



**Kooperation mit Ärzten**  
Die Fragen 24 bis 27 im folgenden Abschnitt beziehen sich auf die *letzten 10 Patienten*, die Sie zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens mit mindestens einem persönlichen Kontakt behandelt haben. Wir bitten Sie, für *jeden der Patienten* anzugeben, ob eine Kooperation mit dem Hausarzt/Facharzt notwendig war, stattgefunden hat, und – wenn ja – wie zufrieden Sie mit der Kooperation waren. Am besten gehen Sie so vor, dass Sie für jeden Ihrer letzten 10 Patienten alle Fragen nacheinander beantworten.

**24. Kooperation mit Hausärzten/Kinderärzten**

Hausarzt/Kinderarzt	Raum für Strichlisten	Insgesamt
Eine Kooperation war/ist notwendig.		
Eine Kooperation fand/findet statt.		
Sofern eine Kooperation stattgefunden hat:		
a) Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren <i>unzufrieden</i> .		
b) Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation <i>unzufrieden</i> .		
c) Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung <i>unzufrieden</i> .		

**25.** Wenn ich die Kooperation mit den Hausärzten/Kinderärzten verbesserungswürdig finde:  
Die Hausärzte/Kinderärzte könnten zu einer Verbesserung der Kooperation beitragen, indem sie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ich als Psychotherapeutin/Psychotherapeut könnte zu einer Verbesserung der Kooperation beitragen, indem ich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**26. Kooperation mit Fachärzten:**

Psychiater/Nervenarzt	Raum für Strichlisten	Insgesamt
Eine Kooperation war/ist notwendig.		
Eine Kooperation fand/findet statt.		
Sofern eine Kooperation stattgefunden hat:		
a) Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren <i>unzufrieden</i> .		
b) Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation <i>unzufrieden</i> .		
c) Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung <i>unzufrieden</i> .		

**27.** Wenn ich die Kooperation mit den Psychiatern/Nervenärzten verbesserungswürdig finde:  
Die Psychiater/Nervenärzte könnten zu einer Verbesserung der Kooperation beitragen, indem sie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ich als Psychotherapeutin/Psychotherapeut könnte zu einer Verbesserung der Kooperation beitragen, indem ich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Die Frage 28 bezieht sich nur auf abgeschlossene (beendete oder abgebrochene) Psychotherapien bzw. auf solche Behandlungen, bei denen nur probatorische Sitzungen oder eine biographische Anamnese durchgeführt wurden.

**28. Beantragte und benötigte Therapiekontingente**

Bitte machen Sie für jede der letzten 5 abgeschlossenen Behandlungen (einschließlich solcher, bei denen nur probatorische Sitzungen bzw. eine biographische Anamnese stattfand) getrennte Angaben!

	Patient bzw. abgeschlossene Therapie				
	1	2	3	4	5
Wieviele Sitzungen waren genehmigt? <i>(bitte Anzahl eintragen!)</i>					
Wieviele Sitzungen davon wurden insgesamt durchgeführt? <i>(bitte Anzahl eintragen!)</i>					
Es fanden nur probatorische Sitzungen bzw. eine biographische Anamnese statt. <i>(bitte ankreuzen, wenn ja!)</i>					
Falls das Höchstkontingent ausgeschöpft wurde – war dieses Kontingent ausreichend? <i>(bitte ankreuzen, wenn ja!)</i>					
Erfolgte nach dem Ende der Therapie eine niederfrequente Weiterbehandlung mit EBM-Leistungen (z.B. Nr.23220, übende Verfahren usw.)? <i>(bitte ankreuzen, wenn ja!)</i>					
Erfolgte nach dem Ende der Therapie eine niederfrequente Weiterbehandlung als Privatbehandlung? <i>(bitte ankreuzen, wenn ja!)</i>					
Der Behandlungszeitraum (vom Erstgespräch bis zum letzten Kontakt) betrug insgesamt. <i>(bitte tragen Sie für jeden Patienten die entsprechende Anzahl der Monate ein!)</i>					

**Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?**

Hier finden Sie Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Herzlichen Dank für Ihre Mühe!**

Bitte den ausgefüllten Fragebogen falten und in dem beiliegenden Rückumschlag portofrei zurücksenden.

Leitung: **Deutsche PsychotherapeutenVereinigung**  
Bundesgeschäftsstelle  
Am Karlsbad 15  
10785 Berlin



**Erhebung der DPtV zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung**

**Persönliche Daten der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten**

1. Alter: \_\_\_\_\_

2. Geschlecht:  männlich  weiblich

**Praxis- und Behandlungsdaten**

3. Praxis seit dem Jahre: \_\_\_\_\_ Approbation im Jahre: \_\_\_\_\_  
Zulassung seit dem Jahre: \_\_\_\_\_ KV: \_\_\_\_\_

4. Ich bin approbiert als: *(Mehrfachnennungen möglich!)*  
 Psychologischer Psychotherapeut/Psychologische Psychotherapeutin  
 mit zusätzlicher Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
  
Der Anteil der Kinder-u. Jugendlichenbehandlungen an den Gesamtbehandlungen beträgt etwa \_\_\_\_\_%.  
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

5. Ich habe einen Fachkundenachweis in: *(Mehrfachnennungen möglich!)*  
 Verhaltenstherapie  
 Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie  
 Analytischer Psychotherapie

6. Ich habe zusätzlich Abrechnungsgenehmigungen in: *(Mehrfachnennungen möglich!)*  
 Gruppentherapie  
 Übende und suggestive Techniken, nämlich:  
 Autogenes Training  
 Progressive Muskelrelaxation  
 Hypnose

7. Ich biete Gruppentherapie als Kassenleistung an:  
 ja *(weiter mit Frage 9)*  
 nein

8. Wenn nein:  
 Aufgrund der fehlenden Abrechnungsgenehmigung in Gruppenpsychotherapie  
 Aus Mangel an organisatorischen Möglichkeiten  
 Nicht genügend Patienten  
 Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

9. Ich bin tätig in...  
 ...einem ländlichen Gebiet/Dorf (bis 5.000 Einwohner)  
 ...einer Kleinstadt (5.000–20.000 Einwohner)  
 ...einer Mittelstadt (20.000–100.000 Einwohner)  
 ...einer Großstadt (über 100.000 Einwohner)



**10. Form der Tätigkeit:**

- in einer eigenen Praxis als Einzelpraxis
- in einer eigenen Praxis in einer Praxisgemeinschaft
- als Partner in einer Gemeinschaftspraxis (auch Jobsharing)
- freiberuflich in einem Medizinischen Versorgungszentrum
- angestellt in einem Medizinischen Versorgungszentrum
- angestellt als Assistent in einer psychotherapeutischen Praxis
- angestellt oder auf Honorarbasis im Rahmen einer Entlastungsassistenz/Sicherstellungsassistenz
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**11. Ich versorge Patienten im Rahmen eines Selektivvertrages (nach § 73c)**

- ja, Umsatzanteil am Gesamtumsatz ca. \_\_\_\_\_%
- nein

**12. Ich versorge Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung (nach §140a)**

- ja, Umsatzanteil am Gesamtumsatz ca. \_\_\_\_\_%
- nein

**13. Ich behandle auch Patienten im Rahmen eines Disease-Management-Programms (DMP)**

- ja, welches DMP: \_\_\_\_\_ Wie viele Patienten sind in laufender Behandlung: \_\_\_\_\_
- nein, weil...
  - ...ich darüber zu wenig informiert bin.
  - ...ich keine Kapazitäten dafür frei hätte.
  - ...ich kein fachliches Interesse an einer Mitarbeit im Rahmen eines DMP habe.
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_

**14. Ich biete heilberufliche Leistungen für gesetzlich versicherte Patienten an („individuelle Gesundheitsleistungen“ bzw. „iGel“), die ich privat berechne (nicht jedoch Tätigkeiten wie z.B. Coaching, Dozententätigkeit usw):**

- Ja, und zwar:
  - Selbsterfahrungsgruppen
  - Selbstsicherheitstraining
  - Stressbewältigung
  - Entspannungsverfahren
  - Raucherentwöhnung
  - Gruppentherapie begleitend zur Einzeltherapie (die ich über die KV abrechne)
  - Anschlussbehandlungen an eine Richtlinienpsychotherapie, wenn eine Psychotherapie als Kassenleistung nicht mehr indiziert ist
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mein Umsatz aus diesen Leistungen beträgt ca. \_\_\_\_\_% des Gesamtumsatzes aus meiner Praxistätigkeit

- Nein, weil... (Mehrfachnennungen möglich!)
  - ...ich dies als schädlich für die therapeutische Beziehung betrachten würde
  - ...ich nicht genügend Patienten habe, die dafür zahlen würden
  - ...ich neben den Heilbehandlungen keine Kapazitäten frei habe
  - ...diese Leistungen auch von anderen Stellen angeboten werden
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_

**15. Ich gehe neben meiner psychotherapeutischen Praxistätigkeit einem Nebenerwerb nach.**

- Ja
- nein (weiter mit Frage 16)

Wenn ja:  
 Der Umsatzanteil der Nebentätigkeit am Gesamtumsatz beträgt ca. \_\_\_\_\_%  
 Welcher Art von Nebenerwerb gehen Sie nach? (Mehrfachnennungen möglich!)

- Psychotherapie in einer Einrichtung (z.B. Beratungsstelle)
- Coaching/Beratung
- Supervision
- Mediation
- Dozententätigkeit
- Gutachtertätigkeit
- berufs fremde freiberufliche/angestellte Tätigkeit
- Sonstiges: \_\_\_\_\_



**Aufnahmesystem**

**16. Ich gehe derzeit folgendermaßen mit Anfragen von Patienten um, denen nicht sofort ein Therapieplatz angeboten werden kann: (Mehrfachnennungen möglich!)**

- Abweisen
- Abweisen und Empfehlung eines Kollegen /-in
- Verweis auf Therapieplatzauskunft (z.B. der KV, der Kammer oder eines Verbandes)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Ich führe eine Warteliste für ein Erstgespräch
  - ja (weiter mit Frage 17)
  - nein (weiter mit Frage 18)

**17. Wenn ja:** Die Wartezeit fürs Erstgespräch (erste probatorische Sitzung bzw. anamnestisches Gespräch) beträgt im Durchschnitt: \_\_\_\_\_ Tage

**18. Wenn nein:** Ich führe keine Warteliste, weil...

- ...ich \_\_\_\_\_ freie Plätze habe
- ...auch längerfristig keine Plätze frei sind
- ...sich das System nicht bewährt hat
- Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

**19. Ich absolviere in meinen Arbeitswochen im Durchschnitt...**

- ...0 bis 5 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...5 bis 10 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...11 bis 15 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...16 bis 20 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...21 bis 25 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...26 bis 30 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...31 bis 35 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...36 bis 40 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche

Bei durchschnittlich \_\_\_\_\_ Arbeitswochen im Quartal (Jahresdurchschnitt)

**Versicherungsstatus der Patienten**  
 Die folgende Frage bezieht sich auf *alle Patienten des 4. Quartals 2009*, bei denen mindestens ein Kontakt stattgefunden hat. Wir bitten Sie, Ihrer Dokumentation und Abrechnung die behandelten Patienten zu entnehmen und für jeden Patienten die Versicherungsart anzugeben.

**20. Anzahl der Patienten im 4. Quartal 2009:**

	Raum für Strichlisten	Insgesamt
gesetzlich versichert		
privat versichert und/oder beihilfeberechtigt		
Selbstzahler		

**Sozioökonomische Patientendaten**  
 Die Fragen in diesem Abschnitt (Fragen 21 bis 23) beziehen sich auf *die letzten 10 Patienten*, die Sie zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens mit mindestens einem persönlichen Kontakt behandelt haben. Wir bitten Sie, für jeden der Patienten die notwendigen Daten anhand Ihrer Dokumentation bzw. Abrechnung zu ermitteln. Am besten gehen Sie so vor, dass Sie für jeden der 10 Patienten alle Fragen nacheinander beantworten.

**21. Alter und Geschlecht der letzten 10 Patienten:**

Weibliche Patienten	Raum für Strichlisten	Insgesamt	Männliche Patienten	Raum für Strichlisten	Insgesamt
bis 21 Jahre			bis 21 Jahre		
22–30 Jahre			22–30 Jahre		
31–40 Jahre			31–40 Jahre		
41–50 Jahre			41–50 Jahre		
51–60 Jahre			51–60 Jahre		
61–70 Jahre			61–70 Jahre		
71–80 Jahre			71–80 Jahre		
81–90 Jahre			81–90 Jahre		



Bei den Fragen 22 A) bis C) bitten wir Sie, zwischen behandelten erwachsenen Patienten und Kindern/Jugendlichen zu unterscheiden. Bei behandelten Kindern /Jugendlichen bezieht sich die Frage jeweils auf ein Elternteil. Wenn Sie *nur erwachsene Patienten* bzw. *nur Kinder* behandeln, füllen Sie bitte jeweils *nur die eine entsprechende Spalte* der Tabellen A) bis C) aus. Sollten Sie *Erwachsene und Kinder/Jugendliche* behandeln, füllen Sie bitte *beide Spalten* aus.

**22. Sozioökonomischer Status der Patienten bzw. eines Elternteils des behandelten Kindes:**  
 Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort für *jeden* der Patienten an!

**A) Höchster formaler Bildungsabschluss der Patienten bzw. des Elternteils mit dem höchsten Bildungsabschluss:**

	Raum für Strichliste Erwachsene Patienten	Insgesamt	Raum für Strichliste Elternteil des behandelten Kindes	Insgesamt
ohne Abschluss				
Sonderschulabschluss				
Hauptschulabschluss				
mittlere Reife/Realschulabschluss				
Fachhochschulreife				
Abitur				
Hochschul-/Fachhochschulabschluss				
Unbekannt/Sonstiges:				

**Wenn berufstätig:** Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort für *jeden* der *berufstätigen* Patienten an!

**B) Umfang der Berufstätigkeit der Patienten bzw. des Elternteils mit der höchsten Arbeitszeit zu Beginn der Behandlung:**

	Raum für Strichliste Erwachsene Patienten	Insgesamt	Raum für Strichliste Elternteil des behandelten Kindes	Insgesamt
Erwerbstätig in Teilzeit (10–35 h/Woche) oder Minijob				
Erwerbstätig in Vollzeit (über 35 h/Woche)				
Geringfügige Beschäftigung (400-Euro/Ein-Euro-Jobs)				

**C) Berufliche Stellung der Patienten bzw. des Elternteils mit der höchsten beruflichen Stellung:**  
 Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort für *jeden* der Patienten an!

	Raum für Strichliste Erwachsene Patienten	Insgesamt	Raum für Strichliste Elternteil des behandelten Kindes	Insgesamt
Arbeiter/Arbeiterin				
Angestellte/r				
Beamter/Beamtin				
Selbständige/e				
Versorgung der Familie/Haushalt				
Mutterschutz/Elternzeit				
Schüler/in				
Student/in				
Auszubildende/r				
Frührentner/in				
Rentner/Pensionär				
Erwerbslos /Ein-Euro-Job				
Sonstiges:				

**23. Art der ursprünglichen Zuweisung der Patienten:** Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort für *jeden* der Patienten an!

	Raum für Strichlisten	Insgesamt
Zuweisung durch den Hausarzt/Kinderarzt		
Zuweisung durch Psychiater/Nervenarzt		
Zuweisung durch andere Ärzte		
Zuweisung durch stationäre Einrichtung		
Zuweisung durch Beratungsstelle		
Selbstzuweisung		
Empfehlung durch Freunde/Bekannte		
Sonstiges:		