

### **Anlage 3**

## **Vereinbarung zur Evaluation gemäß § 7 der Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen**

### **Präambel**

Diese vertragliche Regelung gewährleistet die Umsetzung der Evaluation gemäß § 7 der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV). Inhalte dieser Vereinbarung sind verbindliche Regelungen zur Form der Evaluation, zu Rechten und Pflichten der Vertragspartner, zur Beauftragung Dritter, zu Fristen, zum Datenschutz und zum Inkrafttreten.

### **§ 1 Ziele der Evaluation**

Die Evaluation dient der Darstellung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der SPV. Die Evaluation soll Aufschluss geben über die strukturelle Zusammensetzung der beteiligten Praxen und deren internen und externen Kooperationspartnern. Das Spektrum der psychiatrischen Diagnosen und Störungen von erstmals gemäß der SPV behandelten Patienten soll untersucht werden. Die behandelnden Ärzte sowie die einbezogenen Patienten sollen den Erfolg der Behandlung beurteilen und einschätzen.

Insbesondere die Beurteilung des Erfolges der Behandlung soll im Verlauf untersucht werden. Darüber hinaus sollen signifikante statistische Häufungen und Korrelationen beschriebener Phänomene (z. B. Alter, Geschlecht, Diagnose(n)) beschrieben werden.

### **§ 2 Studiendesign und Zeitraum der Evaluation**

- (1) Die Evaluation wird als Erhebung in zwei Erhebungszeiträumen durchgeführt. Der erste Erhebungszeitraum beginnt mit dem ersten Kalendervierteljahr 2013 und endet am 30.06.2013, der zweite Erhebungszeitraum beginnt mit dem ersten Kalendervierteljahr 2014 und endet am 30.06.2014.
- (2) Die Daten der ersten 30 Patienten - in chronologischer Reihenfolge - je teilnehmendem Arzt, die im ersten Erhebungszeitraum nach abgeschlossener Diagnostik erstmalig im Rahmen der SPV versorgt werden, werden in die Evaluation eingeschlossen.
- (3) Die Daten der im ersten Erhebungszeitraum einbezogenen Patienten werden nach vier Kalendervierteljahren im zweiten Erhebungszeitraum von den teilnehmenden Ärzten erneut erhoben, sofern die Behandlung in der Praxis im zweiten Erhebungszeitraum andauert.

### **§ 3 Teilnahme**

Zur Teilnahme sind gemäß § 7 SPV alle Ärzte verpflichtet, die eine Genehmigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung erhalten haben.

### **§ 4 Technische Umsetzung**

- (1) Grundlage für die Evaluation sind die in der Anlage gelisteten Erhebungsbögen. Diese gliedern sich in einen praxis-, einen versorgungs- und einen patientenbezogenen Teil.
- (2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt eine Online-Plattform zur Erfas-

## **Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 BMV-Ä)**

sung der praxis- und versorgungsbezogenen Erhebungsbögen für die teilnehmenden Praxen zur Verfügung.

- (3) Die patientenbezogenen Erhebungsbögen und die zugehörige Patienteninformation und Einverständniserklärung werden von dem teilnehmenden Arzt mithilfe der in Abs. 2 genannten Online-Plattform ausgedruckt und den Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertretern ausgehändigt. Nach Komplettierung dieser Erhebungsbögen wird dieser in einem verschlossenen Umschlag von dem teilnehmenden Arzt entgegengenommen. Die schriftliche Einverständniserklärung im Original verbleibt beim Arzt bzw. in der Praxis. Eine Einsichtnahme durch den Arzt oder das Praxispersonal ist ausgeschlossen. Die Daten der Patienten werden in pseudonymisierter Form erhoben.
- (4) Die teilnehmenden Ärzte übermitteln die komplettierten praxis- und versorgungsbezogenen Erhebungsbögen über die in Absatz 2 genannte Online-Plattform. Die verschlossenen Umschläge mit den patientenbezogenen Erhebungsbögen werden unmittelbar an das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) übermittelt.
- (5) Die in der Online-Plattform erfassten Daten werden validiert und in einer Datenbank zusammengeführt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden über die Teilnahme der in ihrem Bereich tätigen Ärzte informiert.
- (6) Die Daten werden gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gelöscht.

### **§ 5 Inhaltliche Umsetzung, Auswertung und Bereitstellung der Ergebnisse, Kosten**

- (1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband beauftragen das ZI mit der inhaltlichen Auswertung der erhobenen Daten gemäß § 1 und der Erstellung eines Ergebnisberichtes.
- (2) Der GKV-Spitzenverband und die KBV entscheiden einvernehmlich über die Veröffentlichung der Ergebnisse.
- (3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband tragen die Kosten der Evaluation anteilig.

### **§ 6 Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung verantwortet die technische Umsetzung gemäß § 4. Sie ist berechtigt hierzu geeignete Dritte zu beauftragen.

### **§ 7 Beauftragung Dritter**

Die Partner der Bundesmantelverträge prüfen eine weitergehende Evaluation durch Beauftragung wissenschaftlicher Institute. Die Beauftragung erfolgt einvernehmlich.

### **§ 8 Termine**

- (1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen Informationen zur Durchführung der Evaluation zur Verfügung.
- (2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen geben die Informationen nach Absatz 1 an die teilnehmenden Ärzte in ihrem Zuständigkeitsgebiet bis spätestens zum 30.11.2012 (erster Erhebungszeitraum) bzw. 30.11.2013 (zweiter Erhebungszeitraum) weiter.
- (3) Die teilnehmenden Ärzte übermitteln die komplettierten Erhebungsbögen über die in § 4 Abs. 2 genannte Online-Plattform bis spätestens zum 15. des Folge-

## **Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 BMV-Ä)**

---

monats des Erhebungszeitraumes. Im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen werden diese Daten bis spätestens 14 Werktage nach Eingang der kompletten Daten an das ZI weitergeleitet.

- (4) Die teilnehmenden Ärzte senden die von den Patienten komplettierten Erhebungsbögen gesammelt an das ZI bis spätestens zum 15. des Folgemonats des Erhebungszeitraumes.
- (5) Das ZI stellt die Ergebnisse der gesamten Auswertung (nach erstem und zweitem Erhebungszeitraum) in einem Evaluationsbericht in aggregierter Form der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband bis zum 31.10.2014 zur Verfügung.
- (6) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt die Ergebnisse der Evaluation auf Grundlage der gesamten Auswertung nach Absatz 5 den Kassenärztlichen Vereinigungen und den beteiligten Praxen in geeigneter Form zur Verfügung. Zum Zwecke der Qualitätsförderung kann dem Arzt ein Zwischenbericht erstellt werden.

### **§ 9 Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2012 in Kraft.

## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (erster Erhebungszeitraum)

### Angaben zur Praxis

BSNR \_\_\_\_\_

LANR \_\_\_\_\_

Dokumentationsdatum \_\_\_\_\_

Ausgewählte Arztgruppe:

- Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut
- Kinder- und Jugendmediziner (z.B. Kinderarzt, Facharzt für Kinderheilkunde)
- Facharzt für Nervenheilkunde (z.B. Nervenarzt)
- Psychiater und Psychotherapeut

### Kooperationen

**Berufsgruppen, mit denen Sie derzeit in Ihrer Praxis/Einrichtung zusammenarbeiten**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater und –<br>psychotherapeut                                 | <input type="checkbox"/> (Dipl.) Sozialpädagogin / (Dipl.) Sozialar-<br>beiter |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmediziner (z.B. Kin-<br>derarzt, Facharzt für Kinderheil-<br>kunde) | <input type="checkbox"/> (Dipl.) Heilpädagogin                                 |
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Nervenheilkunde (z.B. Ner-<br>venarzt)                                   | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut   |
| <input type="checkbox"/> Psychiater und Psychotherapeut  | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut                                       |
| <input type="checkbox"/> (Dipl.) Psychologin   | <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut                       |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut   | <input type="checkbox"/> Logopäde  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige  |  |

**Berufsgruppen und Institutionen mit denen Sie derzeit außerhalb Ihrer Praxis/Einrichtung zusammenarbeiten**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater und –<br>psychotherapeut                                 | <input type="checkbox"/> (Dipl.) Sozialpädagogin /<br>(Dipl.) Sozialarbeiter | <input type="checkbox"/> Lehrer              |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmediziner (z.B. Kin-<br>derarzt, Facharzt für Kinderheil-<br>kunde) | <input type="checkbox"/> (Dipl.) Heilpädagogin                               | <input type="checkbox"/> Vorschuleinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Nervenheilkunde (z.B. Ner-<br>venarzt)                                   | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut                                       | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle     |
| <input type="checkbox"/> Psychiater und Psychotherapeut  | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut                                     | <input type="checkbox"/> Jugendhilfe         |
| <input type="checkbox"/> (Dipl.) Psychologin   | <input type="checkbox"/> Logopäde  | <input type="checkbox"/> Sozialamt           |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychothe-<br>rapeut  | <input type="checkbox"/> Psychologischer<br>Psychotherapeut                  | <input type="checkbox"/> Justiz / Polizei    |

Strukturqualität 1/2

**Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1  
(erster Erhebungszeitraum)**

Sonstige

Erzieher

## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (erster Erhebungszeitraum)

EDV-Patientennummer \_\_\_\_\_

### Patient

Dokumentationsdatum \_\_\_\_\_

Datum der Erstvorstellung in der Praxis \_\_\_\_\_

Datum Diagnosestellung für Behandlung innerhalb der SPV \_\_\_\_\_

Datum Therapiebeginn innerhalb der SPV \_\_\_\_\_

Alter des Patienten in Jahren heute \_\_\_\_\_

Geschlecht     männlich     weiblich

### Krankenkasse

Krankenkassennummer \_\_\_\_\_ Kostenträgerbezeichnung: \_\_\_\_\_  
(IK):

### Erster Arztkontakt

#### Veranlassungsart

- ohne Überweisung  
 mit Überweisung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eltern  | <input type="checkbox"/> Ärztlicher / Psychologischer Psychotherapeut /<br>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Patient selbst  | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater und<br>psychotherapeut                                       |
| <input type="checkbox"/> Vorschuleinrichtung/Schule  | <input type="checkbox"/> anderer Facharzt  |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstellen  | <input type="checkbox"/> Krankenhaus: KJPP   |
| <input type="checkbox"/> Jugendhilfe   | <input type="checkbox"/> Krankenhaus: Kinderklinik   |
| <input type="checkbox"/> Sozialamt   | <input type="checkbox"/> Sonstiges Krankenhaus   |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum   | <input type="checkbox"/> Institutsambulanz KJPP  |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmediziner (z.B.<br>Kinderarzt, Facharzt für Kinderheilkun-<br>de) | <input type="checkbox"/> Tagesklinik KJPP  |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner  | <input type="checkbox"/> Andere: _____   |

#### Behandlungsanlass

- Entwicklungsprobleme des Kindes  
 Problematisches Sozialverhalten  
 Familiäre und psychosoziale Belastung  
 Somatische und psychosomatische Auffälligkeiten  
 Psychische Auffälligkeiten  
 Schulische Auffälligkeiten

**Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1  
(erster Erhebungszeitraum)**

Anderer: \_\_\_\_\_

**Vorgeschichte**

Hat bisher eine ambulante psychiatrische Behandlung des Patienten stattgefunden?  Ja  Nein

Dauer der bisherigen Behandlung \_\_\_\_\_  Tage  Wochen  Monate  Jahre

Hat bisher eine stationäre psychiatrische Behandlung des Patienten stattgefunden?  Ja  Nein

Dauer der bisherigen Behandlung \_\_\_\_\_  Tage  Wochen  Monate  Jahre

## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (erster Erhebungszeitraum)

EDV-Patientennummer \_\_\_\_\_

### Diagnostische Maßnahmen

Ist Psychodiagnostik zusätzlich durch den SPV-Mitarbeiter erfolgt?  Ja  Nein

### Achse I: klinisch-psychiatrisches Syndrom

liegt vor  liegt nicht vor

Hauptdiagnose ICD-10: \_\_\_\_ Nebendiagnose 1: ICD-10: \_\_\_\_ Nebendiagnose 2: ICD-10: \_\_\_\_

### Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen

Umschriebene Entwicklungsstörungen F80-F88 (ohne F84)  liegen vor  liegen nicht vor

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artikulationsstörung (F80.0)  | <input type="checkbox"/> Rechenstörung (F81.2)   |
| <input type="checkbox"/> expressive Sprachstörung (F80.1)  | <input type="checkbox"/> kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (F81.3)                      |
| <input type="checkbox"/> rezepptive Sprachstörung (F80.2)  | <input type="checkbox"/> sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81.8)           |
| <input type="checkbox"/> erworbene Aphasie mit Epilepsie (F80.3)<br>(Landauer-Kleffner-Syndrom)          | <input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (nicht näher bez.) (F81.9) |
| <input type="checkbox"/> sonstige Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache (F80.8)             | <input type="checkbox"/> umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (F82)         |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache (nicht näher bez.) (F80.9) | <input type="checkbox"/> kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)                      |
| <input type="checkbox"/> Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0)   | <input type="checkbox"/> andere Entwicklungsstörungen (F88)  |
| <input type="checkbox"/> isolierte Rechtschreibstörung (F81.1)   |  |



## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (erster Erhebungszeitraum)

### Achse III: Intelligenzniveau

- IQ > 129: sehr hohe Intelligenz
- IQ 115-129: hohe Intelligenz
- IQ 85-114: durchschnittliche Intelligenz
- IQ 70-84: niedrige Intelligenz
- IQ 50-69: leichte Intelligenzminderung (F70)
- IQ 35-49: mittelgradige Intelligenzminderung (F71)
- IQ 20-34: schwere Intelligenzminderung (F72)
- IQ < 20: schwerste Intelligenzminderung (F73)
- Andere Intelligenzminderung (F78)
- Intelligenzniveau unbekannt
- Intelligenzniveau bisher nicht testbar

### Achse IV: Körperliche Symptomatik

liegt vor       liegt nicht vor

1. Diagnose      ICD-10: \_\_\_\_      2. Diagnose: ICD-10: \_\_\_\_      3. Diagnose: ICD-10: \_\_\_\_

### Achse V: Assoziierte, aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände

	unzutreffend	zutreffend	unbekannt
abnorme intrafamiliäre Beziehungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychische Störung, abweichendes Verhalten und Behinderung in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abnorme Erziehungsbedingungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abnorme unmittelbare Umgebung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
akute belastende Lebensereignisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gesellschaftlicher Belastungsfaktor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
chronische Belastung in Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderung des Kindes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (erster Erhebungszeitraum)

### Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Grad der psychosozialen Anpassung des Patienten:

- Hervorragende/gute soziale Anpassung
- Befriedigende soziale Anpassung
- Leichte soziale Beeinträchtigung
- Mäßige soziale Beeinträchtigung
- Deutliche soziale Beeinträchtigung
- Deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung
- Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung
- Braucht ständige Betreuung (tagsüber)
- Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- Fehlende Information

**Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1  
(erster Erhebungszeitraum)**

EDV-Patientennummer \_\_\_\_\_

**Ärztliche Behandlung**

<b>Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung</b>	durchgeführt	geplant	indiziert, aber nicht durchgeführt
des Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unter Einbeziehung der Eltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit der ganzen Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Richtlinien-Psychotherapie**

- Verhaltenstherapie
  - Analytische Psychotherapie
  - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- |                               | durchgeführt          | geplant               | indiziert, aber nicht durchgeführt |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|
| ohne Einbeziehung der Eltern  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              |
| unter Einbeziehung der Eltern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              |

**Bei indizierter aber nicht durchgeführter psychotherapeutischer Behandlung geben Sie bitte die Gründe dafür an**

**Gründe:**

- Fehlende Therapiemotivation des Patienten
- Abbruch auf Wunsch der Eltern
- Fehlendes Angebot intramural
- Sonstige Gründe

<b>Medikamentöse Behandlung des Patienten in der Praxis</b>	durchgeführt	geplant	indiziert, aber nicht durchgeführt
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wirkstoffgruppe:  Stimulantien  Antidepressiva  Neuroleptika  Sonstige

**Bei indizierter aber nicht durchgeführter medikamentöser Behandlung geben Sie bitte die Gründe dafür an**

**Gründe:**

- Fehlende Therapiemotivation des Patienten
- Abbruch auf Wunsch der Eltern
- Fehlendes Angebot intramural
- Sonstige Gründe

<b>Andere Ärztliche Behandlung</b>	durchgeführt	geplant	indiziert, aber nicht durchgeführt
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1  
(erster Erhebungszeitraum)**

**Behandlung durch SPV-Mitarbeiter**

**Berufsgruppe des SPV-Mitarbeiters:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (Dipl.) Psychologe                              | <input type="checkbox"/> (Dipl.) Heilpädagoge            |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut         | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut                   |
| <input type="checkbox"/> (Dipl.) Sozialpädagoge / (Dipl.) Sozialarbeiter | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige  | <input type="checkbox"/> Logopäde                        |
|  | <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut |

**Psychoedukation / Beratung**

durchgeführt      geplant      indiziert, aber nicht durchgeführt

- |                                   |                       |                       |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| des Patienten                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| der Eltern / Familie              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| des Umfelds (z.B. Schule/Freunde) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Entwicklungstherapeutische / sensomotorische / heilpädagogische Maßnahmen**

- |               |                       |                       |                       |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| einzeln       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in der Gruppe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Störungsspezifische psychotherapeutische Maßnahmen**

- |                               |                       |                       |                       |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| des Patienten                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| unter Einbeziehung der Eltern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mit der Familie               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in einer Elterngruppe         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Intervention bei psychosozialen Krisen**

- |   |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| (einschließlich der erforderlichen Kontaktaufnahmen z.B. zu Behörden/Schulen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

- |  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Andere Behandlung durch den SPV-Mitarbeiter</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Bei indizierter aber nicht durchgeführter Behandlung durch SPV-Mitarbeiter geben Sie bitte die Gründe dafür an**

**Gründe:**

- Fehlende Therapiemotivation des Patienten
- Abbruch auf Wunsch der Eltern
- Fehlendes Angebot intramural

**Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1  
(erster Erhebungszeitraum)**

Sonstige Gründe

## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (erster Erhebungszeitraum)

### Behandlung/Betreuung durch extramurale Kooperationspartner

#### Berufsgruppen der extramuralen Kooperationspartner:

- Kinder- und Jugendpsychiater und –  (Dipl.) Sozialpädagoge / (Dipl.) Sozialarbeiter psychotherapeut
- Kinder- und Jugendmediziner (z.B. Kinderarzt, Facharzt für Kinderheilkunde)  (Dipl.) Heilpädagoge
- Facharzt für Nervenheilkunde (z.B. Nervenarzt)  Ergotherapeut
- Psychiater und Psychotherapeut  Physiotherapeut
- (Dipl.) Psychologe  Logopäde
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut  Psychologischer Psychotherapeut
- Sonstige

#### Bei indizierter aber nicht durchgeführter Behandlung/Betreuung durch extramurale Kooperationspartner geben Sie bitte die Gründe dafür an

##### Gründe:

- Fehlende Therapiemotivation des Patienten
- Abbruch auf Wunsch der Eltern
- Fehlendes Angebot extramural
- Sonstige Gründe

#### Medikamentöse Behandlung des Patienten durch extramurale Kooperationspartner

- ja  nein

Wirkstoffgruppe:  Stimulantien  Antidepressiva  Neuroleptika  Sonstige

### Behandlungserfolg

#### Erfolg der Intervention

- vollständig
- weitgehend
- mittel
- gering
- nicht eingetreten
- nicht beurteilbar

#### Besserung der Symptomatik

- vollständig
- weitgehend
- mittel
- gering
- nicht eingetreten
- nicht beurteilbar

## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (zweiter Erhebungszeitraum)

### Angaben zur Praxis

BSNR \_\_\_\_\_

LANR \_\_\_\_\_

Dokumentationsdatum \_\_\_\_\_

Ausgewählte Arztgruppe

Kinder- und Jugendpsychiater und  Facharzt für Nervenheilkunde (z.B. Nervenarzt)  
-psychotherapeut

Kinder- und Jugendmediziner (z.B. Kin-  Psychiater und Psychotherapeut  
derarzt, Facharzt für Kinderheilkunde)

### Kooperationen

**Berufsgruppen, mit den Sie derzeit in Ihrer Praxis/Einrichtung zusammenarbeiten:**

(Bitte geben Sie die Änderung zum Vorjahr an)

Änderung seit Quartal:

- |  |         |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater und<br>psychotherapeut                           | – _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendmediziner (z.B. Kinderarzt,<br>Facharzt für Kinderheilkunde) | _____   |
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Nervenheilkunde (z.B. Nerven-<br>arzt)                           | _____   |
| <input type="checkbox"/> Psychiater und Psychotherapeut  | _____   |
| <input type="checkbox"/> (Dipl.) Psychologe  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut                                       | _____   |
| <input type="checkbox"/> (Dipl.) Sozialpädagoge / (Dipl.) Sozialarbeiter                               | _____   |
| <input type="checkbox"/> (Dipl.) Heilpädagoge  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapeut   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Logopäde  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige  | _____   |

**Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1  
(zweiter Erhebungszeitraum)**

**Berufsgruppen und Institutionen mit denen Sie derzeit außerhalb Ihrer Praxis/Einrichtung  
zusammenarbeiten:**

(Bitte geben Sie die Änderungen zum Vorjahr an)

Änderung seit Quartal:

- |                          |   |       |
|--------------------------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | Kinder- und Jugendpsychiater und –<br>psychotherapeut                         | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Kinder und Jugendmediziner (z.B. Kinderarzt,<br>Facharzt für Kinderheilkunde) | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Facharzt für Nervenheilkunde (z.B. Nerven-<br>arzt)                           | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Psychiater und Psychotherapeut  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | (Dipl.) Psychologe  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut                                       | _____ |
| <input type="checkbox"/> | (Dipl.) Sozialpädagoge / (Dipl.) Sozialarbeiter                               | _____ |
| <input type="checkbox"/> | (Dipl.) Heilpädagoge  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ergotherapeut   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Physiotherapeut   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Logopäde  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Lehrer  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Vorschuleinrichtung   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Beratungsstelle   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Jugendhilfe   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Sozialamt   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Justiz / Polizei  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Psychologischer Psychotherapeut   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Erzieher  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige  | _____ |



## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (zweiter Erhebungszeitraum)

EDV-Patientennummer \_\_\_\_\_

### Ärztliche Behandlung

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung	durchgeführt	geplant	indiziert, aber nicht durchgeführt
des Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unter Einbeziehung der Eltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit der ganzen Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Richtlinien-Psychotherapie

- Verhaltenstherapie  
 Analytische Psychotherapie  
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- | ohne Einbeziehung der Eltern  | durchgeführt          | geplant               | indiziert, aber nicht durchgeführt |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|
| ohne Einbeziehung der Eltern  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              |
| unter Einbeziehung der Eltern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              |

**Bei indizierter aber nicht durchgeführter psychotherapeutischer Behandlung geben Sie bitte die Gründe dafür an**

#### Gründe:

- Fehlende Therapiemotivation des Patienten  
 Abbruch auf Wunsch der Eltern  
 Fehlendes Angebot intramural  
 Sonstige Gründe

Medikamentöse Behandlung des Patienten in der Praxis	durchgeführt	geplant	indiziert, aber nicht durchgeführt
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wirkstoffgruppe:  Stimulantien  Antidepressiva  Neuroleptika  Sonstige

**Bei indizierter aber nicht durchgeführter medikamentöser Behandlung geben Sie bitte die Gründe dafür an**

#### Gründe:

- Fehlende Therapiemotivation des Patienten  
 Abbruch auf Wunsch der Eltern  
 Fehlendes Angebot intramural  
 Sonstige Gründe

**Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1  
(zweiter Erhebungszeitraum)**

<b>Andere Ärztliche Behandlung</b>	durchgeführt	geplant	indiziert, aber nicht durchgeführt
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (zweiter Erhebungszeitraum)

### Behandlung durch SPV-Mitarbeiter

#### Berufsgruppe des SPV-Mitarbeiters:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (Dipl.) Psychologe                              | <input type="checkbox"/> (Dipl.) Heilpädagoge            |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut         | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut                   |
| <input type="checkbox"/> (Dipl.) Sozialpädagoge / (Dipl.) Sozialarbeiter | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige  | <input type="checkbox"/> Logopäde                        |
|  | <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut |

#### Psychoedukation / Beratung

durchgeführt    geplant    indiziert, aber nicht durchgeführt

- |                                   |                       |                       |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| des Patienten                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| der Eltern / Familie              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| des Umfelds (z.B. Schule/Freunde) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### Entwicklungstherapeutische / sensomotorische / heilpädagogische Maßnahmen

- |               |                       |                       |                       |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| einzeln       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in der Gruppe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### Störungsspezifische psychotherapeutische Maßnahmen

- |                               |                       |                       |                       |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| des Patienten                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| unter Einbeziehung der Eltern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mit der Familie               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in einer Elterngruppe         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### Intervention bei psychosozialen Krisen

- |   |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| (einschließlich der erforderlichen Kontaktaufnahmen z.B. zu Behörden/Schulen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

#### Andere Behandlung durch den SPV-Mitarbeiter

- |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Bei indizierter aber nicht durchgeführter Behandlung durch SPV-Mitarbeiter geben Sie bitte die Gründe dafür an

#### Gründe:

- Fehlende Therapiemotivation des Patienten
- Abbruch auf Wunsch der Eltern
- Fehlendes Angebot intramural
- Sonstige Gründe

## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (zweiter Erhebungszeitraum)

### Behandlung/Betreuung durch extramurale Kooperationspartner

#### Berufsgruppen der extramuralen Kooperationspartner:

- Kinder- und Jugendpsychiater und – psychotherapeut       (Dipl.) Sozialpädagoge / (Dipl.) Sozialarbeiter
- Kinder- und Jugendmediziner (z.B. Kinderarzt, Facharzt für Kinderheilkunde)       (Dipl.) Heilpädagoge
- Facharzt für Nervenheilkunde (z.B. Nervenarzt)       Ergotherapeut
- (Dipl.) Psychologe       Physiotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut       Logopäde
- Sonstige       Psychologischer Psychotherapeut

#### Bei indizierter aber nicht durchgeführter Behandlung/Betreuung durch extramurale Kooperationspartner geben Sie bitte die Gründe dafür an

##### Gründe:

- Fehlende Therapiemotivation des Patienten
- Abbruch auf Wunsch der Eltern
- Fehlendes Angebot extramural
- Sonstige Gründe

#### Medikamentöse Behandlung des Patienten durch extramurale Kooperationspartner

- ja       nein

Wirkstoffgruppe:  Stimulantien  Antidepressiva  Neuroleptika  Sonstige

### Behandlungserfolg

#### Erfolg der Intervention

- vollständig
- weitgehend
- mittel
- gering
- nicht eingetreten
- nicht beurteilbar

#### Besserung der Symptomatik

- vollständig
- weitgehend
- mittel
- gering
- nicht eingetreten
- nicht beurteilbar

## Praxis- und versorgungsbezogener Erhebungsbogen nach § 4 Abs. 1 (zweiter Erhebungszeitraum)

EDV-Patientennummer \_\_\_\_\_

### Behandlungsstatus

- Behandlung abgeschlossen?       ja       nein  
 Wenn nein, Ende absehbar?       ja       nein  
 Wenn ja, wann? (Monat/Jahr)      \_\_\_\_\_

### Kontakte

Wie viele Kontakte (einschließlich der Kontakte zu Bezugspersonen) erfolgten in der Therapie seit Behandlungsbeginn in der SPV **durch den Arzt**?

	Quartal	Anzahl der Kontakte im dokumentierten Quartal	Datum 1. Kontakt	Datum 2. Kontakt	Datum 3. Kontakt
Arzt-Kontakte	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

Wie viele Kontakte (einschließlich der Kontakte zu Bezugspersonen) erfolgten in der Therapie seit Behandlungsbeginn in der SPV **im Praxisteam (SPV-Mitarbeiter)**?

	Quartal	Anzahl der Kontakte im dokumentierten Quartal	Datum 1. Kontakt	Datum 2. Kontakt	Datum 3. Kontakt
SPV-Mitarbeiter-Kontakte	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

### Patientenorientierte Fallbesprechung

Wie oft wurden interdisziplinäre, patientenorientierte Fallbesprechungen bei dokumentierten Patienten in Zusammenhang mit der Behandlung durchgeführt? (unter Teilnahme der nichtärztlichen Berufsgruppen)

- wöchentlich  
 monatlich  
 Einmal im Quartal

