

P-CODE:

DATUM:

THERAPEUT(IN):

Dokumentation Therapieabschluss

(einschließlich vorzeitiger Beendigung)

1. Basisdaten Therapeut/-in

Verfahren 1 VT 2 TP **Ausbildungsjahrgang** _____

Geschlecht 1 männlich 2 weiblich

Setting 1 Einzel 2 Gruppe 3 KiJu

2. Basisdaten Patient/-in

Geschlecht 1 männlich 2 weiblich **Geburtsdatum** _____

3. Angaben zur Therapie

Erste Therapiesitzung (nach bewilligtem Antrag) am... _____

Letzte Therapiesitzung am... _____

Bewilligte Sitzungen (Anzahl) _____ **Durchführte Sitzungen** _____

4. Diagnostik

Diagnose/-n (bitte im Format Fxx.xx mit Grad der Absicherung G, V bzw. DD oder Z angeben)

im Erstantrag lt. Bericht an Gutachter/-in _____

Diagnose(n) mit einem klinischen Interview abgesichert (z. B. SKID, DIPS)? 1 ja 2 nein

ggf. im 1. Fortführungsantrag lt. Bericht an Gutachter/-in _____

Diagnose(n) mit einem klinischen Interview abgesichert (z. B. SKID, DIPS)? 1 ja 2 nein

ggf. im 2. Fortführungsantrag lt. Bericht an Gutachter/-in _____

Diagnose(n) mit einem klinischen Interview abgesichert (z. B. SKID, DIPS)? 1 ja 2 nein

Wurde die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik (DP-4 und DP-5 bzw. DP-7 bei vorzeitiger Beendigung) durchgeführt?

ja, folgende Fragebögen wurden durch Patient/-in ausgefüllt und von mir ausgewertet:

Kürzel	Name	Dauer (Min.)	bitte markieren (*)
DP-4	Diagnostisches Paket 4.x (mehrfacher Einsatz im Therapieverlauf, Abrechnung nicht möglich)	-	_____ -mal
WAI-SR/TBZI-KT	Working Alliance Inventory/Kompetenzskala	10	<input type="checkbox"/>
LOT-R	Life-Orientation Test (revised)	5	<input type="checkbox"/>
WHO-QoL-BREF	WHO-Quality of Life Index	5	<input type="checkbox"/>
FEP-2	Fragebogen zur Evaluation von Therapien	20	<input type="checkbox"/>
ISR	ICD-10 Symptomrating	20	<input type="checkbox"/>
OPD-SFK	OPD-Strukturfragebogen-Kurzform	10	<input type="checkbox"/>
IIP-32	Inventar Interpersoneller Probleme	20	<input type="checkbox"/>
BASS	Beliefs About Stress Scale	10	<input type="checkbox"/>
BDI-II	Beck Depressionsinventar	15	<input type="checkbox"/>
BVB-09	Bochumer Veränderungsfragebogen	20	<input type="checkbox"/>
INEP	Inventar zur Erfassung Negativer Effekte	15	<input type="checkbox"/>
gesamt	DP-5 bzw. DP-7 (max. 150 Minuten)	_____ Minuten	

(*) Die Diagnostik kann jeweils nur dann abgerechnet werden, wenn im Fragebogen mindestens 2/3 der Items beantwortet wurden.

Die Excel-Auswertungsmatrix und ausgefüllte diagnostische Pakete DP-4, DP-5 bzw. DP-7 wurden von mir abgegeben bzw. per E-Mail eingeschickt am _____.

nein, DP-4 und DP-5 bzw. DP-7 wurden nicht ausgefüllt / nicht von mir ausgewertet.

Falls kein klinisches Interview geführt / kein DP-4 oder DP-5/DP-7 eingesetzt: Was waren die Gründe dafür?

5. Art der Beendigung

- 1 **regulär aufgrund konsensueller Planung**
- 2 **keine weitere Kostenübernahme**
- 3 **vorzeitige Beendigung**, falls ja, bitte geben Sie den Grund der vorzeitigen Beendigung an:
 - 1 keine Indikation (mehr) für Richtlinien-Psychotherapie (z. B. Symptomatik nach Antragspause nur noch minimal etc.)
 - 2 Unzufriedenheit oder Zweifel des Patienten / der Patientin am therapeutischen Konzept
 - 3 Patient/-in ist unzufrieden mit Merkmalen des Therapeuten / der Therapeutin
 - 4 interaktionelle Probleme (z. B. Aggressivität, Passivität, Übergriffigkeit)
 - 5 mangelnde Motivation des Patienten / der Patientin trotz klarer Behandlungsindikation
 - 6 Patient/-in entscheidet sich ohne Angabe von Gründen für ein anderes ambulantes Therapieangebot
 - 7 Patient/-in beurteilt Therapiefortschritt als zu gering
 - 8 Patient/-in ist nicht mehr zu erreichen
 - 9 Patient/-in entscheidet sich gegen den Rat des Therapeuten / der Therapeutin aufgrund von geringem Leidensdruck / verbesserter Symptomatik, die Therapie nicht fortzuführen
 - 10 Patient/-in führt ambulante Therapie nach stationärer Behandlung trotz vorheriger Vereinbarung ohne Angabe von Gründen nicht weiter
 - 11 Es ist mit dem Patienten / der Patientin keine zuverlässige Termingestaltung möglich, bzw. Absprachen werden nicht eingehalten (Pünktlichkeit, Intoxikation)
 - 12 Therapeut/-in empfiehlt aus fachlichen Gründen alternatives Therapieangebot (z. B. stationärer Aufenthalt)
 - 13 zwischenzeitliches Ereignis (z. B. Erkrankung, Unfall, Schwangerschaft etc.) erfordert aktuelle Beendigung der Therapie
 - 14 Tod des Patienten / der Patientin, falls ja: Ursache _____
 - 15 Wohnortwechsel des Patienten / der Patientin
 - 16 glaubhafte terminliche Gründe
 - 17 Therapie kann aus internen organisatorischen Gründen nicht weitergeführt werden

Anmerkungen

6. Behandlungsunterbrechungen (von mindestens 3 Monaten)

1 nein, keine Unterbrechungen 2 ja, Anzahl _____ Dauer _____

falls ja: Was waren die Gründe für die Behandlungsunterbrechung(en)?

7. Angaben zum Verlauf

Im Vergleich zum Therapiebeginn geht es der Patientin / dem Patienten gegenwärtig...

viel schlechter	etwas schlechter	keine Veränderung	etwas besser	viel besser
1	2	3	4	5

Welche weitere Prognose geben Sie Ihrem Patienten / Ihrer Patientin?

sehr ungünstig	ungünstig	mittelmäßig	günstig	sehr günstig
1	2	3	4	5

Wenn Sie den jetzigen Gesundheitszustand der Patientin / des Patienten mit dem zu Beginn vergleichen, wie würden Sie dann Folgendes beurteilen?

		viel besser	etwas besser	unverändert	etwas schlechter	viel schlechter
1	ihren/seinen Gesundheitszustand insgesamt	1	2	3	4	5
2	ihre/seine seelisch-emotionale Verfassung	1	2	3	4	5
3	ihre/seine körperliche Verfassung	1	2	3	4	5
4	ihr/sein Allgemeinbefinden	1	2	3	4	5
5	ihre/seine Leistungsfähigkeit	1	2	3	4	5

Hat ein Therapeutenwechsel stattgefunden?

1 nein, kein Wechsel 2 ja, falls ja: Was waren die Gründe für den Wechsel?

8. Arbeitsbeziehung und Zielerreichung

Qualität der Therapeutischen Arbeitsbeziehung (HAQ-F)

Bitte schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem Patienten / zu Ihrer Patientin anhand der unten aufgeführten Aussagen ein. Wählen Sie bitte eine der folgenden Abstufungen.

		sehr zutreffend	zutreffend	wahrscheinlich zutreffend	wahrscheinlich unzutreffend	unzutreffend	sehr unzutreffend
1	Ich habe den Eindruck, dass ich meinem Patienten / meiner Patientin helfen konnte.	1	2	3	4	5	6
2	Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meinem Patienten / meiner Patientin geholfen hat.	1	2	3	4	5	6
3	Ich habe den Eindruck, dass mein Patient / meine Patientin einige neue Einsichten gewonnen hat.	1	2	3	4	5	6
4	Ich habe den Eindruck, dass sich mein Patient / meine Patientin seit der Behandlung besser fühlt.	1	2	3	4	5	6
5	Ich habe den Eindruck, dass mein Patient / meine Patientin die Probleme nun bewältigen kann, wegen derer er/sie zur Behandlung kam.	1	2	3	4	5	6
6	Ich habe den Eindruck, dass ich für meinen Patienten / meine Patientin verlässlich war.	1	2	3	4	5	6
7	Ich habe den Eindruck, dass ich meinen Patienten / meine Patientin verstanden habe.	1	2	3	4	5	6
8	Ich habe den Eindruck, dass ich mich dafür eingesetzt habe, dass mein Patient / meine Patientin seine/ihre Ziele erreicht.	1	2	3	4	5	6
9	Ich habe den Eindruck, dass mein Patient / meine Patientin mit mir gemeinsam an einem Strang gezogen hat.	1	2	3	4	5	6

ggf. **persönliche Anmerkungen**

Allgemeine Einschätzung der Therapiezielerreichung

vollkommen erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	weiter vom Ziel entfernt als zuvor
3	2	1	0

Wenn Sie sich für Ihre Behandlung eine Schulnote geben müssten, welche würden Sie wählen? (bitte ankreuzen)

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6

9. Nachfolmaßnahmen/Überweisung

Mit der Patientin / dem Patienten wurde vereinbart, dass folgende Weitervermittlung stattfinden soll:

1 keine

2a ambulante Psychotherapie extern

TP VT PA sonstige

2b ambulante Psychotherapie im Hause:
Folgende Kollegin / folgender Kollege
soll die Therapie weiter führen:

3 stationäre Psychotherapie/Psychosomatik

4 ambulante psychiatrische Behandlung

5 stationäre psychiatrische Behandlung

6 Rehabilitationsmaßnahme

7 ambulante Rehabilitation/Nachsorge

8 Selbsthilfegruppe/-organisation

9 psychosozialer Dienst / psychosoziale
Einrichtung

10. Supervision

Der Supervisor / die Supervisorin dieses Falles war _____ .

Kurze **Stellungnahme des Supervisors / der Supervisorin** zum Patienten (nur bei vorzeitiger Beendigung nötig).

Berlin, _____
Datum

Unterschrift **Supervisor/-in**

Berlin, _____
Datum

Unterschrift **Therapeut/-in**