliche selbst eine Erziehungsberatungsstelle auf, um durch deren Unterstützung eine Linderung ihrer eigenen seelischen Störung (oder der seelischen Störung ihres Kindes), die keinen Krankheitswert hat, zu erreichen, so begehren sie eine Leistung nicht von der Beratungsfachkraft, mit der sie sprechen. Vertragspartner der ratsuchenden Person ist vielmehr regelmäßig der Träger der Erziehungsberatungsstelle: also der Träger der öffentlichen Jugendhilfe bzw. der Träger der freien Jugendhilfe (bke, 2009, S. 265). Mit ihnen können die Ratsuchenden jedoch keinen „Behandlungsvertrag“ nach §§ 630a–h BGB abschließen, da diese Träger keine medizinischen Leistungen (§§ 11–68 SGB V) vorhalten. Sie bieten allein Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nach § 2 Abs. 2 SGB VIII an. Die Beratungsfachkräfte sind hier ebenso wie die Ärzte in Krankenhäusern Erfüllungshelfen des Trägers der Einrichtung. Sie sind nur befugt, Leistungen zu erbringen, die zum Auftrag der jeweiligen Einrichtung zählen.

Der Behandlungsvertrag ist also *von vornherein* nicht auf die Situation der Beratung anwendbar. Auch wären die vertraglichen Nebenpflichten, die in den §§ 630b–h BGB jetzt explizit geregelt sind, in der Erziehungsberatung kaum zu erfüllen.

■ Facharztstandard

Für Tätigkeiten, die dem Behandlungsvertrag unterfallen, ist festgelegt, dass sie „nach den zum Zeitpunkt der Behandlung allgemein anerkannten fachlichen Standards“ zu erfolgen haben (§ 630a Abs. 2 BGB). Die Behandlung muss nicht „medizinischen“ Standards folgen, sondern „fachlichen Standards“ (Walter, 2013, Rdnr. 54). Dies könnte die Möglichkeit eröffnen, Behandlungen in der Kinder- und Jugendhilfe eigenen fachlichen Standards folgen zu lassen. Welcher Grad der Ausarbeitung für fachliche Standards gefordert werden muss, macht ein Blick in die Kommentarliteratur zum Patientenrechtegesetz deutlich: Es ist der sogenannte „Facharztstandard“ zu beachten, der für das jeweilige Fachgebiet im Zeitpunkt der Behandlung maßgeblich ist (Jaeger, 2013, Rdnr. 30; Walter, 2013, Rdnr. 51). Der

Facharztstandard ist auch von behandelnden Ärzten einzuhalten, die selbst keine Fachärzte sind (Jaeger, ebd.).

„Standard ist das, was objektiv in der wissenschaftlichen Diskussion der beteiligten Fachkreise und in praktischer Bewährung als erfolgversprechender Weg zum diagnostischen und therapeutischen Erfolg anerkannt ist und was subjektiv ein durchschnittlich qualifizierter ... Arzt ... erbringen kann und muss“ (Katzenmeier nach Jaeger, 2013, Rdnr. 48). Im Einzelnen muss ein Arzt Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen für sein Fachgebiet beachten. *Richtlinien* sind gesetzlich oder durch öffentlich-rechtlich legitimierte Institutionen aufgestellte Regeln, die verbindlich zu beachten sind (a.a.O., Rdnr. 60). *Leitlinien* sind systematische Darstellungen, die dem Arzt auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnis, ärztlicher Erfahrung und Akzeptanz in den Fachkreisen Handlungsempfehlungen für die Bereiche Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge geben (a.a.O., Rdnr. 61). Leitlinien als Orientierungshilfen lassen für den behandelnden Arzt immer einen Entscheidungskorridor zu (a.a.O., Rdnr. 62). Ob eine Behandlung dem Facharztstandard folgt, entscheidet sich jedoch nicht unbedingt nach Leitlinien, sondern nach dem „Erkenntnisstand der Wissenschaft“ (a.a.O., Rdnr. 50). Im Zweifel wird dies für den Einzelfall durch ein Sachverständigengutachten geklärt (a.a.O., Rdnr. 63).

Für den Bereich der Einzelberatung (bzw. -„behandlung“) in der Erziehungs- und Familienberatung nach §§ 17, 18 und 28 SGB VIII ergibt sich damit die Frage, welche fachlichen Standards zur Erfüllung eines „Behandlungsvertrages“ (der sich nicht nach den § 630b ff. BGB richtet) zugrunde zu legen sind. *Richtlinien* bestehen zwar in etwa der Hälfte der Bundesländer. Sie regeln aber die Förderung der Einrichtungen, sie legen nicht das berufliche Handeln der Beratungsfachkräfte fest. Als *Leitlinien* könnten näherungsweise die unter dem Titel „Qualitätsprodukt Erziehungsberatung“, besser bekannt als „Qs22“, veröffentlichten Empfehlungen zu Leistungen, Qualitätsmerkmalen und Kennziffern der bke (1999) gelten. Sie haben den Vorzug der Operationalisierbarkeit. Es kann also nachvollzogen werden, ob die durch Qs22 vorgegebenen fachlichen Standards eingehalten worden sind. Allerdings sind die dort beschriebenen Standards noch sehr allgemein. Sie stellen das *Minimum* dessen dar, was an Fachlichkeit in einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle realisiert werden muss.

Für das *individuelle* Handeln der Beraterinnen und Berater geben die „Ethischen Standards in der Institutionellen Erziehungs-, Ehe- Familien- und Lebensberatung“ des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF, 2003a) eine erste Orientierung. Die „Grundsätze fachlichen Handelns in der Institu-

tionellen Beratung“ des DAKJEF (2003b) konkretisieren die Gestaltung der Beratungsbeziehung mit Ratsuchenden. Aber beide Texte verbleiben noch auf der Ebene *allgemeiner* Anforderungen an das individuelle Handeln von Beraterinnen und Beratern. Leitlinien, bezogen auf ein spezifisches Aufgabenfeld, stellen am ehesten noch die *Fachlichen Standards zur Beratung von Hochkonflikt-Familien im Kontext des FamFG* der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) dar. Sie fassen die Erfahrungen eines nach der Kindschaftsrechtsreform von 1998 intensiv einsetzenden Prozesses zum fachlichen Umgang mit sich trennenden Eltern, die durch gerichtliche Entscheidungen zum Umgangs- und Sorgerecht für ihr Kind nicht befriedet werden können, zusammen (bke, 2013). Auf sie trifft die Definition von Katzenstein zu: „Standard ist das, was objektiv in der wissenschaftlichen Diskussion der beteiligten Fachkreise und in praktischer Bewährung als erfolgversprechender Weg zum diagnostischen und therapeutischen Erfolg anerkannt ist“ (siehe oben „Facharztstandard“). Freilich dürfte sich der zweite Teil von Katzensteins Definition noch nicht durchgesetzt haben, nämlich, dass diesen Standard „ein durchschnittlich qualifizierter, gewissenhafter und besonnener Arzt (zu ersetzen: Berater, der Autor) ... erbringen kann und muss“.

Das Vorgehen in der Kinder- und Jugendhilfe bei gewichtigen Anzeichen für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen nach § 8a SGB VIII kommt den etablierten methodischen Verfahrensweisen im Kontext medizinischer Tätigkeiten wohl am nächsten. Die einzelnen Schritte der Gefährdungsabklärung, ggf. der Einbeziehung einer in Fragen des Kinderschutzes erfahrenen Fachkraft und die evtl. Weitergabe von Informationen an das Jugendamt, stützen sich auf gesetzlich geregelte Verfahrensvorschriften (§§ 8a, 8b SGB VIII, § 4 KKG). Sie sind für ein fachlich korrektes Handeln zu beachten und nur ihre Einhaltung kann von etwaigen Haftungsansprüchen freistellen (vgl. bke, 2012a, 2012b).

Den Leitlinien für ärztliches Handeln vergleichbare fachliche Vorgaben bestehen für die Erziehungsberatung also erst in Ansätzen. Auch befindet sich eine Beratungswissenschaft, deren Erkenntnisstand beim fachlichen Standard der Erziehungsberatung den letzten Bezugspunkt bilden könnte, noch in den Anfängen. Zudem sind die vorliegenden Ansätze einer Beratungswissenschaft *methodisch* orientiert; sie grenzen Beratung von anderen Vorgehensweisen, wie Psychotherapie und Mediation, ab (Möller; Hausinger, 2009). Erziehungsberatung aber ist nicht in erster Linie von den eingesetzten Methoden her zu denken, sondern vom Ziel ihrer Interventionen (Lasse, 2002). Erziehungsberatung interveniert vom Standpunkt einzuhaltender Bedingungen für das gelingende Aufwachsen von Kindern. Sie grün-

det in dem *materiellen* Paradigma des Wohls des Kindes oder Jugendlichen (bke, 2005b, S. 7 f.; Menne, 2006b, S. 237).

■ Informationspflicht

Der Behandelnde wird durch § 630c BGB verpflichtet, „zu Beginn der Behandlung ... sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie“. An dieser Vorschrift wird das unterschiedliche Vorgehen bei einer medizinischen Behandlung und einer Beratung im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe deutlich. Zwar sollen auch Erziehungsberatungsstellen vor einer Beratung über ihre Arbeitsweise informieren. Aber diese Information bezieht sich auf *allgemeine* Gesichtspunkte wie den zugesagten Vertrauensschutz, den Grundsatz anonymisierter Fallbesprechungen im multidisziplinären Fachteam, die Speicherung von Daten und die Kostenbeitragsfreiheit der Leistung (bke, 2009, S. 381 f.). Die für medizinische Behandlungen typische Unterscheidung von Anamnese, Untersuchung, Diagnose, Therapie und deren Wirkungen, über die hier jeweils informiert werden soll, kennzeichnet nicht die Erziehungsberatung.

Insbesondere klassifiziert Erziehungsberatung die ihr vorgetragenen Problemlagen von Kindern, Jugendlichen und Eltern und die Besonderheiten in ihrem familialen Zusammenleben nicht nach der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD10-GM), wie dies für heilkundliche psychotherapeutische Leistungen zu fordern ist (vgl. Gerth; Menne, 2010, S. 859 ff.). Diagnostik zielt in der Erziehungsberatung nicht auf eine vermeintlich objektive Klassifikation einer subjektiven Befindlichkeit, sondern ist typischerweise prozessorientiert angelegt. Beraterinnen und Berater machen sich in einem Erstgespräch ein Bild von der Situation des vorgestellten Kindes sowie der Situation seiner Familie und berücksichtigen dabei die unterschiedlichen Sichtweisen und Einschätzungen der Beteiligten. Dabei ist es wichtig, die Problemsituation der Familie mit ihrem Kind zu verstehen und mit ihr gemeinsam Schritte zu entwickeln, die zu einer Veränderung führen können. Jedes treffende Verständnis eröffnet dabei für die Familie neue Perspektiven. Das prozessorientierte diagnostische Vorgehen in der Erziehungsberatung ist deshalb auch als *befreiende Diagnostik* charakterisiert worden (Gerth, 2001, S. 149).

Diagnostik in der Erziehungsberatung muss sich dem Prozess der sukzessiven Entwicklung des Kindes einerseits und der fördernden Unterstützung sowie der gleichzeitigen Grenzsetzung durch seine Eltern anmessen. Eltern akzeptieren ihr Kind in seiner Eigenart, seinen Fähigkeiten und seinen Schwierigkeiten, zugleich geben sie ihrem Kind Anreize, sich wei-

terzuentwickeln und schrittweise selbst Verantwortung für sich zu übernehmen. Mit jedem Entwicklungsschritt des Kindes stehen auch die Eltern vor einer neuen Entwicklungsaufgabe und müssen sich wieder neu auf ihr Kind einstellen. Die fördernden und schützenden Interaktionen zwischen Eltern und Kind müssen immer wieder neu austariert werden. Das ist unvermeidbar mit Konflikten und Krisen verbunden, die in der Eltern-Kind-Beziehung ausgehalten und bewältigt werden müssen. Wenn Familien die an sie gestellten, fortlaufend neuen Aufgaben nicht bewältigen und auf den jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes nicht adäquat eingehen, dann verfehlen sie die Erfahrungsmöglichkeiten ihres Kindes: sie „verpassen“ ihr Kind. Eltern klagen dann treffend, dass sie ihr Kind „nicht mehr erreichen“. Wird das einander Verfehlen chronisch, entstehen eskalierende Teufelskreise des „Sich-Verpassens“. Für die gelingende Entwicklung eines Kindes kommt es daher darauf an, frühzeitig seine psychosoziale, kognitive und emotionale Situation im Kontext seiner familialen Entwicklungsbedingungen zu sehen und passgenaue Hilfen zu entwickeln und anzubieten (vgl. Wahlen, 2011).

Ein den Entwicklungsstand eines Kindes im Kontext seiner Familie erfassendes, also bifokal angelegtes, systematisches diagnostisches Instrumentarium fehlt bisher speziell in der Erziehungsberatung ebenso wie allgemein in der Kinder- und Jugendhilfe. Es würde die Perspektive eröffnen, möglichen Interventionen eine ganzheitliche Entwicklungseinschätzung zugrunde zu legen.

Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat daher die Konstruktion eines *Entwicklungs-Checks* angestoßen, der als Screeningverfahren die *Entwicklung des Kindes* in den Dimensionen:

- Kognition
- Sprache
- Motorik sowie
- Sozio-emotionale Entwicklung

erfasst und die

Entwicklungsbedingungen des Kindes, nämlich:

- Erziehung
- Eltern-Kind-Beziehung
- Elterliche Paarbeziehung sowie
- Aspekte der Lebenslage

beschreibt. Der Entwicklungs-Check kann zu fünf kritischen Entwicklungszeitpunkten (E1: 1;5–1;7 Jahre, E2: 2;10–3;2 Jahre, E3: 5;0–5;6 Jahre, E4: 7;6– 8;6 Jahre, E5: 12;0–12;6 Jahre) eingesetzt werden (Esser u.a., 2011).

Indem der Entwicklungs-Check die intuitiven Entwicklungsbeurteilungen von Eltern, die die-
se der Gestaltung ihrer Beziehung zum Kind

und ihren Anregungen zu neuen Entwicklungsmöglichkeiten zugrunde legen, methodisch rekonstruiert, wird eine fachlich fundierte Vorhersage der Bewältigung des kommenden Entwicklungsschritts des Kindes in seiner jeweils nächsten Entwicklungsphase („Zone der nächsten Entwicklung“, Wygotski, 1987) möglich. Das so gewonnene „diagnostische“ Wissen kann unmittelbar wieder in die Handlungspraxis der Familie zurückfließen.

Im Einzelfall können weitere fördernde Maßnahmen für das Kind oder unterstützende Beratungen für die Eltern sowie vertiefende Befundungen erforderlich bleiben, für die Erziehungsberatungsstellen über die notwendigen Testverfahren verfügen (Scheuerer-Englisch u.a., 2008). Dann weitet sich die Theorie-Praxis-Schleife, das Verhältnis von diagnostizierenden und therapeutisch verändernden Elementen, aus. Das Ziel der Erziehungsberatung bleibt dabei erhalten: die Selbstbemächtigung der Familien.

Der Hilfeprozess in der Erziehungsberatung kann somit nicht in bevorstehende Schritte der Untersuchung, Diagnose, Therapie und deren Wirkungen gegliedert werden, über die sinnvoll vorab zu informieren wäre.⁴

■ Einwilligung und Selbstbestimmungsaufklärung

Da ärztliche Tätigkeit grds. die Schranke zur anderen Person überschreitet und auf deren Gesundheitszustand – sei es medikamentös oder sei es operativ – Einfluss nimmt, also einen Eingriff in die Unversehrtheit des anderen darstellt, schwebt über ihr das Damoklesschwert der deliktischen, d.h. unerlaubten Handlung und der daraus folgenden Haftung für einen eingetretenen Schaden. Rechtlich zulässig ist eine medizinische Maßnahme daher nur, wenn der Betroffene selbst in die vorgesehene Maßnahme eingewilligt hat. Deshalb schreibt § 630d BGB vor: „Vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen“. Diese Einwilligung kann nur gegeben werden, wenn der Patient zuvor die für seine Entscheidung erforderlichen Informationen erhalten hat.

Gesetzlich ist daher nun Aufklärung über „den geplanten Eingriff, seinen Verlauf, seine Erfolgsaussichten, Risiken und mögliche Behandlungsalternativen“ (Jaeger, 2013, Rdnr. 206) vorgeschrieben. Im Einzelnen benennt das Gesetz als Aufklärungsgegenstände: „Art, Um-

⁴ Erziehungsberatung bedarf einer über die vorliegende Forschungsversion hinausgehenden praxistauglichen Fassung des *Entwicklungs-Checks* und einer breiten Erfahrung in seiner Anwendung, um auf dieser Basis zum „Facharztstandard“ komplementäre eigene fachliche Standards entwickeln zu können.

fang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie“ (§ 630e Abs. 1 Satz 1 BGB). Im Unterschied zur Informationspflicht nach § 630c BGB, die im Kern eine Pflicht zur therapeutischen Aufklärung darstellt (Jaeger, 2013, Rdnr. 207), normiert § 630e BGB die Anforderungen an die Selbstbestimmungsaufklärung. Erst durch sie kann die Einwilligung des Patienten in einen Eingriff rechtswirksam werden. Daher stehen bei dieser Aufklärungspflicht die *Risiken* im Mittelpunkt, die auch bei fachgerechter Behandlung des Patienten entstehen können (Jaeger, 2013, Rdnr. 214). Insbesondere sind alternative Behandlungsmöglichkeiten darzulegen, wenn diese zu jeweils unterschiedlichen Belastungen führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgschancen bieten (Jaeger, 2013, Rdnr. 234).

Im Unterschied zu diesem medizinischen Modell, in dem der Patient sich für eine begrenzte Zeit zum Objekt des Handelns eines Dritten macht, bleiben Ratsuchende in der Erziehungsberatung typischerweise voll handlungsfähige Subjekte. Sie können jeden Schritt der Veränderung mit beeinflussen und die „Behandlung“ zu jedem Zeitpunkt selbst beenden. Ihre Autonomie wird durch Beratung nicht eingeschränkt. Ratsuchende müssen – besser: können – daher auch nicht in einen „Eingriff“ einwilligen.

■ Dokumentation der Behandlung

Der Behandelnde ist verpflichtet, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung, eine Patientenakte zu führen (§ 630f Abs. 1 BGB) und in ihr sämtliche aus fachlicher Sicht wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse aufzuzeichnen: „insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen“ (§ 630f Abs. 2 BGB). Auch für die Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII besteht eine Pflicht zur Dokumentation der Beratung, die den Beratungsverlauf übersichtlich festhält (bke, 2008a, S. 278 f.). Gleichwohl bestehen Unterschiede.

In der Patientenakte sind alle vorgenannten Maßnahmen zu dokumentieren, einschließlich der Aufzeichnungen über persönliche Eindrücke und subjektive Wahrnehmungen des Behandelnden (Deutscher Bundestag, 2012, S. 27; Walter, 2013, Rdnr. 238). Die Patientenakte ist für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen) (§ 630f Abs. 3 BGB). Dem Patienten ist „auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren“ (§ 630g Abs. 1 Satz 1 BGB). Einer besonderen Begründung für dieses Verlangen bedarf es seitens des Patien-

ten nicht. Die Einsicht muss seitens des Behandelnden ohne schuldhaftes Verzug ermöglicht werden (Jaeger, 2013, Rdnr. 323; Walter, 2013, Rdnr. 234). Dabei schließt das Recht auf Einsicht auch die dokumentierten subjektiven Wahrnehmungen des Behandelnden ein (Deutscher Bundestag, 2012, S. 27; BVerfGE 2006). Eine Grenze findet das Einsichtsrecht, wenn (1) therapeutische Gründe entgegenstehen und (2) wenn „erhebliche Rechte Dritter“ berührt sind (§ 630g Abs. 1 Satz 1 BGB). Dies kann dann der Fall sein, wenn aufgrund der Kenntnisaufnahme die Gefahr einer erheblichen gesundheitlichen Selbstschädigung des Patienten angenommen werden muss oder die Patientenakte intime Informationen über Dritte enthält (Walter, 2013, Rdnr. 239). Ist der Behandelnde selbst Dritter, weil er eigene Gefühle, die der Patient bei ihm auslöst, dokumentiert hat, muss er die Schutzpflicht eng auslegen und ggf. seine Reaktionen zur Einsichtnahme preisgeben. Dies kann psychotherapeutische Behandlungen erschweren, wenn der Patient im Verlaufe des Prozesses entstehende, für ihn emotional schwierige Situationen in der Beziehung zum Behandelnden zum Anlass nimmt, sehen zu wollen, was sein Therapeut über ihn dokumentiert hat (Stanko, 2014).

Die Aktenführung in der Erziehungsberatung gründet sich nicht auf eine ausdrückliche gesetzliche Vorschrift. Sie folgt vielmehr aus allgemeinen Überlegungen zur Transparenz bei der Erbringung einer gesetzlich geregelten, personenbezogenen sozialen Dienstleistung (bke, 2008a, S. 279). Dabei umfasst die Beratungsdokumentation alle im Beratungsverlauf erhobenen Tatsachen und fachlichen Bewertungen (a.a.O., S. 280). Persönliche Notizen der Beratungsfachkraft (Mitschriften der Beratung, auch Aufzeichnungen zum eigenen Erleben), dienen der Erstellung der Beratungsdokumentation. Sie sind zu vernichten, sobald die Dokumentation weitergeführt worden ist (a.a.O., S. 283). Wenn Beratungsfachkräfte jedoch ihre Gegenübertragung zum Verständnis der Situation des Ratsuchenden nutzen, setzen sie ihre Gefühlsreaktionen als einen methodischen Arbeitsschritt ein. Die Gegenübertragung gehört dann nicht mehr zum Privatgeheimnis der Fachkraft und ist – wie in der psychotherapeutischen Behandlung – zu dokumentieren (bke, 2008a, S. 294).

Eine besondere Bedeutung erhält die Dokumentation in der Erziehungsberatung nach einer Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung (bke, 2008a, S. 280, 287; bke, 2012b). Sie dient dann dem Nachweis, dass und in welcher Weise die Beratungsfachkraft alle gesetzlich vorgesehenen Handlungsschritte (§ 8a Abs. 4 SGB VIII) vollzogen hat, d.h., wie sie ihre Pflicht zum Schutz des Wohls eines Kindes wahrgenommen und mit welchen Gründen sie sich für eine Information des Jugendamtes entschieden und damit ggf. einen Eingriff in das Elternrecht durch das Familiengericht vorbereitet hat. Hier, und nur, erhält

die Dokumentation in der Erziehungsberatung rechtlich eine ähnliche Qualität, wie sie eine Patientenakte wegen der grds. zu unterstellenden Körperverletzung hat.

Ein allgemeines Recht auf Akteneinsicht kennt die Kinder- und Jugendhilfe nicht. Das Akteneinsichtsrecht ist begrenzt auf das jugendhilfrechtliche Verwaltungsverfahren, z.B. die Entscheidung des Jugendamtes über die Gewährung einer Hilfe zur Erziehung. Durch Akteneinsicht wird „Waffengleichheit“ zwischen den Parteien hergestellt. Davon zu unterscheiden, ist das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Kinder, Jugendlichen und Eltern. Ihm wird durch das Recht auf Auskunft Rechnung getragen (Maas, 1992, S. 93; Mörsberger, in: Wiesner [Hrsg.], 2011, Anhang 4 § 83 SGB X Rdnr. 1). Die Beratungsfachkräfte müssen also auf Verlangen eines Betroffenen *erläutern*, was über ihn in der Beratungsdokumentation festgehalten worden ist (bke, 2008a, S. 280).

Auch hinsichtlich der Dauer der Aufbewahrung der Dokumentationen ergeben sich Unterschiede: Während für medizinische Behandlungen eine Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren gesetzlich vorgeschrieben ist (§ 630f Abs. 3 BGB), ergibt sich die Dauer der Speicherung erhobener Daten in der Erziehungsberatung aus den Kriterien der Erforderlichkeit und der Beeinträchtigung schutzwürdiger Interessen. Daten sind dann nicht mehr erforderlich, wenn eine Beratung (im Einvernehmen mit dem Ratsuchenden) beendet worden ist. Der Ratsuchende hat in diesem Fall die von ihm gewünschte Unterstützung erhalten und begehrt keine weitere Leistung mehr. Dies gilt für die große Mehrzahl aller Beratungen. Liegt „Nichtmehr-Erforderlichkeit“ der Speicherung vor, so „hat die Löschung von Amts wegen unverzüglich i.S.d. § 121 Abs. 1 Satz 1 BGB zu erfolgen“ (Seidel, in: Diering u.a., 2007, SGB X § 84 Rdnr. 5). Würden jedoch durch eine Löschung schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt, tritt an die Stelle der Löschung die Sperrung (§ 84 Abs. 3 Nr. 2 SGB X). Dies kommt in Betracht, wenn erkennbar erneut Beratung in Anspruch genommen werden wird, wenn die Unterstützung durch eine andere Leistung fortgesetzt wird oder wenn eine Risikoabschätzung zur Gefährdung des Kindeswohls vorgenommen worden ist (bke, 2008a, S. 284 f.).

Dieser Rechtslage steht § 630f BGB auch dann nicht entgegen, wenn Erziehungsberatung die Anforderungen des Behandlungsvertrages erfüllen müsste, denn der Gesetzgeber hat die Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren für Behandlungsdokumentationen konditioniert: Sie gilt „soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen“ (§ 630f Abs. 3 BGB). Dies ist z.B. für Röntgenbehandlungen (§ 28 Abs. 3 RÖV), Transplantationen (§ 15 Abs. 2 TPG) und Behandlungen mit radioaktiven Stoffen (§ 42 Abs. 1 StrlSchV) der Fall. Doch *andere Auf-*

bewahrungsfristen sind nicht zwangsläufig längere Aufbewahrungsfristen. Dies hat die Regierungsbegründung ausdrücklich festgehalten: „Soweit andere Vorschriften eine längere oder kürzere Aufbewahrungszeit vorsehen, bleiben diese unberührt“ (Deutscher Bundestag, 2012, S. 26). Die Sorge vieler approbierter Beratungsfachkräfte, für eine längere Aufbewahrung ihrer Dokumentationen Sorge tragen zu müssen, ist daher unbegründet.

■ Beweislastumkehr

Nach allgemeinem Recht muss derjenige, der einen ihm zugefügten Schaden ersetzt haben will, nachweisen, dass ihm der Schaden durch den Schädiger zugefügt worden ist. Dieser Grundsatz ist bezogen auf die Arzthaftung durch die Rechtsprechung schon bisher (entgegen § 280 Abs. 1 BGB) modifiziert worden (Jaeger, 2013, Rdnr. 401). Nun wurden durch § 630h BGB sechs Beweislastregeln gesetzlich definiert. Zum Teil kann der Behandelnde dazu den Gegenbeweis antreten (Jaeger 2013 Rdnr. 437).

Im Kontext psychotherapeutischer Maßnahmen wird insbesondere darauf hingewiesen, dass die Behandlungsdokumentationen vollständig und korrekt zu führen sind, da nicht durchgeführte Diagnosen oder nicht dokumentierte Interventionen zu einer Beweislastumkehr zulasten des Behandelnden führen können (für andere: Schopohl, 2013, S. 37). Dazu ist jedoch anzumerken, dass sich eine Haftung *allein* aus Verstoß gegen das nun kodifizierte Recht des Behandlungsvertrages nicht ergibt (Jaeger, 2013, Rdnr. 290, 299). Eine schlecht geführte Dokumentation zieht noch keine Haftung nach sich (Katzenmeier, 2013, S. 821; Walter, 2013, Rdnr. 226). Verstöße gegen das neu kodifizierte Vertragsrecht lösen weder ein Bußgeld noch eine Strafe aus. Die Haftung des Behandelnden setzt vielmehr – wie schon bisher – die Verwirklichung eines Delikts voraus (Walter, 2013, Rdnr. 253). „Anknüpfungspunkt ... ist ein feststehender Behandlungsfehler“ (Katzenmeier, 2013, ebd.; Jaeger, 2013, Rdnr. 299; Walter, 2013, Rdnr. 253) Nur dann, wenn dem Patienten tatsächlich ein Gesundheitsschaden entstanden ist, kann er Entschädigung verlangen. Dazu muss er nachweisen, dass das Tun des Behandelnden ursächlich war. Dieser Nachweis wird – bei tatsächlich vorliegendem Schaden – in Arzthaftungsprozessen durch das Patientenrechtgesetz erleichtert.

■ Beratung oder Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

Die Praxis der Erziehungsberatung unterscheidet sich, wie an der Konkretisierung der

Nebenpflichten zum Behandlungsvertrag zu sehen war, von den für „Behandlungen“ kennzeichnenden Handlungsabläufen. Das Modell des Behandlungsvertrages ist daher auch aus diesem Grund auf diese Beratung in der Jugendhilfe nicht anwendbar. Oder mutiert Beratung zur Behandlung, wenn Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten seelische Störungen nicht krankhafter Natur lindern? Zwei rechtliche Begrenzungen ihrer Tätigkeit sind dabei zu beachten.

Zwar sind Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Ärzten gleichgestellt, wenn sie Psychotherapie zum Zwecke der Heilbehandlung ausüben (§ 1 Abs. 1 PsychThG). Wobei als „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ... jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen *mit Krankheitswert (Hervorhebung durch den Autor)* (gilt), bei denen Psychotherapie indiziert ist“ (§ 1 Abs. 3 PsychThG). Damit sind nicht ärztliche Psychotherapeuten in ihrer Tätigkeit auf wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren begrenzt. Sie genießen nicht das Recht der „Kurierfreiheit“ wie Ärzte. Diese können auch andere, nicht wissenschaftlich anerkannte Verfahren zur Heilung ihrer Patienten einsetzen. Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) dagegen sind zur Anwendung nicht wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren nur berechtigt, wenn sie – zusätzlich zur Approbation – über eine Heilpraktikererlaubnis verfügen (Eichelberger, in: Spickhoff, 2011, Rdnr. 34).

Zudem ist die „heilkundliche Psychotherapie“, die den PP und den KJP durch das Psychotherapeutengesetz erlaubt wird, zu unterscheiden von „Tätigkeiten, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstiger Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (§ 1 Abs. 3 Satz 3 PsychThG). Die Behandlung seelischer Störungen nicht krankhafter Natur, die nach der Regierungsbegründung zum Patientenrechtgesetz in dessen Anwendungsbereich fallen soll (Deutscher Bundestag 2012, S. 17), liegt außerhalb des für Psychotherapeuten gesetzlich geregelten Tätigkeitsbereichs. Denn das Psychotherapeutengesetz ist kein Psychotherapiegesetz. Es regelt nicht, wer Psychotherapie ausüben darf, sondern wer Psychotherapie „zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“, unter der Berufsbezeichnung Psychotherapeut ausüben darf (§ 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG). Psychotherapeuten sind auch darin Ärzten nicht gleichgestellt. Sie unterliegen den Bestimmungen des Patientenrechtgesetzes daher nur insoweit als sie heilkundliche Psychotherapie ausüben.

In ihrer Tätigkeit in der Erziehungsberatung sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten durch das Patientenrechtgesetz nicht gebunden. Selbst im Falle seiner Anwendbarkeit wäre die Sorge vieler approbierter Beratungsfachkräfte, für eine längere Aufbewahrung ihrer Dokumentationen Sorge tragen zu müssen, entkräftet, denn § 630f BGB lässt *andere*, auch *kürzere* Regelungen zur Aufbewahrung von Dokumentationen ausdrücklich zu (siehe oben). Auch wird ein bloßer Verstoß gegen Dokumentationspflichten nicht geahndet.

■ Psychotherapie in der Erziehungsberatung

In den letzten Jahren ist eine intensive Debatte darüber geführt worden, ob Psychotherapie in der Erziehungsberatung zulässig ist. Schon früh hatte das Land Nordrhein-Westfalen das Konstrukt einer „nicht heilkundlichen Psychotherapie“ in der Erziehungsberatung eingeführt (MAGS, 1994, S. 6). Das Psychotherapeutengesetz hat Erziehungsberatung (und andere Felder der Institutionellen Beratung) abgrenzend als „psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (§ 1 Abs. 3 Satz 3 PsychThG) bezeichnet. Beide Formulierungen sind eher unglücklich.

Anknüpfend an das Psychotherapeutengesetz haben manche Jugendämter (kurzsichtig) Psychotherapie pauschal aus dem Feld der Jugendhilfe verbannt und Erziehungsberatungsstellen auf einen engdefinierten Auftrag der Beratung begrenzt. Dabei ist *historisch* die Entstehung der Erziehungsberatung aus der Psychotherapie übersehen und *systematisch* vernachlässigt worden, dass eine personenbezogene Beratung auf psychotherapeutischer Kompetenz gründet (bke, 1993).

Die Psychotherapie-Richtlinien (2004), die der Kostenträgerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung für heilkundliche Psychotherapie zugrunde liegen, grenzen zwar ausdrücklich eine „Psychotherapie“ ab, die „allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung dient“ (Ziff. D. 2.3). Aber sie stellen deren psychotherapeutischen Charakter nicht infrage. Ebenso stellt Jerouschek mit kritischem Blick auf die Formulierung „Aufarbeitung sozialer Konflikte“ in diesen Beratungsstellen fest: „Der Sache nach handelt es sich um *Psychotherapie nicht im Sinne des PsychThG*“ (2004, Rdnr. 20).

Schließlich haben Bundeskonferenz für Erziehungsberatung und Bundespsychotherapeutenkammer gemeinsam festgestellt: „Das Instrumentarium psychotherapeutischer Interventionen, das ausgebildet worden ist, um seelische Erkrankungen erfolgreich zu behandeln, (kann) auch zu anderen Zwecken eingesetzt werden.“ „Psychotherapie

in der Erziehungsberatung zielt ... darauf, das Wohl des Kindes zu fördern und die Erziehungsfähigkeit der Eltern zu stärken“ (bke; BPTK, 2008, S. 4).

Diese scheinbar die sozialrechtlichen Grenzen verwischenden Formulierungen haben ihre Grundlage in der Systematik des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2010). Danach sind zur Krankenbehandlung geeignete *Psychotherapieverfahren* gekennzeichnet durch eine „umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung“. Nur Psychotherapieverfahren können zur vertieften Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nach § 5 PsychThG) zugelassen werden. *Psychotherapiemethoden* zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert sind gekennzeichnet durch „eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung“. Solche vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten Methoden erweitern für spezifische Störungen das Handlungsspektrum der in einem Psychotherapieverfahren ausgebildeten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapietechnik* schließlich werden konkrete Vorgehensweisen genannt, „mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren erreicht werden sollen“ (2010, S. 4 f.).

Das beraterisch-therapeutische Handeln in der Erziehungs- und Familienberatung orientiert sich heute weder an einzelnen psychotherapeutischen Verfahren noch an störungsspezifisch anzuwendenden psychotherapeutischen Methoden, (die der Heilung einer krankheitswertigen Störung dienen). Insoweit ist Erziehungsberatung *keine* Psychotherapie und wird durch das Psychotherapeutengesetz (§ 1 Abs. 3 Satz 3 PsychThG) wie durch die Psychotherapie-Richtlinien (Ziff. D. 2.3) zu Recht abgegrenzt. Beraterinnen und Berater entnehmen jedoch den psychotherapeutischen Verfahren und Methoden jeweils ausgewählte Techniken, von denen sie im Einzelfall eine Wirksamkeit erwarten und die sie methoden- und verfahrensübergreifend miteinander kombinieren (Kurz-Adam, 1997, S. 163 f., 212). Um dies zu können, sollen die Beratungsfachkräfte noch immer über therapeutische Zusatzqualifikationen verfügen (§ 28 Satz 2 SGB VIII; BAGLJAE, 2005, S. 20; für andere: Schmid-Obkirchner, in: Wiesner [Hrsg.], 2011, § 28 Rdnr. 15, 16–17d). Insoweit *ist* Erziehungsberatung Psychotherapie – nur eben außerhalb der zu Zwecken der Heilkunde methodisch disziplinierten Form.

Erziehungsberatung verwendet darüber hinaus Techniken, um bei diesem Sprachgebrauch zu bleiben, die z.B. dem methodisch ausgebildeten

Verfahren der Mediation entnommen sind. In der Beratung werden dann „mediative Elemente“ angewendet. Ebenso kommen pädagogische Hilfen aus dem Repertoire der Pädagogik und Sozialpädagogik zum Einsatz. Erziehungsberatung integriert daher nicht nur unterschiedliche psychotherapeutische Techniken, sondern zugleich auch fachdisziplinübergreifende Handlungsansätze. Deshalb ist das orientierende Paradigma der Erziehungsberatung nicht mehr eine *methodisch* ausgerichtete Psychotherapie, sondern das *materielle* Paradigma des Wohls des Kindes und seiner Familie, nämlich der Förderung seiner Entwicklung und der Stärkung ihrer Erziehungsfähigkeit (bke, 2005a, S. 7; Menne, 2006a). Die Logik der seelischen und sozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im Kontext ihrer Familien mit den dabei auftretenden Problemen und Schwierigkeiten muss die Grundlage bilden für die Interventionen (Techniken) der Erziehungsberatung, die unterschiedlichen Fachdisziplinen entnommen sein können.⁵

■ Folgerungen

Die Durchsicht der gesetzlich definierten Anforderungen an einen Behandlungsvertrag hat verdeutlicht, dass als „medizinische Behandlung“ in erster Linie heilkundliche Leistungen zu verstehen sind, die von Ärzten erbracht werden. Auch heilkundliche Leistungen, die von anderen Heilberufen, insbesondere Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, erbracht werden, sind medizinische Behandlungen i.S.v. § 630a BGB. Darüber hinaus unterfällt allgemein die Anwendung medizinischer Kompetenz von Ärzten zu nicht heilkundlichen Zwecken dieser Rechtsnorm: Schönheitsoperationen, Sterilisationen, Beschneidungen und die Linderung seelischer Störungen nicht krankhafter Natur. Man kann auch sagen: Wenn Ärzte ihre medizinische Kompetenz nicht zur Heilung einsetzen, sondern zu anderen Zwecken, dann sollen sie dennoch an dieselben hohen Standards der Information, der Aufklärung, der Einholung der Einwilligung und der Dokumentation gebunden bleiben wie bei ihrer originär ärztlichen Tätigkeit.⁶ Die Standards werden nicht dadurch abgesenkt, dass die ärztliche Behandlung keine Heilung zum Ziel hat.

Die Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist ärztlicher Tätigkeit insoweit gleichgestellt als sie heilkundlichen Zwecken dient und dabei wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren verwendet. In der Erziehungsberatung erbringen KJP und PP dagegen „Psychotherapie außerhalb des PsychThG“ (Jerouschek).⁷ Dabei unterliegen sie aber nicht den gesetzlichen Vorgaben zum Behandlungsvertrag i.S.d. §§ 630a ff. BGB.

Selbst bei Anwendung des Behandlungsvertrages auf die Erziehungsberatung wären Beratungsdokumentationen nicht für zehn Jahre aufzubewahren. Denn § 630f BGB stellt ausdrücklich klar, dass Aufbewahrungsfristen, die nach anderen Vorschriften gelten, nicht berührt werden. Für die Erziehungsberatung bleiben daher die zentralen Kriterien, ob die erhobenen Daten zum Zweck der Beratung noch erforderlich sind und ob durch eine Löschung schutzwürdige Interessen der Betroffenen beeinträchtigt werden, bestehen.⁸

Schließlich hat die Durchsicht der Nebenpflichten zum Behandlungsvertrag (Informations- und Aufklärungspflicht, Einwilligungserfordernis, Dokumentation) deutlich gemacht, dass der medizinischen Behandlung ein anderes Verständnis der Handlungspraxis zugrunde liegt, als es sich in der Erziehungsberatung in Anwendung ihrer psychotherapeutischen Kompetenzen herausgebildet hat. Erziehungsberatung orientiert sich nicht zentral an einzelnen Methoden, sondern arbeitet methodenintegrativ und eklektizistisch. Sie muss daher als eine Leistung *sui generis* verstanden werden, die freilich in ihrer Spezifität, der beratenden Unterstützung des kindlichen Entwicklungsprozesses, noch der weiteren Explikation bedarf.

Das Patientenrechtegesetz verfolgt die Intention, die Rechtsposition von Bürgern zu stärken und diese Rechte ins Bewusstsein zu heben. Auch wenn die dortigen Vorschriften zum Behandlungsvertrag für die Erziehungsberatung nicht zur Anwendung kommen, so sollten die mit dem Patientenrechtegesetz verbundenen Intentionen auch in der Erziehungsberatung befolgt werden. Das betrifft die Information der Bürger über die Arbeitsweise der Beratungsstelle, die Beachtung des informationellen Selbstbestimmungsrechts der Ratsuchenden und die Art und Weise, in der Beratungsdokumentationen geführt werden. Die Beratungsdokumentation selbst sollte – wie die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung schon frühzeitig empfohlen hat – von den Fachkräften *aller* Fachrichtungen in der Erziehungsberatung so gestaltet sein,

5 Eben dies kennzeichnet den von Mrozynski notierten vermeintlichen Widerspruch zwischen einer Abkehr vom *methodischen* Paradigma der Psychotherapie und der gleichwohl zulässigen Verwendung psychotherapeutischer Techniken – nämlich im Kontext des *materiellen* Paradigmas des Wohls des Kindes (Mrozynski, 2009, § 28 Rdnr. 13).

6 Jaeger hebt hervor, dass gerade bei Schönheitsoperationen eine erhöhte Pflicht zur Aufklärung über Risiken besteht (Jaeger, 2013, Rdnr. 27).

7 Gleichwohl gilt ihre Tätigkeit auch dann als Anwendung der mit der Approbation erworbenen Kompetenzen, weshalb die Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer bestehen bleibt (bke, 2008b, S. 328).

8 Für Ärzte in der Erziehungsberatung hat die Rechtsberaterkonferenz der Bundesärztekammer mit Beschl. v. 13.12.1993 festgestellt, dass Daten, die sie in Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Erziehungsberatung aufgenommen haben, entsprechend § 84 SGB X zu löschen sind (bke, 2009, S. 289).

dass den Ratsuchenden nicht nur erläuternd Auskunft gegeben, sondern auch Akteneinsicht gewährt werden kann (bke, 1995, S. 65).

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAGLJÄ) (2005): *Das Fachkräftegebot des Kinder- und Jugendhilfegesetzes*.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1993): Stellungnahme zum Gutachten „Familie und Beratung“. In: bke (2000): *Grundlagen der Beratung*. Fürth, S. 267–277.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1995): Aktenführung in der Erziehungsberatung. In: bke (1997): *Rechtsfragen in der Beratung*. Fürth, S. 57–66. (Erste Fassung des bke-Hinweises zur Aktenführung. Die aktuelle Fassung findet sich in bke (2008).
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1999): *Qualitätsprodukt Erziehungsberatung. Empfehlungen zu Leistungen, Qualitätsmerkmalen und Kennziffern*. Hrsg. durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend als Heft 22 der Reihe: „Qs – Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe“. Bonn.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (2005a): Zur Beratung hochstrittiger Eltern. In: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, Heft 1/2005, S. 3–8.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (2005b): Erziehungsberatung und Psychotherapie. In: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, Heft 2/2005, S. 3–8.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (2008a): Aktenführung in der Erziehungsberatung. In: bke (2009): *Rechtsgrundlagen der Beratung*. Fürth, S. 277–288.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (2008b): Fachkräfte der Erziehungsberatung als Zeugen vor Gericht. In: bke (2009): *Rechtsgrundlagen der Beratung*. Fürth, S. 322–334.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (2009): *Rechtsgrundlagen der Beratung*. Fürth.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (2012a): Kinderschutz als Auftrag der Erziehungsberatung. In: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, Heft 1/2012, S. 3–13.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (2012b): Dokumentation von Gefährdungseinschätzungen. In: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, Heft 2/2012, S. 20–23.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (2013): Fachliche Standards für Beratung von Hochkonflikt-Familien im Kontext des FamFG. In: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, Heft 1/2013, S. 3–10.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke); Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2008): Psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungsberatung. Gemeinsame Stellungnahme. In: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, Heft 2/2008, S. 3–5.
- Bundesgerichtshof (1978): Urt. v. 22.02.1978, Az. 2 StR 373/77. In: *Neue Juristische Wochenschrift*, S. 1206–1207.
- Bundesverfassungsgericht (2006): *Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde eines im Maßregelvollzug Untergebrachten gegen die Verweigerung der Einsicht in seine Krankenunterlagen*: Urt. v. 09.01.2006, Az. 2 BvR 443/02. www.bverfg.de/entscheidungen/rk20060109_2bvr044302.html (Abruf am 22.06.2014).
- Deutscher Bundestag (2012): *Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten*. BT.-Drs. 17/10488. Berlin.
- Diering, Björn; Timme, Hinnerk; Waschull, Dirk (Hrsg.) (2007): *Sozialgesetzbuch X. Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – Lehr- und Praxiskommentar*. (LPK-SGB X). Baden-Baden.
- Esser, Günter u.a. (2011): *Forschungsmanual zum Entwicklungs-Check*. Potsdam. Unveröff. Manuskript.
- Gerth, Ulrich (2001): Befreiende Diagnosen. Systemische Diagnostik in der Erziehungsberatung. In: Menne, Klaus; Hundsalz, Andreas (Hrsg.) (2001): *Jahrbuch für Erziehungsberatung*. Bd. 4. Weinheim und München, S. 137–154.
- Gerth, Ulrich; Menne, Klaus (2010): Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) (2010): *Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht*. München, S. 829–924.
- Grundsätze (1973): Grundsätze für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen. In: bke (2000): *Grundlagen der Beratung*. Fürth, S. 309–317.
- Jaeger, Lothar (2013): *Patientenrechtegesetz. Kommentar zu §§ 630a bis 630h BGB*. Karlsruhe.
- Jans, Karl-Wilhelm; Happe, Günther; Saubier, Helmut; Maas, Udo (Hrsg.) (2013): *Kinder- und Jugendhilferecht*. Stuttgart.
- Jerouschek, Günter (2004): *Psychotherapeutengesetz*. München.
- Katzenmeier, Christian (2013): Das Patientenrechtegesetz. In: *Neue Juristische Wochenschrift*, Heft 12/2013, S. 817–823.
- Kurz-Adam, Maria (1997): *Professionalität und Alltag in der Erziehungsberatung*. Opladen.
- Lasse, Ulrich (2002): Psychotherapie in der Erziehungsberatung als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe. In: Hundsalz, Andreas; Menne, Klaus (Hrsg.) (2004): *Jahrbuch für Erziehungsberatung*. Bd. 5. Weinheim und München, S. 109–121.
- Laufs, Adolf; Kern, Bernd-Rüdiger (Hrsg.) (2010): *Handbuch des Arztrechts*. 4. Auflage. Berlin.
- Maas, Udo (1992): *Soziale Arbeit als Verwaltungshandeln*. Weinheim und München.
- Menne, Klaus (2006a): Beratung als Wächteramt. In: Weber, Matthias; Schilling, Herbert (Hrsg.) (2006): *Eskalierte Elternkonflikte*. Weinheim und München, S. 227–241.
- Menne, Klaus (2006b): Psychotherapie und Erziehungsberatung. In: *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, Heft 4/2006, S. 206–211.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (1994): *Psychosoziale Beratung. Regeln fachlichen Könnens*. Düsseldorf.
- Möller, Heide; Hausinger, Brigitte (2009): *Quo vadis Beratungswissenschaft?* Heidelberg.
- Mrozynski, Peter (2009): *SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar*. München.
- Psychotherapie-Richtlinien (2004): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. www.g-ba.de/downloads/62-492-713/PT-RL_2013-04-18.pdf. (Abruf am 21.06.2014).
- Scheuerer-Englisch, Hermann u.a. (2008): Testdiagnostik in der Erziehungsberatung. In: Scheuerer-Englisch, Hermann; Hundsalz, Andreas; Menne, Klaus (2008): *Jahrbuch für Erziehungsberatung*. Bd. 7. Weinheim und München, S. 129–150.
- Schopohl, Johannes (2013): *Patientenrechtegesetz*. Präsentation. PDF.
- Schulze, Ulrike M.E.; Fegert, Jörg M. (2007): Prävention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 2. überarb. Auflage. Bern, S. 223–232.
- Spickhoff, Andreas (Hrsg.) (2011): *Medizinrecht*. München.
- Stanko, Stephan (2014): Das Patientenrechtegesetz und seine Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis. In: *Psychotherapeutenjournal*, Heft 1/2014, S. 5–9.
- Wahlen, Karl (2011): Diagnostizieren in der Erziehungsberatung? In: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, Heft 2/2011, S. 10–17.
- Walter, Ute (2013): *Das neue Patientenrechtegesetz. Praxishinweise für Ärzte, Krankenhäuser und Patienten*. München.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. www.euro.who.int.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2006): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Unterzeichnet am 22.07.1946. Stand vom 07.03.2006.
- Wiesner, Reinhard (Hrsg.) (2011): *SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar*. München.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2010): *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG*. Version 2.8. www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf (Abruf am 08.05.2014).
- Wygotski, Lew S. (1987): *Ausgewählte Schriften*. Bd. 2. *Arbeiten zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit*. Berlin.