

Fragebogen zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung

Ihr Alter: <input type="text"/> Jahre	Ihr Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1. Approbation als: <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
2. Haben Sie eine Kassenzulassung?	... eine Ermächtigung?
<input type="checkbox"/> ja, voll <input type="checkbox"/> ja, 50% <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... einen Eintrag in das Arztregister ?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Für welche Verfahren haben Sie bei der KV eine Abrechnungsgenehmigung?	
<input type="checkbox"/> für kein Verfahren → Bitte weiter mit Frage 5	
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie.....	<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche <input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie.....	<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche <input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie.....	<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche <input type="checkbox"/> Gruppe
4. Bei Abrechnungsgenehmigungen für Erwachsene UND Kinder/Jugendliche:	
Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenbehandlungen beträgt in etwa %	
5. Arbeiten Sie in freier Praxis ohne Kassenzulassung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Psychotherapieverfahren, das zur Approbation führte	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> weitere Verfahren <input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie
6. Wenn Sie mit Erwachsenen UND Kindern/Jugendlichen arbeiten:	
Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenbehandlungen beträgt in etwa %	
7. Wie viele Wochen haben Sie im letzten Jahr insgesamt gearbeitet (d.h. ohne Urlaub, Krankheit, Fortbildungen, Kongresse, etc.)?	ca. <input type="text"/> Wochen
8. Wie viele Stunden haben Sie dabei etwa durchschnittlich pro Woche gearbeitet?	ca. <input type="text"/> Std/Wo
9. Ausgehend von Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit im letzten Jahr: wie haben sich diese 100 % in etwa auf die folgenden Bereiche verteilt?	
<input type="checkbox"/> % alleine in eigener Praxis	<input type="checkbox"/> % in einer Beratungsstelle
<input type="checkbox"/> % freiberuflich in Praxengemeinschaft, Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/> % in einer stationären Einrichtung
<input type="checkbox"/> % angestellt in einer Praxis	<input type="checkbox"/> % in einer Institutsambulanz
<input type="checkbox"/> % sonstiges (bitte angeben):	
10. Wie hoch war im letzten Jahr in etwa der Anteil der von Ihnen behandelten Patienten, deren Psychotherapie über folgende Wege finanziert wurde? (GKV: gesetzliche Krankenversicherung)	
<input type="checkbox"/> % GKV im Rahmen der PT-Richtlinien	<input type="checkbox"/> % GKV im Rahmen der Kostenerstattung
<input type="checkbox"/> % private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> % Selbstzahler
<input type="checkbox"/> % sonstiges (bitte angeben): <input style="width: 50px;" type="text"/>	

11. Wie hoch war der Gesamtstundenumfang der letzten 5 von Ihnen durchgeführten ambulanten Psychotherapien (abgeschlossene Behandlungen)?

Patient 1: Std. Patient 2: Std. Patient 3: Std. Patient 4: Std. Patient 5: Std.

12. Behandeln Sie Patienten mit folgenden besonderen Merkmalen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Patienten mit Borderline-Störungen | <input type="checkbox"/> Patienten mit AHDS |
| <input type="checkbox"/> Patienten mit Psychosen | <input type="checkbox"/> ältere Patienten (60+) |
| <input type="checkbox"/> Patienten mit geistigen Behinderungen | <input type="checkbox"/> Patienten aus niedriger (Bildungs-)Schicht |
| <input type="checkbox"/> Patienten mit <input type="text"/> (bitte angeben) | |

13. Falls Sie eine ambulante Praxis haben oder in einer ambulanten Praxis mitarbeiten:

Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen (13-22) bezogen auf das Jahr 2011 **Schätzungen in Stunden pro Monat** (= 4 x 1 Woche) an (Bitte machen Sie Angaben in Bezug auf einen durchschnittlichen regulären Arbeitsmonat ohne Feiertage/Urlaub/Krankheit; kleinste Einheit: halbe Stunden, z.B. 7,5 Std).

In welchem Umfang etwa...

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------------|
| 14. ... haben Sie probatorische Sitzungen durchgeführt? | bei erwachsenen Patienten | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| | bei Kindern/Jugendlichen | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| 15. ... haben Sie <u>einzel</u> therapeutische Sitzungen (ohne probatorische Sitzungen) durchgeführt? | bei erwachsenen Patienten | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| | bei Kindern/Jugendlichen | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| 16. ... haben Sie 10-minütige psychotherapeutische Gespräche gem. EBM-Ziffer 23220 durchgeführt? | bei erwachsenen Patienten | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| | bei Kindern/Jugendlichen | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| 17. ... haben Sie <u>gruppen</u> therapeutische Sitzungen (ohne probatorische Sitzungen) durchgeführt? | bei erwachsenen Patienten | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| | bei Kindern/Jugendlichen | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| 18. Wie viele Therapiestunden wurden von Ihren Patienten durchschnittlich kurzfristig, z.B. aus Krankheitsgründen o.ä., abgesagt? | | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| 19. Bei wie vielen der kurzfristig abgesagten Sitzungen handelte es sich um tatsächliche Stundenausfälle (d.h. Sie konnten sie nicht an andere Patienten (weiter-)vergeben)? | | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| 20. Wie viele Stunden haben Sie pro Monat für das Abfassen von Berichten an Gutachter oder Kostenträger etc. (z.B. Kassenanträge) verwandt? | | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| 21. Wie viele Stunden haben Sie pro Monat für sonstige Verwaltungsaufgaben (z.B. Telefonate, Dokumentation) verwandt? | | ca. <input type="text"/> Std/Mo |
| 22. Wie viele Stunden haben Sie pro Monat für sonstige Aufgaben (z.B. Supervision, Intervention) verwandt? | | ca. <input type="text"/> Std/Mo |

23. Wie lange ist Ihre derzeitige durchschnittliche Wartezeit ... auf ein Erstgespräch Wochen
... auf einen Therapieplatz Wochen

24. Für PP/KJP mit KV-Zulassung: Kommt es in der letzten Zeit vor, dass Ihre Anträge auf Richtlinienpsychotherapie weder voll befürwortet noch abgelehnt werden, d.h. nur ein Teil des möglichen Kontingentes (z.B. 10 von 25 beantragten Stunden) vom Gutachter bewilligt wird? ja nein
- falls ja, wie häufig im letzten halben Jahr? ca. mal
- falls ja, wie häufig davor? (Bitte Schätzung der 2 Jahre davor) ca. mal

25. In welchem Stadt-/Landkreis liegt Ihre Praxis/die Praxis, in der Sie arbeiten (bitte Stadt-/Landkreiskürzel des KFZ-Kennzeichens angeben)

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!