

Checkliste: QS AmbPT

Vor Beginn der Psychotherapie: Anforderungen nach PatRG/ Berufsordnung erfüllen (P/B) ¹		
P/B 1	Patient*in informiert und mündlich aufgeklärt, was eine Psychotherapie ist. Dazu wurde das Informationsblatt „Was ist Psychotherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) schriftlich ausgeteilt. Materialien: <input type="checkbox"/> DGVT-Broschüre „Was ist Psychotherapie“ und <input type="checkbox"/> Aufklärungsbogen (Anlage 1 zum DGVT-BV-Behandlungsvertrag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum</u> ² : _____
P/B 2	Patient*in wurde informiert und mündlich aufgeklärt, welche Diagnose(n) der/die Psychotherapeut*in in der Behandlung zugrunde legt und mit welchen diagnostischen Methoden er/sie zu dieser Diagnose gelangt ist.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum</u> : _____
P/B 3	Patient*in wurde informiert und mündlich aufgeklärt darüber, wie lange die Therapie voraussichtlich dauern wird	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum</u> : _____
P/B 4	Patient*in wurde informiert und mündlich aufgeklärt, für wie dringlich und notwendig der/die Psychotherapeut*in die Therapie zum jetzigen Zeitpunkt hält.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum</u> : _____
P/B 5	Patient*in wurde informiert und mündlich aufgeklärt, welche Behandlungsmöglichkeiten nach dem gegenwärtigen Stand der psychotherapeutischen Wissenschaft dafür zur Verfügung stehen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum</u> : _____
P/B 6	Patient*in wurde informiert und mündlich aufgeklärt, wie der/die Psychotherapeut*in die Eignung und die Erfolgsaussichten dieser Behandlungsmethoden in diesem konkreten Fall einschätzt.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum</u> : _____
P/B 7	Patient*in wurde informiert und mündlich aufgeklärt, welche Behandlungsmethoden und -maßnahmen er/sie anwenden wir.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum</u> : _____

¹ Jede psychotherapeutische Behandlung muss den Anforderungen des **Patientenrechtgesetzes** (PatRG, §§ 630a bis 630 h BGB) sowie der **Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen** entsprechen.

Die Items der **Checkliste „P/B 1-8** (Vor Beginn der Psychotherapie: Anforderungen nach **PatRG** und **Berufsordnung** erfüllen) vollziehen die Vorgaben folgender rechtlicher Regelungen nach:

§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB:

„Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.“

§ 630e Abs. 1 S.1,2 BGB:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.“

§ 7 Abs. 3 Berufsordnung der PTK NRW:

Die **Aufklärung** hat vor Beginn einer Behandlung in einer auf die Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit der Patientin oder des Patienten abgestimmten Form und so rechtzeitig zu erfolgen, dass die Patientin oder der Patient ihre oder seine Entscheidung über die **Einwilligung** wohlüberlegt treffen kann.

² Bitte gleichen Sie das Datum in der Checkliste mit der Patient*innenaktendokumentation ab.

P/B 8	Der/die Patient*in wurde mündlich auf folgende mögliche Folgen und Risiken der Behandlung hingewiesen: (Aufzählung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
-------	--	---

Beginn der Psychotherapie: Rahmenbedingungen

P 2	Information zu Beginn, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? <i>Vgl. P/B 1 + Aufklärungsbogen</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 3	Information zu Beginn, dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 3	Information zu Beginn, wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)? <i>Vgl. Behandlungsvertrag DGVT-BV</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 4	Information zu Beginn, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)? <i>Vgl. Behandlungsvertrag DGVT-BV</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 4	Information zu Beginn, wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

Beginn der Psychotherapie: Allgemeine Informationen

P 5	Information zu Beginn, zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 5	Information zu Beginn, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann ? <i>Vgl. P/B 1 (mündlich entlang der DGVT-Broschüre „Hilfe bei psychischen Problemen - Informationen für Klient*innen und Patient*innen“)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 5	Information zu Beginn, dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann? (s.o. P/B 6)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 6	Gespräch zu Beginn, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)? (s.o. P/B 8)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 7	Gespräch zu Beginn, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)? (s.o. P/B 7)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer alle Vorgaben erfüllen und somit müssen alle Datenfelder mit „ja“ beantwortet werden (Dimensionen: T 13 - T 25).		
I 13	Wurde die Symptomatik erfasst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 14	Wurde die biographische Anamnese erfasst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 15	Wurde abgeklärt, ob psychische Komorbiditäten vorliegen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 16	Wurde abgeklärt, ob somatische Komorbiditäten vorliegen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 17	Wurde die Medikamentenanamnese erfasst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 18	Wurde die Behandlungsgeschichte erfasst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 19	Wurde abgeklärt, ob funktionale Einschränkungen vorliegen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 20	Wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 21	Wurde abgeklärt, ob ein Substanzmissbrauch vorliegt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 22	Wurde abgeklärt, ob eine Suizidalität vorliegt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 23	Wurde die Therapiemotivation der Patientin / des Patienten abgeklärt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 24	Wurde die Passung zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut abgeklärt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 25	Wurde eine verfahrensspezifische weitere Diagnostik durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

Patient*innenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer mindestens ein, dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren oder ein standardisiertes / strukturiertes klinisches Interview durchführen, sofern dies von der Patientin / dem Patienten nicht abgelehnt wird, und das Datum der Durchführung dokumentieren.		
I 26	Wurde ein dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 26.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

I 26.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 26.3	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 27	Wurde ein standardisiertes / strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 27.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund wurde kein standardisiertes / strukturiertes klinisches Interview durchgeführt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

Formulierung von patient*innenindividuellen Therapiezielen

Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer alle Vorgaben erfüllen und somit müssen alle Datenfelder mit „ja“ beantwortet werden.

I 28 & P 8	Wurden patient*innenindividuelle Therapieziele vereinbart?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 28.1	Falls ja, wurden die patient*innenindividuellen Therapieziele in der Patient*innenakte dokumentiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

Verlauf der Psychotherapie: Aufklärung zu psychischen Beschwerden

P 10	Besprechung, was Gründe für die psychischen Beschwerden sein können?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 11	Erklärung der Symptome ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

Verlauf der Psychotherapie: Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

P 12	Information, an wen Patient*innen sich wenden können, wenn es ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, eine Telefonseelsorge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 13	Information, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für die psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)? <i>Vgl. P/B 5</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 14	Information, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

Reflexion des Therapieverlaufs

Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und die Erreichung der patient*innenindividuellen Therapieziele überprüfen und dies dokumentieren.

I 29	Wurden die für diesen individuellen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 9	Gespräch im Verlauf über die Ziele ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 30	Wurde überprüft, ob die patient*innenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 31	Wurden, sofern erforderlich, die patient*innenindividuellen Therapieziele angepasst ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

Patient*innenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf

Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer mindestens ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren oder ein standardisiertes / strukturiertes klinisches Interview durchführen, sofern dies von der Patientin / dem Patienten nicht abgelehnt wird, und das Datum der Durchführung dokumentieren.

I 32	Wurde ein dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 32.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 32.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 32.3	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? 	<input type="checkbox"/> Patientin / Patient lehnte ab <input type="checkbox"/> anderer Grund
I 33	Wurde ein standardisiertes / strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 33.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund wurde kein standardisiertes / strukturiertes klinisches Interview durchgeführt? 	<input type="checkbox"/> Patientin / Patient lehnte ab <input type="checkbox"/> anderer Grund

Patient*innenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten

Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer, sofern erforderlich, sich während der Behandlung mit mindestens einem anderen Mitbehandelnden austauschen, sofern dieser vorhanden und erreichbar war und die Patientin / der Patient diese Kommunikation nicht ablehnte. Dieser Vorgang muss auch dokumentiert worden sein.

I 34	Waren für diese Patientin / diesen Patienten andere ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung beteiligt ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 34.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie hausärztlich versorgt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

I 34.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, erfolgte ein Austausch mit der Hausärztin / dem Hausarzt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 34.1.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde das Ergebnis dokumentiert? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 34.1.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund fand kein Austausch statt? 	<input type="checkbox"/> Leistungserbringer nicht erreicht <input type="checkbox"/> Patientin / Patient lehnte ab <input type="checkbox"/> anderer Grund
I 34.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Nervenheilkunde / Neurologie / Neurologie und Psychiatrie mitbehandelt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 34.2.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, erfolgte ein Austausch der Fachärztin / dem Facharzt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 34.2.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde das Ergebnis dokumentiert? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 34.2.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund fand kein Austausch statt? 	<input type="checkbox"/> Leistungserbringer nicht erreicht <input type="checkbox"/> Patientin / Patient lehnte ab <input type="checkbox"/> anderer Grund
I 34.3	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde die Patientin / der Patient unmittelbar vor, während oder unmittelbar nach der Psychotherapie in einer psychiatrischen / psychosomatischen Klinik, Tagesklinik oder Rehabilitationsklinik behandelt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 34.3.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, erfolgte ein Austausch mit der entsprechenden Klinik? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 34.3.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde das Ergebnis dokumentiert? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 34.3.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund fand kein Austausch statt? 	<input type="checkbox"/> Leistungserbringer nicht erreicht <input type="checkbox"/> Patientin / Patient lehnte ab <input type="checkbox"/> anderer Grund
I 34.4	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, bestand bei der Patientin / dem Patienten während der Psychotherapie eine durch eine andere Ärztin / einen anderen Arzt verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 34.4.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, erfolgte ein Austausch mit der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 34.4.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde das Ergebnis dokumentiert? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____

I 34.4.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund fand kein Austausch statt? 	<input type="checkbox"/> Leistungserbringer nicht erreicht <input type="checkbox"/> Patientin / Patient lehnte ab <input type="checkbox"/> anderer Grund
I 34.5	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, hat die Patientin / der Patient während der Psychotherapie, aus psychotherapeutischer / psychiatrischer Indikation, begleitende nicht-ärztliche Therapien erhalten? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 34.5.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, erfolgte ein Austausch mit den nicht-ärztlichen Mitbehandelnden? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 34.5.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde das Ergebnis dokumentiert? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 34.5.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund fand kein Austausch statt? 	<input type="checkbox"/> Leistungserbringer nicht erreicht <input type="checkbox"/> Patientin / Patient lehnte ab <input type="checkbox"/> anderer Grund
I 34.6	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch sozialpsychiatrische beziehungsweise psychosoziale Institutionen mitbetreut?? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 34.6.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, erfolgte ein Austausch mit den sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 34.6.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde das Ergebnis dokumentiert? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 34.6.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund fand kein Austausch statt? 	<input type="checkbox"/> Leistungserbringer nicht erreicht <input type="checkbox"/> Patientin / Patient lehnte ab <input type="checkbox"/> anderer Grund
I 34.7	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, erhielt die Patientin / der Patient während der Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie?? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 34.7.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, erfolgte ein Austausch mit den Erbringern der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 34.7.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde das Ergebnis dokumentiert? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 34.7.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund fand kein Austausch statt? 	<input type="checkbox"/> Leistungserbringer nicht erreicht <input type="checkbox"/> Patientin / Patient lehnte ab <input type="checkbox"/> anderer Grund

Verlauf der Psychotherapie: Planung und Gestaltung

P 15	Besprechung, ob die Therapie verlängert werden soll?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
------	---	---

P 16	Arbeit an der Patientin / dem Patienten wichtigen Themen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 17	Gespräch, ob die Vorgehensweise als passend erlebt wird?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 18	Rückmeldung zum Stand der Therapie und möglichen Fortschritten gegeben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 19 - P 24	Behandlungsgestaltung <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sich für Probleme und Sorgen interessieren</i> • <i>Probleme und Sorgen ernst nehmen</i> • <i>Probleme und Sorgen verstehen</i> • <i>Aufmerksam zuhören</i> • <i>Nicht abwesend wirken</i> • <i>Nicht nach einer aufwühlenden Sitzung mit Gefühlen allein lassen</i> • <i>Ermöglichen, offen über Probleme und Sorgen zu sprechen</i> • <i>Vertrauen ermöglichen</i> • <i>Therapiesitzungen so gestalten, dass ich Zeit ist, Probleme und Sorgen zu besprechen</i> • <i>Therapiesitzungen nicht stören lassen (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür)</i> 	Bewertungsfragen im Patient*innenfragebogen (Skala „immer“ bis „nie“ oder Ja-Nein-Antworten)

Abschluss der Psychotherapie

P 25	Hinweis, wie viele Sitzungen es noch bis zum Ende der Therapie sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 26	Besprechung, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
P 26	Besprechung, wie mit den psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgegangen werden kann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie

Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer, sofern kein Abbruch der Therapie stattfand, die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und die Erreichung der patient*innenindividuellen Therapieziele überprüfen und dies dokumentieren.

I 35	Wurde der patient*innenindividuelle Therapieverlauf überprüft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 35.1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Falls ja, wurden die für diesen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?</i> 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 35.2	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Falls ja, wurde überprüft, ob die patient*innenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?</i> 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
I 35.3	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Falls ja, wurden, sofern erforderlich, die patient*innenindividuellen Therapieziele angepasst?</i> 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

I 35.4	<ul style="list-style-type: none"> Falls nein, aus welchem Grund wurde der patient*innenindividuelle Therapieverlauf nicht überprüft? 	<input type="checkbox"/> Therapieabbruch (Patientin / Patienten) <input type="checkbox"/> Therapieabbruch (Leistungserbringer) <input type="checkbox"/> anderer Grund
--------	--	---

Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und / oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses
 Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer, sofern die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen besteht, alle Vorgaben erfüllen und somit müssen die Datenfelder 36.1 bis 36.6 mit „ja“ beantwortet werden.

I 36	Besteht im individuellen Behandlungsfall die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen , um das Behandlungsergebnis abzusichern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 36.1	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde die Erforderlichkeit einer weiteren Betreuung mittels eines psychotherapeutischen Gespräches geprüft? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 36.2	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Absatz 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie geprüft? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 36.3	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Weiterbehandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte geprüft? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 36.4	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch nicht-ärztliche Behandlung geprüft? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 36.5	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Versorgung durch sozialpsychiatrische beziehungsweise psychosoziale Institutionen geprüft? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____
I 36.6	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja, wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch (teil-)stationäre Leistungserbringer geprüft? 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____

Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie
 Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer die Datenfelder 37, 38 und 39 ausfüllen und die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen sowie die patient*innenindividuelle Therapiezielerreichung erheben und dokumentieren.

I 37	Enddatum dieser Richtlinien-therapie	Datum:
I 38	Grund der Beendigung dieser Richtlinien-therapie	<input type="checkbox"/> Einvernehmliche Beendigung ohne Rezidivprophylaxe <input type="checkbox"/> Einvernehmliche Beendigung mit Rezidivprophylaxe <input type="checkbox"/> Stundenkontingent entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erschöpft

		<input type="checkbox"/> Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt <input type="checkbox"/> Therapieabbruch durch Patientin / Patienten <input type="checkbox"/> Therapieabbruch durch Leistungserbringer <input type="checkbox"/> sonstiger Grund Dokumentiert: nein... ja... Datum...
<u>I</u> 39	Wurde eine Erhebung des Ergebnisses in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____
<u>I</u> 40	Wurde eine Erhebung, inwieweit die patient*innenindividuellen Therapieziele erreicht wurden, durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>Datum:</u> _____

Legende: P (Patient*innenfragebogen Item-Nr.); T (Dokumentationsbogen Therapeut*innen Item-Nr.); P/B (Patientenrechtegesetz / Berufsordnung)

Hinweis: Die Checkliste dient als Hilfe bei der Dokumentation der im neuen Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante Psychotherapie (QS AmbPT) abgebildeten Prozessqualitätsmerkmale. Sie bietet eine Übersicht über die verschiedenen Teilaspekte einer psychotherapeutischen Behandlung, die im Rahmen des QS AmbPT erfasst werden, und kann von Ihnen dabei problemlos in die Patient*innenakte digital oder analog integriert werden.

Die Checkliste soll bei der Strukturierung eines QS-konformen Therapieprozesses unterstützen. Die Checkliste ersetzt weder die Dokumentation von psychotherapeutischen Leistungen, noch die Dokumentation von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patient*innenakte. Wir empfehlen Ihnen, die Checkliste QS AmbPT daher als eine strukturierende Ergänzung zu Ihrer Basis- und Verlaufsdokumentation (= Patient*innenakte) zu nutzen.