

Befragung der angestellten Mitglieder der Psychotherapeutenkammern

Bestandsaufnahme zu den beruflichen Positionen, Tätigkeitsspektren und Funktionen in der Organisation sowie zum Status der psychotherapeutischen Versorgung

Kontakt:

Hans-Dieter Nolting
T +49 30 230 809 0
Hans-Dieter.Nolting@iges.de

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.de

Impressum

Autoren/innen

Ina Barthelmes; IGES Institut GmbH
Hans-Dieter Nolting; IGES Institut GmbH

unter Mitarbeit von
Julia Krieger; IGES Institut GmbH
Dr. Julian Rellecke; IGES Institut GmbH

Herausgeberin

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern
Klosterstraße 64
10179 Berlin

Mitwirkende bei der Fragebogenentwicklung

Teilnehmer/innen der Workshops zur Fragebogenentwicklung: Andrea Benecke, Jürgen Golombek, Jörg Hermann, Johannes Klüsener, Michael Lingen, Helga Loest, Gregor Peikert, Bernhard Morsch, Matthias Ochs, Petra Schuhler, Hermann Schürmann, Roland Straub, Heiner Vogel
Experten der Arbeitsgruppe Jugendhilfe und Erziehungsberatung: Ullrich Böttinger, Jörg Hermann
Ausschüsse und Kommissionen der BPTK
Landespsychotherapeutenkammern

Fragebogen

A1. Fragebogenteil A – Basisdaten

A. Basisdaten zur Person

A.1	Ihr Geschlecht:
.1	weiblich <input type="checkbox"/>
.2	männlich <input type="checkbox"/>

A.2	Ihr Alter in Jahren: Bitte eintragen: Jahre
-----	---

A.3	Ich bin approbiert als ...
.1	Psychologische/r Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.2	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.3	Psychologische/r Psychotherapeut/in und als Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/>

A.4	Seit wann sind Sie approbiert?
	Bitte eintragen: seit (Jahr)

A.5	Approbationsgrundlage/Ausbildung in Psychotherapieverfahren
A.5.1	Bitte geben Sie an, auf welcher gesetzlichen Grundlage Sie Ihre Approbation erworben haben
.1	Nach §2 Psychotherapeutengesetz (Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz) <input type="checkbox"/>
.2	Ich habe eine Approbation nach Übergangsrecht (§ 12 PsychThG) <input type="checkbox"/>

A.5.2	Auf welchem Vertiefungsverfahren beruht Ihre Approbation? (Mehrfachnennungen möglich)	
.1	Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>
.2	Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.3	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.4	Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/>
.5	Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>
.6	Weitere Vertiefungsverfahren	<input type="checkbox"/>
.61	und zwar:	
.5	Sonstiges/kein Vertiefungsverfahren	<input type="checkbox"/>

A.6	Führen Sie eine anerkannte Zusatzbezeichnung gemäß der Weiterbildungsordnung einer Psychotherapeutenkammer? (Mehrfachnennungen möglich)	
.1	nein	<input type="checkbox"/>
.2	ja, und zwar	
.21	Klinische Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>
.22	Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/>
.23	Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>
.24	andere, und zwar: 	<input type="checkbox"/>

A.7	Haben Sie ein Zertifikat in einer der folgenden Methoden, die zur Zeit vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannt sind? (Mehrfachnennungen möglich)	
.1	nein	<input type="checkbox"/>
.2	ja, und zwar	
.21	Klinische Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>
.221	Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) (Zertifikat entsprechend EMDRIA)	<input type="checkbox"/>
.222	Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) (anderes Zertifikat)	<input type="checkbox"/>
.231	Interpersonelle Psychotherapie (IPT) (Zertifikat entsprechend den Empfehlungen der International Society of Interpersonal Psychotherapy/ ISIPT)	<input type="checkbox"/>
.232	Interpersonelle Psychotherapie (IPT) (anderes Zertifikat)	<input type="checkbox"/>
.241	Hypnotherapie/Klinische Hypnose (Zertifikat entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie (DGH))	<input type="checkbox"/>
.242	Hypnotherapie/Klinische Hypnose (Zertifikat entsprechend den Empfehlungen der Milton Erickson Gesellschaft (MEG))	<input type="checkbox"/>
.243	Hypnotherapie/Klinische Hypnose (anderes Zertifikat)	<input type="checkbox"/>

A.8	Haben Sie darüber hinaus weitere psychotherapeutische Zusatzqualifikationen im Rahmen beruflicher Fort- und/oder Weiterbildung erworben?	
.1	nein	<input type="checkbox"/>
.2	ja, und zwar:	<input type="checkbox"/>
.21	Bitte eintragen:	

A.9	Welche akademische Grundausbildung haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)	
.1	Diplom-Psychologe/in	<input type="checkbox"/>
.2	Diplom-Pädagoge/in	<input type="checkbox"/>
.3	Diplom-Sozialpädagoge/in	<input type="checkbox"/>
.5	Diplom-Sonder-/Heilpädagoge/in	<input type="checkbox"/>
.4	Diplom-Sozialarbeiter/in	<input type="checkbox"/>
.6	Andere bzw. weitere Studienabschlüsse	<input type="checkbox"/>
.61	Bitte machen Sie nähere Angaben:	

A.10	Sind Sie promoviert?	
.1	nein	<input type="checkbox"/>
.2	ja	<input type="checkbox"/>

A.11	Sind Sie habilitiert?	
.1	nein	<input type="checkbox"/>
.2	ja	<input type="checkbox"/>

A.12. 1	Sind Sie ins Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen?	
.1	nein	<input type="checkbox"/>
.2	ja	<input type="checkbox"/>

A.12. 2	[FALLS A.12 = .2 - JA] Besitzen Sie eine Abrechnungsgenehmigung einer Kassenärztlichen Vereinigung?	
.1	nein	<input type="checkbox"/>
.2	ja	<input type="checkbox"/>

A.13	Üben Sie Ihren Beruf als Psychotherapeut/in zur Zeit aktiv aus?	
.1	ja	<input type="checkbox"/>
.2	nein, ich bin berentet	<input type="checkbox"/>
.3	nein, ich bin in Mutterschutz/Elternzeit	<input type="checkbox"/>
.4	nein, ich bin arbeitslos/arbeitssuchend	<input type="checkbox"/>
.5	nein, aus anderen Gründen (z. B. vorübergehende Berentung, längere Erkrankung, Sabbatical, Auslandsaufenthalt)	<input type="checkbox"/>

[FALLS A.13 = .2 BIS .5 - KEINE AKTIVE BERUFSTÄTIGKEIT ALS PT: ENDE DER BEFRAGUNG MIT FOLGENDEM TEXT:

Vielen Dank für Ihre Beteiligung an unserer Umfrage!]

A.14.	[FALLS A.13 = .1 - JA; AKTIV BERUFSTÄTIG]	
1	Was trifft auf Ihre gegenwärtige Berufstätigkeit zu?	
.1	Ich arbeite ausschließlich in einem Angestelltenverhältnis (Angestelltenverhältnis bedeutet hier: Ich habe einen Arbeitsvertrag mit einem Arbeitgeber geschlossen und beziehe aus diesem Arbeitsverhältnis ein regelmäßiges, vertraglich vereinbartes Gehalt. (Keine reine Honorartätigkeit.)	<input type="checkbox"/>
.2	Ich arbeite ausschließlich in einem Beamtenverhältnis	<input type="checkbox"/>
.3	Ich arbeite als Angestellte/r in mehreren Beschäftigungsverhältnissen	<input type="checkbox"/>
.4	Ich arbeite in (mindestens) einem Angestelltenverhältnis. Zusätzlich bin ich als Selbstständige/r tätig, und zwar im Umfang von....	<input type="checkbox"/>
.41	Selbstständig tätig im Umfang von (Std. pro Woche):	
.5	Ich befinde mich in einem Beamtenverhältnis. Zusätzlich bin ich als Selbstständige/r tätig, und zwar im Umfang von....	<input type="checkbox"/>
.51	Selbstständig tätig im Umfang von (Std. pro Woche):	
.6	Für mich trifft keine der Beschreibungen (1.) bis (5.) zu. Stattdessen habe ich folgenden beruflichen Status:	<input type="checkbox"/>
.61	(Bitte machen Sie nähere Angaben)	
	

[FALLS A.14.1 = 6 - KEIN ANGESTELLTEN-/BEAMTENVERHÄLTNIS: ENDE DER BEFRAGUNG MIT FOLGENDEM TEXT:

Vielen Dank für Ihre Beteiligung an unserer Umfrage!]

A.14. 2	[FALLS A.14.1=.4 ODER .5 - ZUSÄTZLICH SELBSTSTÄNDIG TÄTIG] Bitte machen Sie nähere Angaben zur Art Ihrer selbständigen Tätigkeit.
.1	Ich bin - neben meiner Tätigkeit als Angestellte/r bzw. Beamte/r - als Vertragspsychotherapeut/in selbstständig tätig. <input type="checkbox"/>
.2	Ich übe - neben meiner Tätigkeit als Angestellte/r bzw. Beamte/r - eine sonstige ambulante psychotherapeutische Tätigkeit aus. <input type="checkbox"/>
.3	Sonstige selbstständige Tätigkeit, und zwar <input type="checkbox"/>
.31	Bitte eintragen:

	[FALLS A.14.1 = .1 BIS .5 - ANGESTELLT/VERBEAMTET] Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf Ihre Angestellten- bzw. Beamtentätigkeit. Falls Sie mehr als eine Tätigkeit als Angestellte/r bzw. Beamte/r ausüben, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte für die Tätigkeit mit dem höchsten Stundenumfang. Wenn Sie in zwei Beschäftigungsverhältnissen mit gleichem Stundenumfang arbeiten, wählen Sie bitte eines davon aus, für das Sie die folgenden Fragen beantworten.
--	--

A.15	In welcher Art von Einrichtung sind Sie aktuell als Angestellte/r bzw. Beamte/r tätig?
.1	(Akut-)Krankenhaus sowie damit verbundene ambulante Einrichtungen (z. B. Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren an Krankenhäusern) <input type="checkbox"/> [NACH FRAGEBOGENTEIL A WEITER MIT KRANKENHAUS: B.1]
.2	Reha-Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung sowie damit verbundene ambulante Einrichtungen <input type="checkbox"/> [NACH FRAGEBOGENTEIL A WEITER MIT REHA: E.1]
.3	Ambulante Rehabilitationseinrichtung (ohne Anbindung an stationäre Reha-Einrichtung) <input type="checkbox"/> [NACH FRAGEBOGENTEIL A WEITER MIT REHA: E.1]
.4	Fachstelle für Sucht, einschließlich Suchtberatungsstellen <input type="checkbox"/> [NACH FRAGEBOGENTEIL A WEITER MIT BERATUNGSSTELLEN: C.1]
.5	Jugendhilfe (Erziehungsberatungsstellen, teilstationäre/stationäre Einrichtungen) <input type="checkbox"/> [NACH FRAGEBOGENTEIL A WEITER MIT JUGENDHILFE: D.1]
.6	Beratungsstelle (<u>nicht</u> primär Jugendhilfe, <u>nicht</u> Suchtberatung, z. B. Sexualberatung, Schwangerenberatung) <input type="checkbox"/> [NACH FRAGEBOGENTEIL A WEITER MIT BERATUNGSSTELLEN: C.1]

.7	Sozialpsychiatrischer/Gerontopsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>
.8	Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Frühförderstelle (nicht an Krankenhaus angebunden)	<input type="checkbox"/>
.9	Schule, Schulpsychologischer Dienst	<input type="checkbox"/>
.10	Strafvollzugsanstalten (Forensisch-psychiatrische Einrichtungen/Maßregelvollzug bitte bei "Krankenhaus ..." ankreuzen)	<input type="checkbox"/>
.11	Praxis von Vertragspsychotherapeuten, Vertragsärzten, MVZ	<input type="checkbox"/>
.12	Hochschule	<input type="checkbox"/>
.13	Behörde, Verwaltungseinrichtung	<input type="checkbox"/>
.14	Sonstige Einrichtungen und Institutionen	<input type="checkbox"/>
.141	Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Art von Einrichtung:	

A.16	<p>Wie hoch ist Ihr (arbeitsvertraglich) vereinbarter Stellenumfang (Stunden pro Woche)?</p> <p>Bitte eintragen: Std. pro Woche</p>
------	--

A.17	Bitte geben Sie an, auf welcher Grundlage die Vergütung in Ihrem Hause erfolgt.	
.1	Ich unterliege der beamtenrechtlichen Besoldung	<input type="checkbox"/>
.2	In meiner Einrichtung gibt es keine tarifvertragliche Bindung.	<input type="checkbox"/>
.3	In meiner Einrichtung gibt es eine tarifvertragliche Bindung, aber ich werde außertariflich vergütet.	<input type="checkbox"/>
.4	Die Vergütung erfolgt entsprechend eines Tarifvertrags und zwar...	
.41	TVöD (einschließl. TVöD Bund, Land, Kommune)	<input type="checkbox"/>
.42	Marburger Bund	<input type="checkbox"/>
.43	Kirchlicher Tarifvertrag (z. B. AVR, KAT)	<input type="checkbox"/>
.44	Haustarifvertrag	<input type="checkbox"/>
.45	sonstiger Tarifvertrag	<input type="checkbox"/>
.451	Bitte eintragen:	

A.18	<p>In welche Vergütungsgruppe sind Sie aktuell eingruppiert?</p> <p>Bitte eintragen: Entgelt-/Besoldungsgruppe.....</p>
------	--

A.19	Welches Brutto-Einkommen erzielen Sie derzeit aus dieser Angestellten- bzw. Beamtentätigkeit (Jahresvergütung)?	
.1	weniger als € 25.000 pro Jahr	<input type="checkbox"/>
.2	€ 25.000 bis weniger als € 30.000 pro Jahr	<input type="checkbox"/>
.3	€ 30.000 bis weniger als € 35.000 pro Jahr	<input type="checkbox"/>
.4	€ 35.000 bis weniger als € 40.000 pro Jahr	<input type="checkbox"/>
.5	€ 40.000 bis weniger als € 45.000 pro Jahr	<input type="checkbox"/>
.6	€ 45.000 bis weniger als € 50.000 pro Jahr	<input type="checkbox"/>
.7	€ 50.000 bis weniger als € 55.000 pro Jahr	<input type="checkbox"/>
.8	€ 55.000 bis weniger als € 60.000 pro Jahr	<input type="checkbox"/>
.9	€ 60.000 bis weniger als € 65.000 pro Jahr	<input type="checkbox"/>
.10	€ 65.000 und mehr pro Jahr	<input type="checkbox"/>

A.20. 1	Wie wirkt sich Ihre Approbation auf Ihre Vergütungssituation aus?	
.1	Meine Approbation hat auf meine Vergütung keinen Einfluss.	<input type="checkbox"/>
.2	Ich erhalte eine höhere Vergütung, die ich ohne meine Approbation nicht bekäme.	<input type="checkbox"/>
.3	Ich erhalte eine niedrigere Vergütung als die, welche ich ohne meine Approbation bekommen würde.	<input type="checkbox"/>

A.20. 2	Falls Sie Leitungs- oder Führungsaufgaben wahrnehmen: Wie wirkt sich Ihre Leitungsfunktion bzw. die Wahrnehmung von Führungsaufgaben auf Ihre Vergütungssituation aus?	
.1	Ich habe keine Leitungsfunktion bzw. nehme keine Führungsaufgaben wahr.	<input type="checkbox"/>
.21	Meine Leitungsfunktion bzw. Führungsaufgabe hat auf meine Vergütung keinen Einfluss.	<input type="checkbox"/>
.22	Ich erhalte eine höhere Vergütung, die ich ohne meine Leitungsfunktion bzw. Führungsaufgabe nicht bekäme.	<input type="checkbox"/>
.23	Ich erhalte eine niedrigere Vergütung als die, welche ich ohne meine Leitungsfunktion bzw. Führungsaufgabe bekommen würde.	<input type="checkbox"/>

A.21	Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie bereits auf Ihrer jetzigen Stelle bzw. Ihrem jetzigen Arbeitsplatz? Bitte eintragen: seit:..... Jahren
------	--

A.22	Ist Ihr Arbeits-/Dienstverhältnis unbefristet oder befristet?
.1	unbefristet <input type="checkbox"/>
.2	befristet und zwar bis <input type="checkbox"/>
.21	Bitte eintragen: MM/JJ

A.23	Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung in Ihrem aktuell gültigen Arbeitsvertrag/Dienstverhältnis? (Mehrfachnennungen möglich)
.1	Leiter/in der Dienststelle <input type="checkbox"/>
.2	Leitende/r Psychologische/r Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.3	Psychologische/r Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.4	Leitende/r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.5	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.6	Leitende/r Diplom-Psychologe/in <input type="checkbox"/>
.7	Diplom-Psychologe/in <input type="checkbox"/>
.8	Diplom-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagoge/in, Diplom-Sozialarbeiter/in, Sozialarbeiter/in <input type="checkbox"/>
.9	Andere Bezeichnung <input type="checkbox"/>
.91	Bitte eintragen:

A.24	Mit welchen Altersgruppen von Patienten/innen bzw. Klienten/innen arbeiten Sie im Rahmen Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit?
.11	Ich arbeite ausschließlich mit Kindern (bis 18 Jahre). <input type="checkbox"/>
.12	Ich arbeite ausschließlich mit Erwachsenen (ab 18 Jahre). <input type="checkbox"/>
.13	Ich arbeite sowohl mit Kindern als auch mit Erwachsenen. <input type="checkbox"/>

A.25	Sind Sie Mitglied einer Gewerkschaft?		
.1	nein		<input type="checkbox"/>
.2	ja		<input type="checkbox"/>

A.26	Sind Sie Mitglied einer Beschäftigtenvertretung, also Betriebsrat/-rätin oder Personalrat/-rätin?		
.1	nein		<input type="checkbox"/>
.2	ja		<input type="checkbox"/>

A.27 – A.29 Zufriedenheit

A.27	Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?				
		stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme ganz und gar nicht zu
.1	Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Am Ende eines Arbeitstages bin ich völlig erledigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Meine Arbeit stimmt mit den Wünschen und Erwartungen überein, die ich hatte, als ich mit der Ausbildung zum/zur PP/KJP angefangen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Wenn ich heute noch einmal die Wahl hätte, würde ich diesen Beruf wieder ergreifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.6	Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.7	Ich kann immer selbst entscheiden, wie ich meine Arbeit erledige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(analog zu KBV-Monitor 2012)

A.28	Wie gut fühlen Sie sich speziell durch Ihre psychotherapeutische Ausbildung für Ihre gegenwärtige Berufstätigkeit qualifiziert?				
	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.29	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen monatlichen Einkommen aus Ihrer Arbeit?			
	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(analog zu KBV-Monitor 2012)

[FALLS KRANKENHAUS, REHA, BERATUNGSSTELLE, ODER JUGENDHILFE:
AN DIESER STELLE ABZWEIGUNG IN JEWEILIGEN FRAGEBOGENAST - ZUORDNUNG
SIEHE A.15]

A.30 Feedback

A.30	<p>Abschließend möchten wir Ihnen nun noch die Möglichkeit geben, uns zusätzliche Informationen mitzuteilen, die Ihrer Ansicht nach für das Ziel der Umfrage relevant sind, im Fragebogen aber nicht erfasst wurden.</p> <p>.....'</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
------	---

A2. Fragebogenteil B – Angestellte Psychotherapeuten/innen in Krankenhäusern

(FALLS A.15=1 - KRANKENHAUS)

B. Angestellte Psychotherapeuten/innen in Krankenhäusern

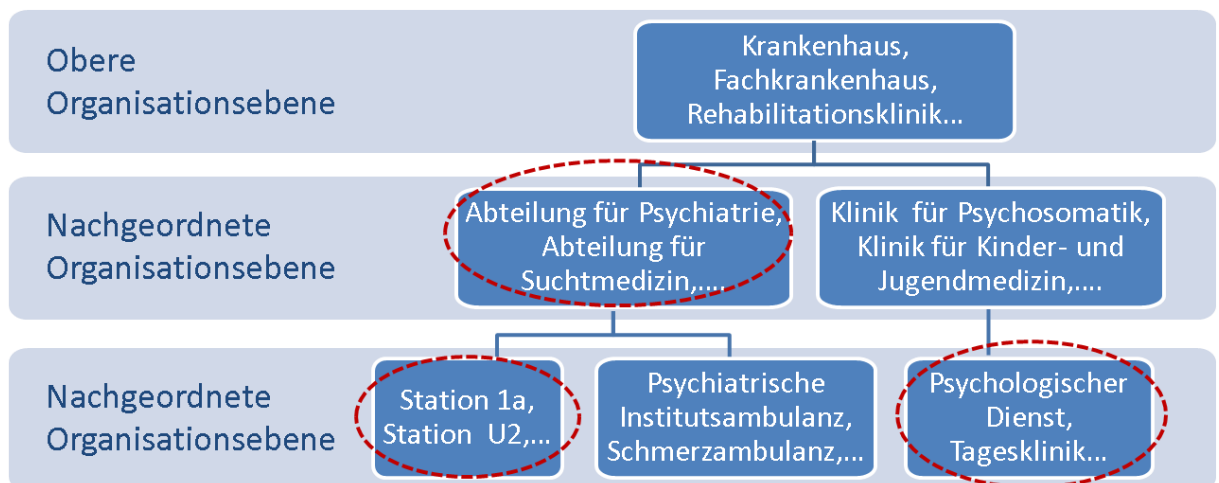
B.1 – B.7 Angaben zur Institution und Organisationseinheit

Nachfolgend möchten wir Sie zu Aufbau und Organisation des Krankenhauses/der Klinik befragen, in dem/der Sie tätig sind. Die Fragen folgen dabei einem Trichterprinzip, begonnen beim gesamten Haus bis hin zu Ihrer Organisationseinheit.

"Organisationseinheit" meint nachfolgend immer den Teilbereich der Einrichtung, dem Sie bzw. Ihre Stelle arbeitsrechtlich zugeordnet ist und in der sich der überwiegende Teil Ihrer beruflichen Tätigkeit abspielt.

Je nach Art und Untergliederung Ihrer Einrichtung kann dies sowohl eine bestimmte Station oder Abteilung, eine Ambulanz, ein Funktionsdienst oder ähnliches sein (also z. B. "Station 1a", "Abteilung für Suchtmedizin", "Psychiatrische Institutsambulanz").

Zur besseren Nachvollziehbarkeit veranschaulicht die nachfolgende Grafik eine Reihe verschiedener Möglichkeiten.



Bsp. für mögliche Organisationseinheiten

B.1	Bitte machen Sie nähere Angaben zu dem Krankenhaus/der Klinik, in dem/der Sie als Angestellte/r bzw. Beamte/r tätig sind (obere Organisationsebene).	
.1	Universitätsklinik	<input type="checkbox"/>
.2	Allgemein-Krankenhaus, Akutkrankenhaus	<input type="checkbox"/>
.3	Fach-Krankenhaus für Psychiatrie/Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.4	Fach-Krankenhaus für Psychosomatik/Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
	Fachkrankenhaus für Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.5	Fach-Krankenhaus für Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.6	Fach-Krankenhaus für Kinder- und Jugend-Psychosomatik	<input type="checkbox"/>
.7	Forensisch-psychiatrische Einrichtung, Krankenhaus des Maßregelvollzugs	<input type="checkbox"/>
.8	Sonstiges Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
	Bitte geben Sie an, welche Art von Krankenhaus:	

B.2	Bitte machen Sie Angaben zur Größe des gesamten Hauses (obere Organisationsebene)	
B.2.1	Zahl der Betten	
.1	unter 50 Betten	<input type="checkbox"/>
.2	50 bis 250 Betten	<input type="checkbox"/>
.3	250 bis 500 Betten	<input type="checkbox"/>
.4	500 bis 1.000 Betten	<input type="checkbox"/>
.5	über 1.000 Betten	<input type="checkbox"/>
.6	weiß nicht	<input type="checkbox"/>
B.2.2	Zahl der Beschäftigten insgesamt	
.1	unter 50 Beschäftigte	<input type="checkbox"/>
.2	50 bis 250 Beschäftigte	<input type="checkbox"/>
.3	250 bis 1.000 Beschäftigte	<input type="checkbox"/>
.4	über 1.000 Beschäftigte	<input type="checkbox"/>
.5	weiß nicht	<input type="checkbox"/>

B.3	Nimmt das Krankenhaus an der regionalen psychiatrischen Pflichtversorgung teil?	
.1	ja	<input type="checkbox"/>
.2	nein	<input type="checkbox"/>
.3	weiß nicht	<input type="checkbox"/>

B.4	Bitte machen Sie Angaben zur Art der Abteilung oder dem Teilbereich, in der bzw. dem Sie beschäftigt sind (nachgeordnete Organisationsebene) (Falls Sie in mehreren Abteilungen, Teilbereichen oder bereichsübergreifend arbeiten, bitte mehrfach ankreuzen.)	
B.4.1	Vollstationäre bettenführende Fach-/Haupt-/Abteilung und zwar für ...	
.1	(Allgemeine) Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.2	Psychosomatische Medizin/Psychosomatik und Psychotherapie/Psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/>
.3	Suchtmedizin, Suchttherapie	<input type="checkbox"/>
.4	Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.5	Gerontopsychiatrie	<input type="checkbox"/>
.6	Forensik, Maßregelvollzug	<input type="checkbox"/>
.7	Neurologie	<input type="checkbox"/>
.8	Andere vollstationäre Abteilung	<input type="checkbox"/>
.81	Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Art von Abteilung:	

B.4.2	Teilstationäre Einrichtungen, Tages-/Nachtkliniken und zwar für ...	
.1	(Allgemeine) Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.2	Psychosomatische Medizin/Psychosomatik und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.3	Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.4	Gerontopsychiatrie	<input type="checkbox"/>
.5	Suchtmedizin, Suchttherapie	<input type="checkbox"/>
.6	Andere teilstationäre Abteilung	<input type="checkbox"/>
.61	Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Art von teilstationärer Abteilung:	

B.4.3	Nicht-bettenführende Abteilung, Funktionsdienst oder ähnliches und zwar ...	
.1	Psychologischer Dienst	<input type="checkbox"/>
.2	Psychotherapeutischer Dienst	<input type="checkbox"/>
.3	Neuropsychologischer Dienst	<input type="checkbox"/>
.4	Therapeutischer Dienst (in dem verschiedene Berufsgruppen zusammen gefasst sind)	<input type="checkbox"/>
.5	Psycho-sozialer Dienst (in dem verschiedene Berufsgruppen zusammen gefasst sind)	<input type="checkbox"/>
.6	Sonstige nicht-bettenführende Abteilungen, Dienste	<input type="checkbox"/>
.61	Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Art von Abteilung/Dienst::	

B.4.4	Ambulante Versorgungseinrichtungen des Krankenhauses/der Klinik und zwar ...
.1	Psychiatrische Institutsambulanz <input type="checkbox"/>
.2	Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz <input type="checkbox"/>
.3	Gerontopsychiatrische Institutsambulanz <input type="checkbox"/>
.4	Hochschulambulanz, Poliklinik <input type="checkbox"/>
.5	Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Frühförderstelle <input type="checkbox"/>
.6	(Psychiatrischer) Krisendienst <input type="checkbox"/>
.7	Wohnheime, Wohngruppen, Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/>
.8	Sonstige ambulante Versorgungseinrichtungen des Krankenhauses/der Klinik <input type="checkbox"/>
.81	Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Art von ambulanter Versorgungseinrichtung

B.4.5	Falls Ihre Abteilung bzw. Ihr Bereich durch die Ankreuzfelder nicht angemessen beschrieben wird, machen Sie bitte eine Freitextangabe
-------	---

<p>Im Folgenden möchten wir Sie zu Ihrer Organisationseinheit befragen (vgl. Beispiele in der Grafik).</p> <p>Wenn Sie bei der/n vorangegangenen Frage/n mehrere Abteilungen o. ä. angekreuzt haben, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte für die Organisationseinheit (OE), der Ihre Stelle innerhalb der Einrichtung arbeitsrechtlich bzw. disziplinarisch zugeordnet ist.</p>	
B.5.1	<p>Geben Sie bitte hier noch einmal an, auf welche Organisationseinheit sich Ihre folgenden Angaben beziehen (Abteilung, Dienst, Ambulanz...):</p> <p>[BEI MEHRFACHNENNUNG AUSWAHL EINER ORGANISATIONSEINHEIT]</p> <p>.....</p>

B.5.2	[FALLS AUSWAHL "VOLLSTATIONÄRE ABTEILUNG" BEI B.5.1]] Handelt es sich bei Ihrer Abteilung/Station um eine offene oder geschützte Abteilung/Station?	
.1	offen	<input type="checkbox"/>
.2	geschützt	<input type="checkbox"/>
.3	teilweise geschützt, teilweise offen	<input type="checkbox"/>

B.6.1	Über wie viele Betten/Behandlungsplätze verfügt Ihre Organisationseinheit? Bitte eintragen: Betten/Behandlungsplätze
-------	--

B.6.2	Wie viele Patienten werden im Durchschnitt gleichzeitig durch Ihre Organisationseinheit behandelt? Bitte eintragen: im Durchschnitt gleichzeitig behandelte Patienten
-------	---

B.7	Bitte tragen Sie die Gesamtzahl der Beschäftigten ein, die in Ihrer Organisationseinheit arbeiten (Sie selbst eingeschlossen). Bitte unterscheiden Sie nach Beschäftigten in Vollzeit/ganze Stellen (>35 Std. pro Woche) und Teilzeit/halbe Stellen (< 35 Std. pro Woche)	Vollzeit / ganze Stellen / >35 Std. pro Woche	Teilzeit / halbe Stellen / <35 Std. pro Woche
	Anzahl Beschäftigte insgesamt:	.....	.....
	Bitte schlüsseln Sie die Gesamtzahl der Beschäftigten nach Berufsgruppen auf (Sie selbst eingeschlossen):		
.1	Fachärzte/innen für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin	.....	.....
.2	Fachärzte/innen für Kinder- und Jugend-Psychiatrie	.....	.....
.3	Fachärzte/innen anderer Fachgebiete	.....	.....
.4	Ärzte/innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	.....	.....
.5	Psychologische Psychotherapeuten/innen (ggf. Sie selbst eingeschlossen)	.....	.....
.6	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten/innen (ggf. Sie selbst eingeschlossen)	.....	.....
.7	Psychotherapeuten/innen in Ausbildung	.....	.....
.8	Diplom-Psychologen/innen (ohne Approbation als Psychotherapeut/in)	.....	.....

.9	Master Psychologie (ohne Approbation als Psychotherapeut/in) .....	.....
.10	Bachelor Psychologie .....	.....
.11	Diplom-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen, (ohne Approbation als Psychotherapeut/in), Diplom-Sozialarbeiter/in .....	.....
.12	Master (Sozial-, Sonder-, Heil-) Pädagogik (ohne Approbation als Psychotherapeut/in); Master Sozialarbeit .....	.....
.13	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-) Pädagogik .....	.....
.14	Krankenschwestern/-pfleger, Gesundheits-Krankenfachpflegekräfte .....	.....
.15	Andere Berufsgruppen .....	.....
.151	Bitte machen Sie nähere Angaben zu den anderen Berufsgruppen:	

B.8 – B.21 Berufliche Position, Rolle und Arbeitsaufgaben der Befragten

B.8	Was trifft auf Ihre Tätigkeit zu?
.1	Ich arbeite – zumindest teilweise – in der Versorgung von Patienten/innen <input type="checkbox"/>
.2	Ich arbeite gar nicht bzw. nur in seltenen Ausnahmefällen in der Versorgung von Patienten/innen, sondern hauptsächlich...
.21	in Forschung, Lehre <input type="checkbox"/>
.22	in der Verwaltung einer Einrichtung <input type="checkbox"/>
.23	in der Leitung einer Abteilung, Organisationseinheit <input type="checkbox"/>
.24	Im Bereich Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/>
.25	in anderen Arbeitsfeldern und zwar ... <input type="checkbox"/>
.251	Bitte eintragen:.....

B.9	Was trifft auf Ihre persönliche Position innerhalb Ihrer Organisationseinheit zu? Bitte das Zutreffende ankreuzen.			
.1	Ich bin Leiter/in der gesamten Organisationseinheit	<input type="checkbox"/>		
.2	Ich bin stellvertretende/r Leiter/in der gesamten Organisationseinheit	<input type="checkbox"/>		
.3	Ich bin Leiter/in oder stellvertretende/r Leiter/in eines Teilbereichs der Organisationseinheit, einer Teilfunktion oder einer Teilgruppe der Beschäftigten	<input type="checkbox"/>		
.4	Ich habe keine formale Leitungsfunktion, aber ich nehme innerhalb der Organisationseinheit Führungsaufgaben wahr	<input type="checkbox"/>		
.5	Ich habe keine Leitungs- oder Führungsfunktionen	<input type="checkbox"/>		
.6	Keine der Auswahlmöglichkeiten trifft zu, meine Position ist wie folgt:	<input type="checkbox"/>		
.7	[FALLS B.9.2- LEITER/IN EINES TEILBEREICHS] Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Teilbereiche, Teilfunktionen oder Beschäftigtengruppen Sie leiten:			
.8	[FALLS B.9.4 - KEINE FORMALE FUNKTION; ABER FÜHRUNGSAUFGABEN] Bitte machen Sie nähere Angaben zu Art und Umfang Ihrer Führungsaufgaben:			
.9	[FALLS B.9.1 BIS B.9.4 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE, ANSONSTEN WEITER MIT B.10] Wie lautet Ihre offizielle Stellenbezeichnung? (z. B. „Leitende/r [...]“):			
		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> </table>	ja	nein
ja	nein			
.10	Ist Ihre Leitungsfunktion arbeitsvertraglich festgeschrieben?	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.11	Sind Ihre Leitungsbefugnisse und Führungsaufgaben mit Ihrem Arbeitgeber schriftlich vereinbart (z. B. in einer Stellenbeschreibung o. ä.)?	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Leitungsfunktion bzw. Ihre Vorgesetzten.

Vorgesetzte werden nach *disziplinarischen* und *fachlichen* Vorgesetzten unterschieden. Während *disziplinarische* Vorgesetzte den Arbeitseinsatz bestimmen, Arbeitsleistungen z. B. in Form von Zeugnissen bewerten, Urlaub genehmigen u. ä., erteilen *fachliche* Vorgesetzte Anweisungen, die zur Erreichung der Arbeitsergebnisse notwendig sind.

Typische rein disziplinarische Vorgesetzte sind z. B. Personalleiter ohne fachliche Weisungsbefugnis. Typische rein fachliche Vorgesetzte z. B. Projektleiter ohne disziplinarische Befugnis.

In der Praxis ist es häufig so, dass fachliche und disziplinarische Befugnis ganz oder teilweise zusammenfallen. Aufgrund der Flexibilisierung mittels verschiedener Organisationsformen fallen beide Verantwortlichkeiten jedoch auch zunehmend auseinander.

B.10. 1	[FALLS EINMAL "TRIFFT ZU" BEI B.9.1 BIS B.9.5 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE] Sind Sie für Beschäftigte Ihrer Organisationseinheit <u>disziplinarisch</u> der Vorgesetzte?
.1	Ja, ich habe disziplinarische Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>
.2	Nein, ich habe keine disziplinarische Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>

B.10. 2	Für wie viele Beschäftigte Ihrer Organisationseinheit sind Sie disziplinarisch der/die Vorgesetzte?
.1	Ihnen disziplinarisch unterstellte Beschäftigte insgesamt: (Anzahl) darunter:
.11	Fachärzte/innen (Anzahl)
.12	Ärzte/innen ohne abgeschlossene Weiterbildung (Anzahl)
.13	PP/KJP (Anzahl)
.14	Dipl.-Psychologen/innen/ Master Psychologie (Anzahl)
.15	Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen/ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik, Diplom-Sozialarbeiter, Master Sozialarbeit (Anzahl)
.16	Bachelor Psychologie (Anzahl)
.17	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (Anzahl)
.18	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Ergotherapeuten) (Anzahl)
.19	Angehörige anderer Berufsgruppen (Anzahl)

B.11. 1	[FALLS EINMAL "TRIFFT ZU" BEI B.9.1 BIS B.9.5 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE] Sind Sie für Beschäftigte Ihrer Organisationseinheit <u>fachlich</u> der Vorgesetzte?
.1	Ja, ich habe fachliche Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>
.2	Nein, ich habe keine fachliche Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>

B.11. 2	Für wie viele Beschäftigte Ihrer Organisationseinheit sind Sie <u>fachlich</u> der/die Vorgesetzte?
.1	Ihnen fachlich unterstellte Beschäftigte insgesamt: (Anzahl) darunter:
.11	Fachärzte/innen (Anzahl)
.12	Ärzte/innen ohne abgeschlossene Weiterbildung (Anzahl)
.13	PP/KJP (Anzahl)
.14	Dipl.-Psychologen/innen/ Master Psychologie (Anzahl)
.15	Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen/ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik, Diplom-Sozialarbeiter, Master Sozialarbeit (Anzahl)
.16	Bachelor Psychologie (Anzahl)
.17	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (Anzahl)
.18	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Ergotherapeuten) (Anzahl)
.19	Angehörige anderer Berufsgruppen (Anzahl)

B.12	[FALLS B.9.2 BIS B.9.6 - GGF. LEITUNGSFUNKTION; ABER NICHT LEITER DER ORGANISATIONSEINHEIT] Zu welcher Berufsgruppe gehört der/die Leiter/in Ihrer Organisationseinheit? Bitte das Zutreffende ankreuzen.
.1	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin <input type="checkbox"/>
.2	Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugend-Psychiatrie <input type="checkbox"/>
.3	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete <input type="checkbox"/>
.4	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung <input type="checkbox"/>
.5	Psychologische/r Psychotherapeut/in oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.6	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in) <input type="checkbox"/>
.7	Andere Berufsgruppe und zwar ... <input type="checkbox"/>
.71	Bitte eintragen:

B.13	Wer ist Ihr/e unmittelbare/r <u>disziplinarische/r Vorgesetzte/r</u>?
.1	Geschäftsführer/in <input type="checkbox"/>
.2	Ärztliche/r Direktor/in <input type="checkbox"/>
.3	Chefarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.4	Leitende/r Oberarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.5	Oberarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.6	Stationsarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.7	(Leitende/r) Psychotherapeut/in bzw. (Leitende/r) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.8	(Leitende/r) Diplom-Psychologe/in <input type="checkbox"/>
.9	Andere Person und zwar ... <input type="checkbox"/>
.91	Bitte eintragen:

B.14	Wer ist Ihr/e unmittelbare/r fachliche/r Vorgesetzte/r?	
.2	Ärztliche/r Direktor/in	<input type="checkbox"/>
.1	Chefarzt/ärztin	<input type="checkbox"/>
.3	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>
.4	Oberarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>
.5	Stationsarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>
.6	(Leitende/r) Psychotherapeut/in bzw. (Leitende/r) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in	<input type="checkbox"/>
.7	(Leitende/r) Diplom-Psychologe/in	<input type="checkbox"/>
.8	Andere Person und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.81	Bitte eintragen:	

B.15	<p>Bitte geben Sie an, wie Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit in der Organisationseinheit in die folgenden Aufgaben (A bis D) eingebunden sind bzw. was Ihre persönliche Rolle dabei ist.</p> <p>Falls Sie in einem psychologischen/psychotherapeutischen Funktionsdienst tätig sind, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte nur für den psychologischen/psychotherapeutischen Behandlungsteil.</p>	
B.15.1	<p>A. Entscheidung über die Indikation zur Psychotherapie bzw. über die Modalitäten der psychotherapeutischen Behandlung eines Patienten</p>	
.11	Im Zweifelsfall kann ich die Entscheidung völlig eigenständig treffen, so als wäre ich der/die Letztverantwortliche.	<input type="checkbox"/>
.12	Solche Entscheidungen werden nach Rücksprache mit mir oder kollegial im Team getroffen. Ich bin an der Entscheidungsfindung beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.13	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen, Entscheidungen dieser Art werden ohne meine Mitwirkung getroffen.	<input type="checkbox"/>
.14	<p>[FALLS B.15.1- .13 ODER .14 - KEINE EIGENSTÄNDIGE ENTSCHEIDUNG]</p> <p>Zu welcher(n) Berufsgruppe(n) gehört(en) die entscheidungsbefugte(n) Person(en)?</p>	
.141	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.142	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.143	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.144	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.145	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.146	Angehörige/r einer anderen Berufsgruppe, und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.1461	<p>Bitte eintragen:</p> <p>.....</p>	

B.15. 2	B. Aufstellung eines Behandlungsplans für einen Patienten	
.21	Im Zweifelsfall kann ich die Entscheidung völlig eigenständig treffen, so als wäre ich der/die Letztverantwortliche.	<input type="checkbox"/>
.22	Solche Entscheidungen werden nach Rücksprache mit mir oder kollegial im Team getroffen. Ich bin an der Entscheidungsfindung beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.23	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen, Entscheidungen dieser Art werden ohne meine Mitwirkung getroffen.	<input type="checkbox"/>
.24	[FALLS B.15.2- .13 ODER .14 - KEINE EIGENSTÄNDIGE ENTSCHEIDUNG] Zu welcher(n) Berufsgruppe(n) gehört(en) die entscheidungsbefugte(n) Person(en)?	
.241	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.242	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.243	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.244	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.245	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.246	Person einer anderen Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.2461	Bitte eintragen:	

B.15.3	C. Überprüfung des Behandlungsfortschritts, ggf. Veranlassung von Änderungen des Behandlungsplans	
.31	Im Zweifelsfall kann ich die Entscheidung völlig eigenständig treffen, so als wäre ich der/die Letztverantwortliche.	<input type="checkbox"/>
.32	Solche Entscheidungen werden nach Rücksprache mit mir oder kollegial im Team getroffen. Ich bin an der Entscheidungsfindung beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.33	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen, Entscheidungen dieser Art werden ohne meine Mitwirkung getroffen.	<input type="checkbox"/>
.34	[FALLS B.15.2- .13 ODER .14 - KEINE EIGENSTÄNDIGE ENTSCHEIDUNG] Zu welcher(n) Berufsgruppe(n) gehört(en) die entscheidungsbefugte(n) Person(en)?	
.341	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.342	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.343	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.344	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.345	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.346	Person einer anderen Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.3461	Bitte eintragen:	

B.15.4	D. Entscheidung über die Behandlungsdauer (Entlassung, Verlängerung des Aufenthalts) oder über den Wechsel des Behandlungssettings (z. B. von vollstationär nach teilstationär)	
.41	Im Zweifelsfall kann ich die Entscheidung völlig eigenständig treffen, so als wäre ich der/die Letztverantwortliche.	<input type="checkbox"/>
.42	Solche Entscheidungen werden nach Rücksprache mit mir oder kollegial im Team getroffen. Ich bin an der Entscheidungsfindung beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.43	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen, Entscheidungen dieser Art werden ohne meine Mitwirkung getroffen.	<input type="checkbox"/>
.44	[FALLS B.15.2- .13 ODER .14 - KEINE EIGENSTÄNDIGE ENTSCHEIDUNG] Zu welcher(n) Berufsgruppe(n) gehört(en) die entscheidungsbefugte(n) Person(en)?	
.441	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.442	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.443	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.444	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.445	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.446	Person einer anderen Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.4461	Bitte eintragen:	
B.16	Ich kodiere Diagnosen und/oder dokumentiere erbrachte Leistungen zu Abrechnungszwecken (z. B. OPS-Codes) oder im Rahmen der Qualitätssicherung (z. B. KTL-Codes).	
.1	trifft zu	<input type="checkbox"/>
.2	trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>

B.17	Verfassen von Entlassungsberichten	
B.17.1	Bitte geben Sie an, ob Sie an der Erstellung von Entlassungsberichten beteiligt sind.	
.1	ja	<input type="checkbox"/>
.2	Nein, bzw. nur in Ausnahmefällen	<input type="checkbox"/>
B.17.2	[FALLS "Ja" BEI B.17.1] Wer unterschreibt die von Ihnen (mit-)verfassten Entlassungsberichte?	
.1	Ich unterschreibe zusammen mit anderen Personen	<input type="checkbox"/>
.2	Ich unterschreibe nicht, es unterschreiben nur andere Personen.	<input type="checkbox"/>
B.17.3	Zu welcher(n) Berufsgruppe gehört(en) die (mit-)unterschreibende(n) Person(en)? [MEHRFACHNENNUNG]	
.31	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.32	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.33	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.34	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.35	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.36	Person einer anderen Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.361	Bitte eintragen:	

B.18	Verfassen von Gutachten	
B.18.1	Bitte geben Sie an, inwiefern Sie an der Erstellung von Gutachten beteiligt sind.	
.1	Ich erstelle Gutachten komplett eigenständig.	<input type="checkbox"/>
.2	Ich bin als Teil eines Teams an der Erstellung von Gutachten beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.3	An der Erstellung von Gutachten bin ich nicht bzw. nur in Ausnahmefällen beteiligt.	<input type="checkbox"/>
B.18.2	[FALLS "Eigenständig" ODER "Beteiligt" BEI B.18.1] Wer unterschreibt die von Ihnen (mit-)verfassten Gutachten?	
.1	Ich unterschreibe allein.	<input type="checkbox"/>
	Ich unterschreibe zusammen mit anderen Personen.	<input type="checkbox"/>
	Ich unterschreibe nicht, es unterschreiben nur andere Personen.	<input type="checkbox"/>
B.18.3	[FALLS "Zusammen mit anderen" ODER "nur andere" BEI B.18.2.] Zu welcher(n) Berufsgruppe gehört(en) die (mit-)unterschreibende(n) Person(en)? [MEHRFACHNENNUNG]	
.31	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.32	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.33	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.34	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.35	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.36	Person einer anderen Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.361	Bitte eintragen:	

B.19	Bei Patienten/innen, die von Ihnen psychotherapeutisch behandelt werden: Welchen Einfluss haben Sie auf Entscheidungen über den Beginn, die Änderung oder Fortsetzung einer Psychopharmakotherapie?	
.1	Ich habe keine Patienten/innen, die eine Psychopharmakotherapie erhalten.	<input type="checkbox"/>
.2	Diese Entscheidungen kann ich eigenständig treffen, so als hätte ich die Befugnis.	<input type="checkbox"/>
.4	Solche Entscheidungen werden nach Rücksprache mit mir oder Beratung im Team getroffen. Ich bin an der Entscheidungsfindung maßgeblich beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.5	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen, Entscheidungen dieser Art werden ohne meine Mitwirkung getroffen.	<input type="checkbox"/>
.61	Ergänzende Angaben:	Keine ergänzenden Angaben <input type="checkbox"/>

B.20	Bitte geben Sie an, ob die folgenden Tätigkeiten zu Ihren regulären dienstlichen Aufgaben innerhalb Ihrer Organisationseinheit gehören.	trifft zu	trifft nicht zu
.1	Regelmäßige Leitung von Visiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Regelmäßige Teilnahme an den Visiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Vertretung des/der Leiters/in der Organisationseinheit bei den Visiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Führen von Gesprächen zur Mitarbeiterführung mit Beschäftigten aus den Berufsgruppen Ärzte/PP/KJP/Dipl.-Psych./Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-) Päd./M.Sc./M.A. Psychologie/(Sozial-, Sonder-, Heil-) Pädagogik, Diplom-SozialarbeiterInnen, Master Sozialarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Führen von Gesprächen zur Mitarbeiterführung mit Beschäftigten anderer Berufsgruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.6	Erstellen bzw. Lieferung von Beiträgen zu Arbeits-/ Dienstzeugnissen für Beschäftigte aus den Berufsgruppen Ärzte/PP/KJP/Dipl.-Psych./Dipl.-Päd./Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Päd./M.Sc./M.A. Psychologie/(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik, Diplom-SozialarbeiterInnen, Master Sozialarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.7	Erstellung bzw. Lieferung von Beiträgen zu Arbeits-/ Dienstzeugnissen für Beschäftigte aus anderen Berufsgruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.8	Beteiligung an Personalentscheidungen (Einstellungen, Beförderungen, Entlassungen) für Beschäftigte aus den Berufsgruppen Ärzte/PP/KJP/Dipl.-Psych./Dipl.-Päd./Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Päd./ M.Sc./M.A. Psychologie/(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik, Diplom-SozialarbeiterInnen, Master Sozialarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.9	Beteiligung an Personalentscheidungen (Einstellungen, Beförderungen, Entlassungen) für Beschäftigte aus anderen Berufsgruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.10	Beteiligung an Entscheidungen über Organisation und Arbeitsabläufe in der Organisationseinheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.11	Mitverantwortung für das Erreichen von Wirtschaftlichkeitszielen der Organisationseinheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.21		Im Folgenden geht es um dienstliche Aufgaben, die nicht nur Ihre eigene, sondern auch andere Organisationseinheiten oder das Krankenhaus/die Klinik insgesamt betreffen. Bitte geben Sie an, ob diese Tätigkeiten zu Ihren regulären dienstlichen Aufgaben gehören.	
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Teilnahme an Sitzungen von Leitungsgremien des Krankenhauses/der Klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Mitwirkung an Entscheidungen über therapeutische Konzepte, Art und Umfang des Behandlungsangebots (stationsübergreifend/auf Ebene der Abteilung oder des Hauses).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Mitwirkung an Entscheidungen über Organisation und Arbeitsabläufe (stationsübergreifend/auf Ebene der Abteilung oder des Hauses).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Mitwirkung an Personalplanungsprozessen (stationsübergreifend/auf Ebene der Abteilung oder des Hauses).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Beteiligung an der Formulierung von Wirtschaftlichkeitszielen für Ihre eigene Organisationseinheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.6	Beteiligung an der Formulierung von Wirtschaftlichkeitszielen für das gesamte Haus oder die Abteilung, zu der Ihre Organisationseinheit gehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.7	Aufgaben im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, Vertretung der Einrichtung nach innen und außen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.22 – B.27 Aufgaben im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung anderer Beschäftigter

B.22		Wenn Sie Ihre tatsächlich erbrachte Arbeitsleistung in Hinblick auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung von anderen Beschäftigten betrachten, was trifft auf Sie zu?	
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Ich bin regelmäßig in der Ausbildung, Anleitung und Supervision von Ärzten/innen tätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Ich bin regelmäßig in der Ausbildung, Anleitung und Supervision von Beschäftigten aus dem therapeutischen oder pflegerischen Bereich tätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.23	Bitte machen Sie Angaben zu Ihren Aufgaben im Rahmen der Ausbildung von Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA), die ihre praktische Tätigkeit in Ihrer Einrichtung ableisten.	
	trifft zu	trifft nicht zu
B.23.1	In meinem Krankenhaus/meiner Klinik gibt es Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA), die dort ihre praktische Tätigkeit ableisten. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B.23.2	[FALLS "TRIFFT ZU" BEI B.21.1 - IN DER KLINIK GIBT ES PIA, ANSONSTEN WEITER MIT B.25] Bitte geben Sie an, wie viele Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) in <u>Ihrem gesamten Krankenhaus/Klinik</u> im Durchschnitt gleichzeitig ihre praktische Tätigkeit ableisten. .21 Im Durchschnitt ca. PiA gleichzeitig .22 weiß nicht <input type="checkbox"/>	
B.23.3	Bitte geben Sie an, wie viele Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) in <u>Ihrer eigenen Organisationseinheit</u> im Durchschnitt gleichzeitig ihre praktische Tätigkeit ableisten. .31 Im Durchschnitt ca. PiA gleichzeitig .32 weiß nicht <input type="checkbox"/>	
	trifft zu	trifft nicht zu
B.23.4	Ich bin selbst an der Ausbildung (Anleitung, Supervision) von Psychotherapeuten/innen in Ausbildung während ihrer praktischen Tätigkeit beteiligt. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B.23.5	[FALLS "TRIFFT ZU" BEI B.21.1.4 - SELBST BETEILIGT, ANSONSTEN WEITER MIT B.21.2] Bitte geben Sie an, wie viele Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) Sie persönlich im Durchschnitt gleichzeitig ausbilden/anleiten: Im Durchschnitt ca. PiA gleichzeitig	
B.23.6	Wie viele Stunden pro Woche wenden Sie im Durchschnitt für die Ausbildung und Anleitung der Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) auf: Im Durchschnitt ca. Stunden pro Woche	

B.23. 7	[FALLS "TRIFFT NICHT ZU" BEI B.21.1.4 - SELBST NICHT AN AUSBILDUNG BETEILIGT]: Welche Personen sind in Ihrer Abteilung/Organisationseinheit für die Ausbildung und Anleitung der Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) zuständig? [FALLS "TRIFFT ZU" BEI B.21.1.4 - SELBST AN AUSBILDUNG BETEILIGT]: Welche Personen aus Ihrer Abteilung/Organisationseinheit sind außer Ihnen noch für die Ausbildung und Anleitung der Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) zuständig? (Mehrfachnennungen möglich)		
.1	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	
.2	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>	
.3	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	
.4	PP/KJP	<input type="checkbox"/>	
.5	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>	
.6	Personen aus anderen Berufsgruppen und zwar ...	<input type="checkbox"/>	
.61	Bitte eintragen:		

B.24	[FALLS EINGABE BEI B.21.1.3 > 0] Wie würden Sie die Bedeutung und Rolle der Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) für Ihre Organisationseinheit beschreiben?			
		trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht
.1	Die Mitarbeit der PiA macht den regulären Beschäftigten eher zusätzliche Arbeit und stellt kaum eine Entlastung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Die Mitarbeit der PiA stellt für die regulären Beschäftigten eine gewisse Entlastung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Die Mitarbeit der PiA stellt für die regulären Beschäftigten eine starke Entlastung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohne die Mitarbeit der PiA wären die Versorgungsaufgaben der Organisationseinheit nicht oder schlechter zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.25	Ist es in Ihrem/r Krankenhaus/Klinik bereits vorgekommen, dass...			
		ist bereits vorgekommen	ist noch nicht vorgekommen	ist mir nicht bekannt
.1	...eine freie bzw. neu geschaffene Stelle statt mit einem/r PP/KJP bzw. einem/r (Fach-)Arzt/Ärztin mit mehreren PiA besetzt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.26	Wie verfährt Ihre Einrichtung im Hinblick auf die Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA), die in Ihrem Hause ihre praktische Tätigkeit ableisten?			
.1	Die PiA erhalten eine reguläre Vergütung entsprechend Ihrer akademischen Grundausbildung (d. h. als Dipl.-Psych./Master Psychologie, Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Päd./Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik	<input type="checkbox"/>		
.2	Die PiA erhalten eine Praktikumsvergütung (d. h. auf jeden Fall niedriger als die Vergütung entsprechend Ihrer akademischen Grundausbildung)	<input type="checkbox"/>		
.3	Die PiA erhalten normalerweise keine Vergütung	<input type="checkbox"/>		

B.27	Bitte tragen Sie ein, wie sich Ihre Arbeitszeit in einem durchschnittlichen Monat prozentual auf die folgenden Aufgabenbereiche verteilt.	
.1	Aufgaben mit unmittelbarem Patientenbezug: Diagnostik, Therapie, Visite, Begutachtung	ca. %
.2	Aufgaben mit mittelbarem Patientenbezug: Fall-/Therapiebesprechungen, Supervision, Teambesprechungen	ca. %
	Aufgaben der patientenbezogenen Dokumentation: Dokumentation, Entlassungsberichte, Kodieraufgaben	ca. %
.2	Aufgaben der internen Fortbildung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten in Ausbildung und ggf. anderen Beschäftigten	ca. %
.3	Aufgaben der allgemeinen Personalführung (ohne Aus-/Fort-/Weiterbildung)	ca. %
	Aufgaben im Bereich Forschung/Lehre	ca. %
	Aufgaben im Bereich Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	ca. %
	Aufgaben der sonstigen Administration der Organisationseinheit oder Abteilung	ca. %
.5	Sonstige Aufgaben und zwar:	ca. %
.6	Bitte eintragen:	
	[SUMMIERUNG DER ANGABEN WÄHREND DER EINGABE ZUR KONTROLLE] Summe	100 %

B.28 – B.30 Aufgaben- und Vergütungsvergleich, Weiterbildungs- und Aufstiegschancen

B.28	<p>Wenn Sie einmal die Gesamtheit Ihrer dienstlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten betrachten, mit welcher der folgenden ärztlichen Positionen lässt sich dann Ihre Rolle in dem Krankenhaus/der Klinik am ehesten vergleichen?</p> <p>Aufgrund der Gesamtheit meiner dienstlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten wäre meine Rolle am ehesten zu vergleichen mit der eines/r</p>	
.1	Chefarztes/-ärztin	<input type="checkbox"/>
.2	Leitende/r Oberarzt/-ärztin (Vertretung des/der Chefarztes/-ärztin)	<input type="checkbox"/>
.3	Oberarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>
	Facharzt/-ärztin (ohne Oberarztfunktion)	<input type="checkbox"/>
.4	Assistenzarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>
.5	Ärztliche/r Leiter/in einer Funktionsabteilung (z. B. Radiologie, Labor)	<input type="checkbox"/>
.6	Andere Position und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.7	Bitte eintragen:	

B.29	<p>Wie beurteilen Sie die internen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für PP/KJP in Ihrer Einrichtung?</p>		
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	In meiner Einrichtung werden PP/KJP durch Fort- und Weiterbildungen gezielt gefördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.11	Meine Einrichtung übernimmt die Kosten für Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.12	Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen können während der Arbeitszeiten wahrgenommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.30		Wie beurteilen Sie die internen Aufstiegschancen für PP/KJP in Ihrer Einrichtung?	
		trifft zu	trifft nicht zu
.2	Meine Einrichtung bietet gute Aufstiegschancen für PP/KJP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.21	In meinem Bereich gibt es für PP/KJP die Chance zur Erweiterung des Verantwortungs- und Tätigkeitsfeldes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.22	In meinem Bereich gibt es für PP/KJP die Chance zur Übernahme einer Leitungsfunktion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.31 – B.34 Versorgungsaufgaben der Organisationseinheit des Befragten

B.31	<p>Bitte schätzen Sie ein, wie viele Patienten <u>zur Zeit</u> in Ihrer Organisationseinheit (z. B. Station, Institutsambulanz) behandelt werden:</p> <p style="text-align: right;">Ungefähre Anzahl Patienten insgesamt:</p>
------	---

B.32.1	Sind psychische Störungsbilder der Hauptanlass für den stationären Aufenthalt der Patienten, die von Ihrer Organisationseinheit versorgt werden?
.1	ja <input type="checkbox"/>
.2	nein <input type="checkbox"/>

B.32.2	<p>Bitte schlüsseln Sie die Gesamtzahl der Patienten nach ihrem hauptsächlichen Störungsbild (Hauptdiagnose) auf.</p> <p>Unter Hauptdiagnose wird die Diagnose verstanden, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist bzw. im Fall von Komorbidität diejenige Diagnose, deren Behandlung im Rahmen des stationären Aufenthaltes im Vordergrund steht.</p> <p><i>Bsp.: wenn beispielsweise ein Patient mit einer Alkoholabhängigkeit und einer depressiven Episode zur Entgiftung/Entwöhnung stationär behandelt wird, sollte er bei Alkoholstörungen gezählt werden. Wenn der gleiche Patient unter Abstinenzbedingungen auf einer psychotherapeutischen Station behandelt wird, sollte er unter Unipolare Depressionen gezählt werden.</i></p>
	F0 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
	Demenz (F00-F03) (Anzahl)
	Psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (z.B. Delir, organische Halluzinose) (F04-F09) (Anzahl)
	F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
	Störungen durch Alkohol (F10) (Anzahl)

	Andere Störungen durch psychotrope Substanzen (F11-F19)	(Anzahl)
	F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	(Anzahl)
	F3 Affektive Störungen	
	Bipolare affektive Störung (F31)	(Anzahl)
	Unipolare Depression (F32-F33)	(Anzahl)
	Anhaltende und andere affektive Störungen (F34, F38-F39)	(Anzahl)
	F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	
	Phobische Störung (F40)	(Anzahl)
	Panikstörung, Generalisierte Angststörung (F41)	(Anzahl)
	Zwangsstörung (F42)	(Anzahl)
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	(Anzahl)
	Anpassungsstörungen (F43.2)	(Anzahl)
	Somatoforme Störungen (F45)	(Anzahl)
	Andere neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F43.0, F43.8-F48)	(Anzahl)
	F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
	Anorexia nervosa (F50.0-F50.1)	(Anzahl)
	Bulimia nervosa (F50.2)	(Anzahl)
	Andere Essstörungen und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50.3-F59)	(Anzahl)
	F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)	(Anzahl)
	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60.0-F60.2, F60.4-F69)	(Anzahl)
	F7 Intelligenzminderung	
	F8 Entwicklungsstörungen	
	F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	
	Hyperkinetische Störungen (F90)	(Anzahl)
	Störungen des Sozialverhaltens (F91)	(Anzahl)
	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)	(Anzahl)
	Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	(Anzahl)
	Bindungsstörungen (F94.1-F94.2)	(Anzahl)
	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F94.0, F94.8 -F99)	(Anzahl)

[DIE FOLGENDEN FRAGEN B.33 WERDEN ZWEI MAL GESTELLT:

FÜR DIE PATIENTENGRUPPE MIT DEM HÖCHSTEN UND DEM ZWEITHÖCHSTEN ANTEILSWERT BEI E.31 (Z. B. PATIENTEN MIT DER DIAGNOSE F.20 SCHIZOPHRENIE UND PATIENTEN MIT DER DIAGNOSE BIPOLARE DEPRESSION)

B.33	<p>Zu (maximal) zwei der von Ihrer Organisationseinheit behandelten Patientengruppen möchten wir Sie im Folgenden etwas detaillierter befragen.</p> <p>Bitte machen Sie nähere Angaben zum normalerweise üblichen Behandlungskonzept bei der folgenden von Ihnen angegebenen Patientengruppe:</p> <p>Patienten/innen mit der Hauptdiagnose:</p>	
	z.B. Schizophrenie	ca. [AUS FRAGE B.32.2] (Anzahl)
B.33.1	<p>Wie vielen dieser Patienten wird durch Ihre Organisationseinheit eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka angeboten?</p>	
.11	Allen Patienten mit diesem Störungsbild wird eine medikamentöse Behandlung angeboten.	<input type="checkbox"/>
.12	Einem Teil der Patienten wird eine medikamentöse Behandlung angeboten.	<input type="checkbox"/>
.13	Den Patienten mit diesem Störungsbild wird normalerweise keine medikamentöse Behandlung angeboten.	<input type="checkbox"/>
.14	<p>[FALLS B.33.12 - EINEM TEIL]</p> <p>Bitte schätzen Sie, zu welchem Prozentsatz den Patienten mit diesem Störungsbild normalerweise eine medikamentöse Behandlung angeboten wird:</p> <p>Im Durchschnitt ca. Prozent der Patienten mit diesem Störungsbild</p>	

B.33. 2	Wie vielen dieser Patienten wird durch Ihre Organisationseinheit eine psychotherapeutische Behandlung angeboten?
	Zur psychotherapeutischen Behandlung zählen psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche, die eine positive Beeinflussung von Störungs- und Leidenszuständen in Richtung auf ein nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (z. B. Symptomreduktion und/oder Strukturveränderungen der Persönlichkeit) anstreben. Die Gesprächsführung ist geplant und kontrolliert, d. h. zur Beeinflussung der Störungs- und Leidenszustände werden lehrbare Techniken eingesetzt, die sich auf eine Theorie normalen und pathologischen Verhaltens beziehen.
.21	Allen Patienten mit diesem Störungsbild wird eine psychotherapeutische Behandlung angeboten. <input type="checkbox"/>
.22	Einem Teil der Patienten wird eine psychotherapeutische Behandlung angeboten. <input type="checkbox"/>
.23	Den Patienten mit diesem Störungsbild wird normalerweise keine psychotherapeutische Behandlung angeboten. <input type="checkbox"/>
.24	[FALLS B.33.22 - EINEM TEIL] Bitte schätzen Sie, zu welchem Prozentsatz den Patienten mit diesem Störungsbild normalerweise eine psychotherapeutische Behandlung angeboten wird: Im Durchschnitt ca. Prozent der Patienten mit diesem Störungsbild

B.33. 3	Welchem Verfahren lassen sich die psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen in Ihrer Organisationseinheit bei dieser Patientengruppe am ehesten zuordnen?
	Wenn mehrere Verfahren und Techniken zum Einsatz kommen, geben Sie bitte hier das leitende oder dominierende Verfahren an.
.31	(Kognitive) Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/>
.32	Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/>
.33	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/>
.34	Systemische Therapie <input type="checkbox"/>
.35	Gesprächspsychotherapie/klientenzentrierte Psychotherapie <input type="checkbox"/>
.36	Andere Verfahren und zwar ... <input type="checkbox"/>
.361	Bitte eintragen:

B.33. 4	Wie vielen dieser Patienten wird eine Einzelbehandlung angeboten?		
.41	Allen Patienten mit diesem Störungsbild wird eine psychotherapeutische Einzelbehandlung angeboten.	<input type="checkbox"/>	
.42	Einem Teil der Patienten mit diesem Störungsbild wird eine psychotherapeutische Einzelbehandlung angeboten.	<input type="checkbox"/>	
.42	Keinem Teil der Patienten mit diesem Störungsbild wird eine psychotherapeutische Einzelbehandlung angeboten (nur Gruppentherapie).	<input type="checkbox"/>	
.43	<p>[FALLS B.33.42 - EINEM TEIL, ANSONSTEN WEITER MIT B.33.5]</p> <p>Bitte schätzen Sie, zu welchem Prozentsatz den Patienten mit diesem Störungsbild normalerweise eine psychotherapeutische Einzelbehandlung angeboten wird:</p> <p>Im Durchschnitt ca. Prozent der Patienten mit diesem Störungsbild</p>		
B.33. 5	Wie viele Stunden psychotherapeutische Einzelbehandlung pro Woche erhalten diese Patienten im Durchschnitt?		
	Im Durchschnitt ca. Zeitstunden pro Woche/pro Patient		
B.33. 6	Wie viele Stunden psychotherapeutische Gruppenbehandlung pro Woche erhalten diese Patienten im Durchschnitt?		
	Im Durchschnitt ca. Zeitstunden pro Woche/pro Patient		

B.33. 7	Im Folgenden möchten wir Sie aufgrund Ihrer fachlichen Expertise um eine persönliche Einschätzung bitten.			
	Wie beurteilen Sie insgesamt die psychotherapeutische Behandlung dieser Patientengruppe durch Ihre Organisationseinheit?			
		trifft zu	teils, teils	trifft nicht zu
.71	Alle Patienten, die von einer Psychotherapie profitieren können, erhalten ein angemessenes psychotherapeutisches Angebot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.72	Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.73	Die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung (z. B. Zahl der Sitzungen, Einzel- vs. Gruppentherapie) ist diesem Störungsbild insgesamt angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.74	Bei der Festlegung der psychotherapeutischen Behandlungsmodalitäten wird die individuelle Situation eines Patienten normalerweise angemessen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>B.33.8</p>	<p>Welches Behandlungskonzept vertritt die Leitung Ihrer Organisationseinheit in Bezug auf diese Patientengruppe?</p> <p>Bitte beantworten Sie die Frage, indem Sie den Schieberegler auf der Antwortskala durch Anklicken und Ziehen mit der Maus zwischen den zwei vorgegebenen Polen in die Position bringen, die dem von der Leitung Ihrer Organisationseinheit vertretenen Behandlungskonzept entspricht</p>		
	<p>[SCHIEBEREGLER, SKALA 1 BIS 10]</p>		
<p>.81</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> <p>Biologisch</p> <p>Das Störungsbild wird als biologisch bedingte Erkrankung gesehen und vorwiegend medikamentös behandelt. Psychotherapie wird nur als ergänzende, nicht zwingend erforderliche Behandlungsoption angeboten.</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> <p>Psychosozial</p> <p>Das Störungsbild wird als überwiegend psychosozial bedingte Erkrankung gesehen. Psychotherapeutische Behandlungsansätze stehen ganz im Vordergrund, medikamentöse Behandlung wird nur in begründeten Ausnahmefällen eingesetzt.</p> </td> </tr> </table>	<p>Biologisch</p> <p>Das Störungsbild wird als biologisch bedingte Erkrankung gesehen und vorwiegend medikamentös behandelt. Psychotherapie wird nur als ergänzende, nicht zwingend erforderliche Behandlungsoption angeboten.</p>	<p>Psychosozial</p> <p>Das Störungsbild wird als überwiegend psychosozial bedingte Erkrankung gesehen. Psychotherapeutische Behandlungsansätze stehen ganz im Vordergrund, medikamentöse Behandlung wird nur in begründeten Ausnahmefällen eingesetzt.</p>
<p>Biologisch</p> <p>Das Störungsbild wird als biologisch bedingte Erkrankung gesehen und vorwiegend medikamentös behandelt. Psychotherapie wird nur als ergänzende, nicht zwingend erforderliche Behandlungsoption angeboten.</p>	<p>Psychosozial</p> <p>Das Störungsbild wird als überwiegend psychosozial bedingte Erkrankung gesehen. Psychotherapeutische Behandlungsansätze stehen ganz im Vordergrund, medikamentöse Behandlung wird nur in begründeten Ausnahmefällen eingesetzt.</p>		

<p>B.33.9</p>	<p>Bitte bewerten Sie, welchen Stellenwert die drei folgenden Behandlungsansätze bei der Behandlung dieser Patientengruppe in Ihrer Organisationseinheit haben.</p>			
	<p>Stellenwert ist</p>	<p>zu hoch</p>	<p>angemessen</p>	<p>zu gering</p>
<p>.91</p>	<p>Medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>.92</p>	<p>Psychotherapie</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>.93</p>	<p>Komplementäre Therapien (z.B. Ergotherapie, Bewegungstherapie, Kreative Therapien)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>B.33.10</p>	<p>Welche Defizite oder Verbesserungspotenziale bestehen aus Ihrer Sicht bei der psychotherapeutischen Versorgung dieser Patientengruppe durch Ihre Organisationseinheit?</p>		
<p>.10.1</p>	<p>Bitte eintragen:</p> <p>.....</p>		
<p>.10.2</p>	<p>Aus meiner Sicht bestehen keine nennenswerten Defizite.</p>	<input type="checkbox"/>	

[B.33.1 BIS B.33.10 ANALOG FÜR EINE ZWEITE PATIENTENGRUPPE, FALLS IN ORGANISATIONSEINHEIT BEHANDELT, AUSWAHL S. ERLÄUTERUNGEN VOR B.33]

B.34 Bitte schätzen Sie für die in Ihrer Organisationseinheit vertretenen Berufsgruppen die tatsächlichen Anteile an der Wahrnehmung der psychotherapeutischen Versorgungsaufgaben.		Anteil an der Wahrnehmung der psychotherapeutischen Versorgungsaufgaben
.1	Fachärzte/-ärztinnen für Psychiatrie/ Psychotherapie/Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	ca. %
.2	Fachärzte/-ärztinnen anderer Fachgebiete	ca. %
.3	Ärzte/Ärztinnen ohne abgeschlossene Weiterbildung	ca. %
.4	PP/KJP	ca. %
.5	Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA)	ca. %
.6	Diplom-Psychologen/innen/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	ca. %
.7	Diplom-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen/ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	ca. %
.8	Sonstige Berufsgruppen und zwar: Bitte eintragen:	ca. %
	Summe	100 %

A3. Fragebogenteil C – Angestellte Psychotherapeuten/innen in Beratungsstellen

[FALLS A.15=4 ODER .6 - BERATUNGSSTELLE]

C. Angestellte Psychotherapeuten/innen in Beratungsstellen

C.1 – C.3 Angaben zur Einrichtung

C.1	Bitte machen Sie nähere Angaben zur Art bzw. zu den Tätigkeitsschwerpunkten der Einrichtung, in der Sie beschäftigt sind. (Falls Ihre Einrichtung mehrere Tätigkeitsschwerpunkte hat, bitte mehrfach ankreuzen.)
.1	Suchtberatung <input type="checkbox"/>
.2	Ehe-, Paar- und Lebensberatung <input type="checkbox"/>
.3	Sexualberatung <input type="checkbox"/>
.4	Schwangerschaftsberatung/Schwangerschaftskonfliktberatung <input type="checkbox"/>
.5	Kombinierte Beratungsstelle <input type="checkbox"/>
.51	Bitte machen Sie nähere Angaben:
.6	Sonstige Beratungsstellen/Tätigkeitsschwerpunkte: <input type="checkbox"/>
.61	Bitte machen Sie nähere Angaben:

C.2	In welcher Trägerschaft befindet sich die Einrichtung, in der Sie tätig sind?
.1	Bund <input type="checkbox"/>
.2	Land <input type="checkbox"/>
.3	Kommune <input type="checkbox"/>
.4	Landeswohlfahrtsverband (LWV), Kommunalverband <input type="checkbox"/>
.5	Kirchen und Träger der freien Wohlfahrtspflege <input type="checkbox"/>
.6	Private Träger (z.B. Verein, gGmbH) <input type="checkbox"/>
.7	Sonstige Träger: <input type="checkbox"/>
.71	Bitte machen Sie nähere Angaben:

C.3	<p>Bitte tragen Sie die Gesamtzahl der Beschäftigten ein, die in Ihrer Einrichtung arbeiten (Sie selbst eingeschlossen).</p> <p>Bitte unterscheiden Sie nach Beschäftigten in Vollzeit/ganze Stellen (>35 Std. pro Woche) und Teilzeit/halbe Stellen (< 35 Std. pro Woche)</p>	<p>Vollzeit / ganze Stellen / >35 Std. pro Woche</p>	<p>Teilzeit / halbe Stellen / <35 Std. pro Woche</p>
	<p>Anzahl Beschäftigte insgesamt:</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
	<p>Bitte schlüsseln Sie die Gesamtzahl der Beschäftigten nach Berufsgruppen auf (Sie selbst eingeschlossen):</p>		
.1	<p>Psychologische Psychotherapeuten/innen (ggf. Sie selbst eingeschlossen)</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.2	<p>Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten/innen (ggf. Sie selbst eingeschlossen)</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.3	<p>Psychotherapeuten/innen in Ausbildung</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.4	<p>Diplom-Psychologen/innen (ohne Approbation als Psychotherapeut/in)</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.5	<p>Master Psychologie (ohne Approbation als Psychotherapeut/in)</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.6	<p>(Fach-)Ärzte/innen</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.7	<p>Bachelor Psychologie</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.8	<p>Diplom-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen, (ohne Approbation als Psychotherapeut/in), Diplom-Sozialarbeiter/in</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.9	<p>Master (Sozial-, Sonder-, Heil-) Pädagogik (ohne Approbation als Psychotherapeut/in); Master Sozialarbeit</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.10	<p>Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-) Pädagogik</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.11	<p>Spezialtherapeuten/innen (z. B. Ergo-, Physio-therapeuten/innen, Logopäden/ innen, Kunst-, Musik-, Tanztherapeuten/innen)</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.12	<p>Erzieher/innen, Heilerziehungspfleger</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.13	<p>Verwaltungskräfte</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.14	<p>Andere Berufsgruppen</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
.141	<p>Bitte machen Sie nähere Angaben zu den anderen Berufsgruppen:</p> <p>.....</p>		

C.4 – C.13 Berufliche Position, Rolle und Arbeitsaufgaben der Befragten

C.4	Was trifft auf Ihre Tätigkeit zu?
.1	Ich arbeite – zumindest teilweise – unmittelbar mit Klienten <input type="checkbox"/>
.2	Ich arbeite nicht bzw. nur in seltenen Ausnahmefällen mit Klienten, sondern ...
.21	in Forschung/Lehre <input type="checkbox"/>
.22	in der Verwaltung einer Einrichtung <input type="checkbox"/>
.23	In anderen Arbeitsfeldern und zwar ... <input type="checkbox"/>
.231	Bitte eintragen:.....

C.5	Was trifft auf Ihre persönliche Position innerhalb Ihrer Einrichtung zu?
.1	Ich bin Leiter/in der gesamten Einrichtung <input type="checkbox"/>
.2	Ich bin stellvertretende/ Leiter/in der gesamten Einrichtung <input type="checkbox"/>
.3	Ich bin Leiter/in oder stellvertretende/r Leiter/in eines Teilbereichs der Einrichtung, einer Teilfunktion oder einer Teilgruppe der Beschäftigten <input type="checkbox"/>
.4	Ich habe keine formale Leitungsfunktion, aber ich nehme innerhalb der Einrichtung Führungsaufgaben wahr <input type="checkbox"/>
.5	Ich habe keine Leitungs- oder Führungsfunktionen <input type="checkbox"/>
.6	Keine der Auswahlmöglichkeiten trifft zu <input type="checkbox"/>
.7	[FALLS "Leiter/in eines Teilbereichs" BEI C.5] Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Teilbereiche, Teilfunktionen oder Beschäftigtengruppen Sie leiten:
.8	[FALLS "Keine formale Funktion, aber Führungsaufgaben" BEI C.5] Bitte machen Sie nähere Angaben zu Art und Umfang Ihrer Führungsaufgaben:

.9	[FALLS a. BIS d. BEI C.5 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE] Wie lautet Ihre offizielle Stellenbezeichnung? (z. B. „Leitende/r [...]“):		
		ja	nein
.10	Ist Ihre Leitungsfunktion arbeitsvertraglich festgeschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.11	Sind Ihre Leitungsbefugnisse und Führungsaufgaben mit Ihrem Arbeitgeber schriftlich vereinbart (z. B. in einer Stellenbeschreibung o. ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Leitungsfunktion bzw. Ihre Vorgesetzten.

Vorgesetzte werden nach *disziplinarischen* und *fachlichen* Vorgesetzten unterschieden. Während *disziplinarische* Vorgesetzte den Arbeitseinsatz bestimmen, Arbeitsleistungen z. B. in Form von Zeugnissen bewerten, Urlaub genehmigen u. ä., erteilen *fachliche* Vorgesetzte Anweisungen, die zur Erreichung der Arbeitsergebnisse notwendig sind.

Typische rein disziplinarische Vorgesetzte sind z. B. Personalleiter ohne fachliche Weisungsbefugnis, typische rein fachliche z. B. Projektleiter ohne disziplinarische Befugnis.

In der Praxis ist es häufig so, dass fachliche und disziplinarische Befugnis ganz oder teilweise zusammenfallen. Aufgrund der Flexibilisierung mittels verschiedener Organisationsformen fallen beide Verantwortlichkeiten jedoch auch zunehmend auseinander.

C.6.1	[FALLS a. BIS d. BEI C.5 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE] Sind Sie für Beschäftigte Ihrer Einrichtung <u>disziplinarisch</u> der Vorgesetzte?
.1	Ja, ich habe disziplinarische Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>
.2	Nein, ich habe keine disziplinarische Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>

C.6.2	[WENN "ja" BEI C.6.1] Für wie viele Beschäftigte Ihrer Einrichtung sind Sie <u>disziplinarisch</u> der/die Vorgesetzte?
.1	Ihnen disziplinarisch unterstellte Beschäftigte insgesamt: (Anzahl) darunter:
.2	PP/KJP (Anzahl)
.3	Dipl.-Psychologen/innen/ Master Psychologie (Anzahl)
.4	Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen/ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (Anzahl)
.5	Bachelor Psychologie (Anzahl)
.6	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (Anzahl)
.7	(Fach-)Ärzte/innen (Anzahl)
.8	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Logopäden/innen) (Anzahl)
.9	Erzieher/innen, Heilerziehungspfleger/innen (Anzahl)
.10	Angehörige anderer Berufsgruppen (Anzahl)

C.7.1	[FALLS a. BIS d. BEI C.6 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE] Sind Sie für Beschäftigte Ihrer Einrichtung <u>fachlich</u> der/die Vorgesetzte?
.1	Ja, ich habe fachliche Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>
.2	Nein, ich habe keine fachliche Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>

C.7.2	[WENN "ja" BEI C.7.1]	
	Für wie viele Beschäftigte Ihrer Einrichtung sind Sie <u>fachlich</u> der/die Vorgesetzte?	
.1	Ihnen fachlich unterstellte Beschäftigte insgesamt:	..... (Anzahl)
	darunter:	
.3	PP/KJP	..... (Anzahl)
.4	Dipl.-Psychologen/innen/ Master Psychologie	..... (Anzahl)
.5	Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen/ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik	..... (Anzahl)
.6	Bachelor Psychologie	..... (Anzahl)
.7	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik	..... (Anzahl)
.8	(Fach-)Ärzte/innen	..... (Anzahl)
.9	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Logopäden/innen)	..... (Anzahl)
.10	Erzieher/innen, Heilerziehungspfleger/innen	..... (Anzahl)
.11	Angehörige anderer Berufsgruppen	..... (Anzahl)

C.8	Zu welcher Berufsgruppe gehört Ihr/e unmittelbare/r <u>fachliche/r</u> Vorgesetzte/r?	
	Bitte das Zutreffende ankreuzen.	
.1	Ich habe keine/n fachliche/n Vorgesetzte/n	<input type="checkbox"/>
.2	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.3	Dipl.-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.4	Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagoge/in/ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.5	(Fach-)Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>
.6	andere Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.61	Bitte eintragen:	.....

C.9		Inwieweit haben Sie aufgrund Ihrer Approbation als PP/KJP innerhalb Ihrer Einrichtung ein anderes Aufgabenspektrum als andere Beschäftigte mit vergleichbarer akademischer Grundausbildung (Dipl.-Psych., Dipl.-Päd., Dipl.-Sozialpäd. usw.)?	
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Mein Aufgabenspektrum unterscheidet sich nicht wesentlich von dem der Kollegen/innen mit vergleichbarer Grundausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Bestimmte Klienten mit überdurchschnittlichem oder spezifischem Hilfebedarf werden mir direkt zugewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Ich führe spezifische diagnostische Maßnahmen durch (z. B. im psychopathologischen Bereich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Ich führe spezifische psychotherapeutische Maßnahmen durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Ich habe innerhalb der Einrichtung die Funktion eines konsiliari-schen Beraters bei Klienten mit spezifischem Hilfebedarf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.6	Ich bin insbesondere für die Kommunikation mit Ärzten und ande-ren Einrichtungen der medizinischen Versorgung zuständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.7	Ich supervisiere Beschäftigte anderer Berufsgruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.8	Ich bin regelmäßig und mit einem wesentlichen Teil meiner Ar-beitszeit in der Ausbildung und Anleitung von anderen Beschäftig-ten der Einrichtung tätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.9	Andere Aspekte, die mein spezifisches Aufgabenspektrum gegen-über anderen Kollegen/innen charakterisieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.91	Bitte eintragen:		

C.10	Bitte tragen Sie ein, wie sich Ihre Arbeitszeit in einem durchschnittlichen Monat prozentual auf die folgenden Aufgabenbereiche verteilt.	
.1	Aufgaben mit unmittelbarem Klientenbezug: Beratung, Diagnostik, Begutachtung, Therapie	ca. %
.2	Aufgaben mit mittelbarem Klientenbezug: Fall-/Therapiebesprechungen, Supervision, Teambesprechungen	ca. %
.3	Aufgaben der klientenbezogenen Dokumentation	ca. %
.4	Aufgaben der eigenen Fort- und Weiterbildung sowie der anderer Beschäftigter der Einrichtung	ca. %
.5	Aufgaben der allgemeinen Personalführung (ohne Aus-/ Fort-/Weiterbildung)	ca. %
.6	Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung	ca. %
.7	Aufgaben im Bereich Forschung/Lehre	ca. %
.8	Aufgaben der sonstigen Administration der Einrichtung	ca. %
.9	Sonstige Aufgaben und zwar:	ca. %
.91	Bitte eintragen:	
	Summe	100 %

C.11	Wie hoch ist der Anteil der Klienten/innen in Ihrer gesamten Einrichtung, die unter einer psychischen Störung mit Krankheitswert leiden? (Falls Sie nie oder nur teilweise Diagnostik betreiben, schätzen Sie den Anteil bitte.)
	Bitte eintragen: ca. ....Prozent der Klienten/innen

C.12		Bitte geben Sie an, ob die folgenden Tätigkeiten zu Ihren regulären Aufgaben gehören.	
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Führen von Gesprächen zur Mitarbeiterführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Erstellung bzw. Lieferung von Beiträgen zu Arbeits-/ Dienstzeugnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Beteiligung an Personalentscheidungen (Einstellungen, Beförderungen, Entlassungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Beteiligung an Entscheidungen über Organisation und Arbeitsabläufe in der gesamten Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Öffentlichkeitsarbeit, Vertretung der gesamten Einrichtung nach innen und außen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.13		Im Folgenden geht es um dienstliche Aufgaben, die nicht nur Ihre eigene, sondern auch andere Einrichtungen oder die Trägerorganisation insgesamt betreffen.	
		trifft zu	trifft nicht zu
Bitte geben Sie an, ob diese Tätigkeiten zu Ihren regulären dienstlichen Aufgaben gehören.			
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Teilnahme an Sitzungen von Gremien der Trägerorganisation bzw. -institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Mitwirkung an Entscheidungen über Beratungskonzepte, Art und Umfang des Beratungsangebots (beratungsstellenübergreifend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Mitwirkung an Entscheidungen über Organisation und Arbeitsabläufe (beratungsstellenübergreifend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Mitwirkung an Personalplanungsprozessen (beratungsstellenübergreifend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.14 Psychotherapeutische Leistungen der Einrichtung

C.14.1	Bitte geben Sie an, ob die folgenden psychotherapeutischen Leistungen zum Angebotsspektrum Ihrer Einrichtung gehören.		
		wird angeboten	wird nicht angeboten
.1	Einzeltherapien über mehrere Sitzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Gruppentherapien über mehrere Sitzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Spezifische Diagnostik von psychischen und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Psychosoziale Krisenintervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Sonstige Beratungsangebote, die psychotherapeutische Kompetenzen erfordern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.51	Bitte eintragen:		

C.14.2	[FÜR JEDE "wird angeboten"-ANTWORT BEI C.14.1 DIE ENTSPRECHENDE FRAGE BEI C.14.2; FALLS KEINE "wird angeboten"-ANTWORT BEI C.14.1 → WEITER MIT C.15] Welcher Anteil (Prozent) der Klienten/innen Ihrer Einrichtung erhält tatsächlich diese Leistungen?		
		Anteil Klienten, der dieses Angebot nutzt	
.1	Einzeltherapien über mehrere Sitzungen	ca. Prozent	
.2	Gruppentherapien über mehrere Sitzungen	ca. Prozent	
.3	Spezifische Diagnostik von psychischen und Verhaltensstörungen	ca. Prozent	
.4	Psychosoziale Krisenintervention	ca. Prozent	
.5	Sonstige Beratungsangebote, die psychotherapeutische Kompetenzen erfordern	ca. Prozent	

C.14.3	[FALLS WENIGSTENS EINE "wird angeboten"- ANTWORT BEI C.14.1 Fragen C.14.3 BIS C.14.9] Wie hoch ist der Anteil der Klienten/innen, die gezielt nach diesen Leistungen fragen?
	Bitte eintragen: ca. Prozent der Klienten/innen

C.14.4	Wie hoch ist der Anteil der Angehörigen von Klienten/innen, die gezielt nach diesen Leistungen fragen?
	Bitte eintragen: ca. Prozent der Angehörigen

C.14.5	Welchen psychotherapeutischen Verfahren lassen sich diese Leistungen Ihrer Einrichtung am ehesten zuordnen? (Mehrfachnennungen möglich).	
.1	(Kognitive) Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>
.2	Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.3	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.4	Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>
.5	Gesprächspsychotherapie/klientenzentrierte Therapie	<input type="checkbox"/>
.6	Andere Verfahren und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.61	Bitte eintragen:	

C.14.6	Welchen Berufsgruppen gehören die Beschäftigten an, die in Ihrer Einrichtung diese Leistungen regelmäßig durchführen?
.1	Psychologische Psychotherapeuten/innen <input type="checkbox"/>
.2	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten/innen <input type="checkbox"/>
.3	(Fach-)Ärzte/innen <input type="checkbox"/>
.4	Psychotherapeuten/innen in Ausbildung <input type="checkbox"/>
.5	Diplom-Psychologen/innen/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in) <input type="checkbox"/>
.6	Diplom-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in) <input type="checkbox"/>
.7	Bachelor Psychologie <input type="checkbox"/>
.8	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik <input type="checkbox"/>
.9	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Ergo-, Physio-therapeuten/innen, Logopäden/innen, Kunst-, Musik-, Tanztherapeuten/innen) <input type="checkbox"/>
.10	andere Berufsgruppen: <input type="checkbox"/>
.101	Bitte eintragen:

C.14.7	Inwieweit sind Sie selbst an der Durchführung dieser Leistungen beteiligt?
.1	Ich bin in unserer Einrichtung der/die einzige, der/die diese Leistungen erbringt. <input type="checkbox"/>
.2	Ich bin neben anderen Beschäftigten an diesen Leistungen beteiligt. <input type="checkbox"/>
.3	Ich bin an der Erbringung dieser Leistungen nicht beteiligt. <input type="checkbox"/>

C.14.8	[FALLS C.14.6.10 ODER C.15.6.2 - AN DER ERBRINGUNG BETEILIGT; ANSONSTEN WEITER MIT C.14.9] Welcher Anteil Ihrer gesamten Arbeitszeit entfällt auf die Erbringung der genannten Leistungen?
	ungefährer Anteil an der gesamten Arbeitszeit: ca. (Anteil in %)

C.14. 9	Wie bewerten Sie die Rolle Ihrer Einrichtung im Hinblick auf die psychotherapeutischen Leistungen?		
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Meine Einrichtung bietet eigenständige psychotherapeutische Leistungen an, die von ambulant arbeitenden Vertragspsychotherapeuten/innen gar nicht erbracht werden können .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Meine Einrichtung erbringt Leistungen, die eigentlich in das ambulante vertragspsychotherapeutische Versorgungssystem gehören, aber dort aufgrund von mangelnden Kapazitäten nicht erbracht werden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Meine Einrichtung führt psychotherapeutische Behandlungen zur Überbrückung der Wartezeit auf einen regulären Behandlungsplatz beim Vertrags-Psychotherapeuten durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	andere Bewertungen: Bitte eintragen:	Keine weiteren Bewertungen	<input type="checkbox"/>

C.15 - C.17 Vergütung, Weiterbildungs- und Aufstiegschancen

C.15	Wenn Sie einmal die Gesamtheit Ihrer dienstlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten betrachten, mit welcher der folgenden Positionen lässt sich dann Ihre <u>tatsächliche Rolle</u> in der Einrichtung am ehesten vergleichen?	
	Aufgrund der Gesamtheit meiner dienstlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten wäre meine Rolle am ehesten zu vergleichen mit der eines/r	
.1	Leiter/in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>
.2	Stellvertretende/r Leiter/in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>
.3	Leiter/in eines abgegrenzten Teilbereichs der Einrichtung	<input type="checkbox"/>
.4	Mitarbeiter/in der Einrichtung mit akademischer Grundqualifikation	<input type="checkbox"/>
.5	Andere Position und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.51	Bitte eintragen:	

C.16	Wie beurteilen Sie die internen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für PP/KJP in Ihrer Einrichtung?		
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	In meiner Einrichtung werden PP/KJP durch Fort- und Weiterbildungen gezielt gefördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.11	Meine Einrichtung übernimmt die Kosten für Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.12	Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen können während der Arbeitszeiten wahrgenommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.17	Wie beurteilen Sie die internen Aufstiegschancen für PP/KJP in Ihrer Einrichtung?		
		trifft zu	trifft nicht zu
.2	Meine Einrichtung bietet gute Aufstiegschancen für PP/KJP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.21	In meiner Einrichtung gibt es für PP/KJP die Chance zur Erweiterung des Verantwortungs- und Tätigkeitsfeldes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.22	In meiner Einrichtung gibt es für PP/KJP die Chance zur Übernahme einer Leitungsfunktion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.18 - C.20 Bewertung der Rolle von PP/KJP

C.18	Wie bewerten Sie die Rolle von PP/KJP in Ihrer Einrichtung?		
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Die Mitarbeit von PP/KJP ist in meiner Einrichtung zwingend notwendig (z. B. weil bestimmte Leistungen sonst nicht erbracht werden könnten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Die Mitarbeit von PP/KJP ist seitens nicht approbierter Kollegen/innen ausdrücklich gewünscht bzw. gefordert (z.B. bei Beratung von Klienten mit besonderem Hilfebedarf).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Die Mitarbeit von PP/KJP ist seitens der Leitung der Einrichtung ausdrücklich gewünscht bzw. gefordert (z.B. im Rahmen von Stellenausschreibungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Die Mitarbeit von PP/KJP ist seitens des Arbeitsgebers/Trägers der Einrichtung ausdrücklich gewünscht bzw. gefordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Die Mitarbeit von PP/KJP ist seitens des/der Zuschussgeber der Einrichtung ausdrücklich gewünscht bzw. gefordert (z. B. im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.19	Wie verfährt Ihre Einrichtung aktuell im Hinblick auf frei werdende bzw. neue Stellen für PP/KJP?			
		trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht
.1	In meiner Einrichtung wurden frei gewordene PP/KJP-Stellen gezielt durch PP/KJP nach besetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	In meiner Einrichtung wurden Stellen für PP/KJP gezielt neu geschaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.20	Wie bewerten Sie die Eignung Ihrer Einrichtung als mögliche Ausbildungsstätte für PiA während ihrer praktischen Tätigkeit?		
.1	Meine Einrichtung ist geeignet, um PiA während ihrer gesamten praktischen Tätigkeit auszubilden.		<input type="checkbox"/>
.2	Meine Einrichtung ist geeignet, um PiA während eines Teils ihrer praktischen Tätigkeit auszubilden.		<input type="checkbox"/>
.2	Meine Einrichtung ist nicht geeignet , um PiA während ihrer praktischen Tätigkeit auszubilden.		<input type="checkbox"/>

A4. Fragebogenteil D – Angestellte Psychotherapeuten/innen in der Jugendhilfe

[FALLS A.15=.5 JUGENDHILFE]

D. Angestellte Psychotherapeuten/innen in der Jugendhilfe

D.1 – D.5 Angaben zur Institution

D.1	Bitte machen Sie nähere Angaben zu den Angeboten bzw. Tätigkeitsschwerpunkten Ihrer Einrichtung.		
		wird angeboten	wird nicht angeboten
.1	Leistungen der stationären Jugendhilfe (z. B. Regelgruppen, Erziehungsstellen, Betreutes Wohnen, Mutter-/Vater-Kind-Angebote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Leistungen der teilstationären Jugendhilfe (z. B. Tagesgruppen, Wochengruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Leistungen der ambulanten Jugendhilfe, und zwar...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.31	Erziehungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.32	sonstige ambulante Leistungen (z. B. Sozialpädagogische Familienhilfe, soziale Gruppenarbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.2	In welcher Trägerschaft befindet sich die Einrichtung, in der Sie tätig sind?	
.1	Bund	<input type="checkbox"/>
.2	Land	<input type="checkbox"/>
.3	Kommune	<input type="checkbox"/>
.4	Landeswohlfahrtsverband (LWV), Kommunalverband	<input type="checkbox"/>
.5	Kirchen und Träger der freien Wohlfahrtspflege	<input type="checkbox"/>
.6	Private Träger (z.B. Verein, gGmbH)	<input type="checkbox"/>
.7	Sonstige Träger:	<input type="checkbox"/>
.71	Bitte machen Sie nähere Angaben:	

Nachfolgend möchten wir Sie zu Ihrer Organisationseinheit befragen, d. h. dem Teilbereich der Einrichtung, dem Ihre Stelle arbeitsrechtlich zugeordnet ist. Hier spielt sich der überwiegende Teil Ihrer beruflichen Tätigkeit ab.

Je nach Art und Untergliederung der Einrichtung kann damit z. B. die Erziehungsberatungsstelle oder das Jugendwohnheim gemeint sein, in dem Sie arbeiten.

D.3	<p>Geben Sie bitte hier noch einmal an, auf welche Organisationseinheit sich Ihre folgenden Angaben beziehen (Beratungsstelle, Wohnheim...):</p> <p>.....</p>
-----	--

D.4	<p>Wie viele Klienten werden im Durchschnitt gleichzeitig durch Ihre Organisationseinheit betreut?</p> <p>Bitte eintragen: im Durchschnitt gleichzeitig betreute Klienten</p>
-----	--

D.5	<p>Bitte tragen Sie die Gesamtzahl der Beschäftigten ein, die in Ihrer Organisationseinheit arbeiten (Sie selbst eingeschlossen).</p> <p>Bitte unterscheiden Sie nach Beschäftigten in Vollzeit/ganze Stellen (>35 Std. pro Woche) und Teilzeit/halbe Stellen (< 35 Std. pro Woche)</p> <p style="text-align: right;">Anzahl Beschäftigte insgesamt:</p>	<p>Vollzeit / ganze Stellen / >35 Std. pro Woche</p> <p>.....</p>	<p>Teilzeit / halbe Stellen / <35 Std. pro Woche</p> <p>.....</p>
	Bitte schlüsseln Sie die Gesamtzahl der Beschäftigten nach Berufsgruppen auf (Sie selbst eingeschlossen):		
.1	Psychologische Psychotherapeuten/innen (ggf. Sie selbst eingeschlossen)	.....	.....
.2	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten/innen (ggf. Sie selbst eingeschlossen)	.....	.....
.3	Psychotherapeuten/innen in Ausbildung	.....	.....
.4	Diplom-Psychologen/innen (ohne Approbation als Psychotherapeut/in)	.....	.....
.5	Master Psychologie (ohne Approbation als Psychotherapeut/in)	.....	.....
.6	(Fach-)Ärzte/innen	.....	.....
.7	Bachelor Psychologie	.....	.....
.8	Diplom-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen, (ohne Approbation als Psychotherapeut/in), Diplom-Sozialarbeiter/in	.....	.....
.9	Master (Sozial-, Sonder-, Heil-) Pädagogik (ohne Approbation als Psychotherapeut/in); Master Sozialarbeit	.....	.....
.10	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-) Pädagogik	.....	.....

.11	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Ergo-, Physio-therapeuten/innen, Logopäden/ innen, Kunst-, Musik-, Tanztherapeuten/innen)	.....	.....
.12	Erzieher/innen, Heilerziehungspfleger	.....	.....
.13	Verwaltungskräfte	.....	.....
.14	Andere Berufsgruppen	.....	.....

D.6 – D.16 Berufliche Position, Rolle und Arbeitsaufgaben der Befragten

D.6	Was trifft auf Ihre Tätigkeit zu?	
.1	Ich arbeite – zumindest teilweise – unmittelbar mit Klienten/innen	<input type="checkbox"/>
.2	Ich arbeite nicht bzw. nur in seltenen Ausnahmefällen mit Klienten/innen, sondern ...	
.21	in Forschung/Lehre	<input type="checkbox"/>
.22	in der Verwaltung einer Organisationseinheit/ Einrichtung	<input type="checkbox"/>
.23	in anderen Arbeitsfeldern und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.24	Bitte eintragen:.....	

D.7	Was trifft auf Ihre persönliche Position innerhalb Ihrer Organisationseinheit zu?	
	Bitte das Zutreffende ankreuzen	
.1	Ich bin Leiter/in der gesamten Organisationseinheit	<input type="checkbox"/>
.2	Ich bin stellvertretende/r Leiter/in der gesamten Organisationseinheit	<input type="checkbox"/>
.3	Ich bin Leiter/in oder stellvertretende/r Leiter/in eines Teilbereichs der Organisationseinheit, einer Teilfunktion oder einer Teilgruppe der Beschäftigten	<input type="checkbox"/>
.4	Ich habe keine formale Leitungsfunktion, aber ich nehme innerhalb der Organisationseinheit Führungsaufgaben wahr	<input type="checkbox"/>
.5	Ich habe keine Leitungs- oder Führungsfunktionen	<input type="checkbox"/>
.6	Keine der Auswahlmöglichkeiten trifft zu.	<input type="checkbox"/>
.61	Meine Position ist wie folgt:	

.7	<p>[FALLS D.7=.3 - LEITER/IN EINES TEILBEREICHS]</p> <p>Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Teilbereiche, Teilfunktionen oder Beschäftigtengruppen Sie leiten:</p> <p>.....</p>
.8	<p>[FALLS D.7=.4 - KEINE FORMALE FUNKTION; ABER FÜHRUNGSAUFGABEN]</p> <p>Bitte machen Sie nähere Angaben zu Art und Umfang Ihrer Führungsaufgaben:</p> <p>.....</p>

.9	<p>[FALLS D.7=.1 BIS .4 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE, ANSONSTEN WEITER MIT D.8]</p> <p>Wie lautet Ihre offizielle Stellenbezeichnung? (z. B. „Leitende/r [...]“):</p> <p>.....</p>		ja	nein
.10	Ist Ihre Leitungsfunktion arbeitsvertraglich festgeschrieben?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.11	Sind Ihre Leitungsbefugnisse und Führungsaufgaben mit Ihrem Arbeitgeber schriftlich vereinbart (z. B. in einer Stellenbeschreibung o. ä.)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Leitungsfunktion bzw. Ihre Vorgesetzten.

Vorgesetzte werden nach *disziplinarischen* und *fachlichen* Vorgesetzten unterschieden. Während *disziplinarische* Vorgesetzte den Arbeitseinsatz bestimmen, Arbeitsleistungen z. B. in Form von Zeugnissen bewerten, Urlaub genehmigen u. ä., erteilen *fachliche* Vorgesetzte Anweisungen, die zur Erreichung der Arbeitsergebnisse notwendig sind.

Typische rein disziplinarische Vorgesetzte sind z. B. Personalleiter ohne fachliche Weisungsbefugnis, typische rein fachliche z. B. Projektleiter ohne disziplinarische Befugnis.

In der Praxis ist es häufig so, dass fachliche und disziplinarische Befugnis ganz oder teilweise zusammenfallen. Aufgrund der Flexibilisierung mittels verschiedener Organisationsformen fallen beide Verantwortlichkeiten jedoch auch zunehmend auseinander.

D.8.1	<p>[FALLS D.7=.1 BIS .4 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE]</p> <p>Sind Sie für Beschäftigte Ihrer Einrichtung <u>disziplinarisch</u> der Vorgesetzte?</p>
.1	Ja, ich habe disziplinarische Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>
.2	Nein, ich habe keine disziplinarische Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>

D.8.2	[WENN D.8.1=.1 - JA]
-------	----------------------

Für wie viele Beschäftigte Ihrer Einrichtung sind Sie <u>disziplinarisch</u> der/die Vorgesetzte?	
.1	Ihnen disziplinarisch unterstellte Beschäftigte insgesamt: (Anzahl) darunter:
.3	PP/KJP (Anzahl)
.4	Dipl.-Psychologen/innen/Master Psychologie (Anzahl)
.5	Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen/ Master Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (Anzahl)
.6	(Fach-)Ärzte/innen (Anzahl)
.7	Bachelor Psychologie (Anzahl)
.8	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (Anzahl)
.9	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Logopäden/innen) (Anzahl)
.10	Erzieher/innen, Heilerziehungspfleger/innen (Anzahl)
.11	Angehörige anderer Berufsgruppen (Anzahl)

D.9.1	[FALLS D.7=.1 BIS .4 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE] Sind Sie für Beschäftigte Ihrer Einrichtung <u>fachlich</u> der Vorgesetzte?
.1	Ja, ich habe fachliche Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>
.2	Nein, ich habe keine fachliche Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>

D.9.2	[WENN D.9.1=.1 - JA] Für wie viele Beschäftigte Ihrer Einrichtung sind Sie <u>fachlich</u> der/die Vorgesetzte?
.1	Ihnen disziplinarisch unterstellte Beschäftigte insgesamt: (Anzahl) darunter:
.3	PP/KJP (Anzahl)
.4	Dipl.-Psychologen/innen/Master Psychologie (Anzahl)

.5	Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen/ Master Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik	(Anzahl)
.6	(Fach-)Ärzte/innen	(Anzahl)
.7	Bachelor Psychologie	(Anzahl)
.8	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik	(Anzahl)
.9	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Logopäden/innen)	(Anzahl)
.10	Erzieher/innen, Heilerziehungspfleger/innen	(Anzahl)
.11	Angehörige anderer Berufsgruppen	(Anzahl)

D.10	Zu welcher Berufsgruppe gehört Ihr/e unmittelbare/r fachliche/r Vorgesetzte/r?	
.1	Ich habe keine/n fachliche/n Vorgesetzte/n	<input type="checkbox"/>
.2	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.3	Dipl.-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.4	Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagoge/in/ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.5	(Fach-)Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>
.6	andere Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.61	Bitte eintragen:	

D.11		Inwieweit haben Sie aufgrund Ihrer Approbation als PP/KJP innerhalb Ihrer Einrichtung ein anderes Aufgabenspektrum als andere Beschäftigte mit vergleichbarer akademischer Grundausbildung (Dipl.-Psych., Dipl.-Päd., Dipl.-Sozialpäd. usw.)?	
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Mein Aufgabenspektrum unterscheidet sich nicht wesentlich von dem der Kollegen/innen mit vergleichbarer Grundausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Bestimmte Klienten mit überdurchschnittlichem oder spezifischem Hilfebedarf werden mir direkt zugewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Ich führe spezifische diagnostische Maßnahmen durch (z. B. im psychopathologischen Bereich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Ich führe spezifische psychotherapeutische Maßnahmen durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Ich habe innerhalb der Einrichtung die Funktion eines konsiliarischen Beraters bei Klienten mit spezifischem Hilfebedarf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.6	Ich bin insbesondere für die Kommunikation mit Ärzten und anderen Einrichtungen der medizinischen Versorgung zuständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.7	Ich supervisiere Beschäftigte anderer Berufsgruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.8	Ich bin regelmäßig und mit einem wesentlichen Teil meiner Arbeitszeit in der Ausbildung und Anleitung von anderen Beschäftigten der Einrichtung tätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.9	Andere Aspekte, die mein spezifisches Aufgabenspektrum gegenüber anderen Kollegen/innen charakterisieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.91	Bitte eintragen:		

D.12	Gehören die folgenden speziellen Aufgaben zu Ihrem Tätigkeitsbereich?		
		ja, gehört zu meinem Tätig- keits-bereich	nein
.1	Aufgaben gemäß § 8a Abs. SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohl- gefährdung: Beteiligung an Gefährdungseinschätzungen als beratende Fach- kraft (§ 8a Abs. SGB Abs. 4 VIII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Aufgaben gemäß § 8b SGB VIII Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen: Beratung von Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen im Hinblick auf die Einschätzung einer Kin- deswohlgefährdung (§ 8b Abs. 1 SGB VIII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Aufgaben gemäß § 35a Abs. SGB VIII Eingliederungshilfe für see- lisch behinderte Kinder und Jugendliche: Stellungnahme hinsichtlich der Abweichung der seelischen Ge- sundheit (§35a Abs. 1a SGB VIII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Sonstige fachdienstliche Aufgaben, wie beispielsweise Teilnahme an Hilfeplankonferenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.13	Bitte tragen Sie ein, wie sich Ihre Arbeitszeit in einem durchschnittlichen Monat prozentual auf die folgenden Aufgabenbereiche verteilt.	
.1	Aufgaben mit unmittelbarem Klientenbezug: Beratung, Diagnostik, Begutachtung, Therapie	ca. %
.2	Aufgaben mit mittelbarem Klientenbezug: Fall-/Therapiebesprechungen, Supervision, Teambesprechungen	ca. %
.3	Aufgaben der klientenbezogenen Dokumentation	ca. %
.4	Aufgaben der eigenen Fort- und Weiterbildung sowie der anderer Beschäftigter der Einrichtung	ca. %
.5	Aufgaben der allgemeinen Personalführung (ohne Aus-/ Fort-/Weiterbildung)	ca. %
.6	Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung	ca. %
.7	Aufgaben im Bereich Forschung/Lehre	ca. %
.8	Aufgaben der sonstigen Administration der Einrichtung	ca. %
.9	Sonstige Aufgaben und zwar:	ca. %
.91	Bitte eintragen:	
	Summe	100 %

D.14. 1	Wie hoch ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen in Ihrer gesamten Einrichtung, die unter einer psychischen Störung mit Krankheitswert leiden? (Falls Sie nie oder nur teilweise Diagnostik betreiben, schätzen Sie den Anteil bitte)	
	Bitte eintragen: ca.% der Kinder und Jugendlichen	

D.14. 2	Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Eltern von Klienten/innen in Ihrer Einrichtung, die unter einer psychischen Störung mit Krankheitswert leiden?	
	Bitte eintragen: ca. % der Eltern	

D.15		Bitte geben Sie an, ob die folgenden Tätigkeiten zu Ihren regulären Aufgaben gehören.	
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Vertretung des/der Leiters/in der gesamten Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Führen von Gesprächen zur Mitarbeiterführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Erstellung bzw. Lieferung von Beiträgen zu Arbeits-/ Dienstzeugnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Beteiligung an Personalentscheidungen (Einstellungen, Beförderungen, Entlassungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Beteiligung an Entscheidungen über Organisation und Arbeitsabläufe in der gesamten Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.6	Öffentlichkeitsarbeit, Vertretung der gesamten Einrichtung nach innen und außen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.16		Im Folgenden geht es um dienstliche Aufgaben, die nicht nur Ihre eigene, sondern auch andere Einrichtungen oder die Trägerorganisation insgesamt betreffen.	
		trifft zu	trifft nicht zu
Bitte geben Sie an, ob diese Tätigkeiten zu Ihren regulären dienstlichen Aufgaben gehören.			
.1	Teilnahme an Sitzungen von Gremien der Trägerorganisation bzw. -institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Mitwirkung an Entscheidungen über Jugendhilfekonzepte, Art und Umfang der Jugendhilfeangebote (einrichtungsübergreifend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Mitwirkung an Entscheidungen über Organisation und Steuerungsprozesse in der Jugendhilfe (einrichtungsübergreifend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Mitwirkung an Personalplanungsprozessen (einrichtungsübergreifend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.17 Psychotherapie in Jugendhilfeeinrichtungen

D.17.1	Bitte geben Sie an, ob die folgenden psychotherapeutischen Leistungen zum Angebotsspektrum Ihrer Organisationseinheit gehören.				
		wird angeboten, und zwar...			wird nicht angeboten
		ambulant	teilstationär	stationär	
.1	Therapeutische Einzelgespräche über mehrere Sitzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Gruppentherapien über mehrere Sitzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Spezifische Diagnostik von psychischen und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Sonstige Leistungen, die psychotherapeutische Kompetenzen erfordern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.41	Bitte eintragen:				

[FALLS WENIGSTENS EINE "wird angeboten" ANTWORT BEI D.17.1: Fragen D.17.2 BIS D.17.6, ANSONSTEN WEITER MIT D.18)

D.17.2	Welchen psychotherapeutischen Verfahren lassen sich diese Leistungen Ihrer Organisationseinheit am ehesten zuordnen? (Mehrfachnennungen möglich).	
.1	(Kognitive) Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>
.2	Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.3	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.4	Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>
.5	Gesprächspsychotherapie/klientenzentrierte Therapie	<input type="checkbox"/>
.6	Andere Verfahren und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.61	Bitte eintragen:	

D.17. 3	Welchen Berufsgruppen gehören die Beschäftigten an, die in Ihrer Organisationseinheit diese Leistungen regelmäßig durchführen?	
.1	Psychologische Psychotherapeuten/innen	<input type="checkbox"/>
.2	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten/innen	<input type="checkbox"/>
.3	(Fach-)Ärzte/innen	<input type="checkbox"/>
.4	Psychotherapeuten/innen in Ausbildung	<input type="checkbox"/>
.5	Diplom-Psychologen/innen, Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.6	Diplom-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen, Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.7	Bachelor Psychologie	<input type="checkbox"/>
.8	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik	<input type="checkbox"/>
.9	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Ergo-, Physio-therapeuten/innen, Logopäden/ innen, Kunst-, Musik-, Tanztherapeuten/innen)	<input type="checkbox"/>
.10	andere Berufsgruppen:	<input type="checkbox"/>
.101	Bitte eintragen:	

D.17. 4	Inwieweit sind Sie selbst an der Durchführung dieser Leistungen beteiligt?	
.1	Ich bin in unserer Organisationseinheit der/die einzige, der/die diese Leistungen erbringt.	<input type="checkbox"/>
.2	Ich bin neben anderen Beschäftigten an diesen Leistungen beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.3	Ich bin an der Erbringung dieser Leistungen nicht beteiligt.	<input type="checkbox"/>

D.17. 5	[FALLS D.17.4=.1 ODER .2 ANSONSTEN WEITER MIT D.17.6] Welcher Anteil Ihrer gesamten Arbeitszeit entfällt auf die Erbringung der genannten Leistungen?	
	ungefährer Anteil an der gesamten Arbeitszeit:	ca. (Anteil in %)

D.17. 6	Wie bewerten Sie die Rolle Ihrer Organisationseinheit im Hinblick auf die psychotherapeutischen Leistungen?		
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Meine Organisationseinheit bietet eigenständige psychotherapeutische Leistungen an, die von ambulant arbeitenden Vertragspsychotherapeuten/innen gar nicht erbracht werden können .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Meine Organisationseinheit erbringt Leistungen, die eigentlich in das ambulante vertragspsychotherapeutische Versorgungssystem gehören, aber dort aufgrund von mangelnden Kapazitäten nicht erbracht werden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Meine Organisationseinheit führt psychotherapeutische Behandlungen zur Überbrückung der Wartezeit auf einen regulären Behandlungsplatz beim Vertrags-Psychotherapeuten durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	andere Bewertungen:	Keine weiteren Bewertungen	<input type="checkbox"/>
		
		

D.18 - D.20 Weiterbildungs- und Aufstiegschancen

D.18	Wenn Sie einmal die Gesamtheit Ihrer dienstlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten betrachten, mit welcher der folgenden Positionen lässt sich dann Ihre <u>tatsächliche Rolle</u> in der Organisationseinheit am ehesten vergleichen?		
	Aufgrund der Gesamtheit meiner dienstlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten wäre meine Rolle am ehesten zu vergleichen mit der eines/r		
.1	Leiter/in der Organisationseinheit	<input type="checkbox"/>	
.2	Stellvertretende/r Leiter/in der Organisationseinheit	<input type="checkbox"/>	
.3	Leiter/in eines abgegrenzten Teilbereichs der Organisationseinheit	<input type="checkbox"/>	
.4	Mitarbeiter/in der Einrichtung mit akademischer Grundqualifikation	<input type="checkbox"/>	
.6	Andere Position und zwar ...	<input type="checkbox"/>	
.61	Bitte eintragen:		
		

D.19		Wie beurteilen Sie die internen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für PP/KJP in Ihrer Einrichtung?	
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	In meiner Einrichtung werden PP/KJP durch Fort- und Weiterbildungen gezielt gefördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.11	Meine Einrichtung übernimmt die Kosten für Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.12	Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen können während der Arbeitszeiten wahrgenommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.20		Wie beurteilen Sie die internen Aufstiegschancen für PP/KJP in Ihrer Einrichtung?	
		trifft zu	trifft nicht zu
.2	Meine Einrichtung bietet gute Aufstiegschancen für PP/KJP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.21	In meinem Bereich gibt es für PP/KJP die Chance zur Erweiterung des Verantwortungs- und Tätigkeitsfeldes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.22	In meinem Bereich gibt es für PP/KJP die Chance zur Übernahme einer Leitungsfunktion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.21 - D.23 Bewertung der Rolle von PP/KJP

D.21		Wie bewerten Sie die Rolle von PP/KJP in Ihrer Organisationseinheit?	
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Die Mitarbeit von PP/KJP ist in meiner Organisationseinheit zwingend notwendig (z. B. weil bestimmte Leistungen sonst nicht erbracht werden könnten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Die Mitarbeit von PP/KJP ist seitens nicht approbierter Kollegen/innen ausdrücklich gewünscht bzw. gefordert (z. B. bei Beratung von Klienten mit besonderem Hilfebedarf).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Die Mitarbeit von PP/KJP ist seitens der Leitung der Organisationseinheit ausdrücklich gewünscht bzw. gefordert (z. B. im Rahmen von Stellenausschreibungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Die Mitarbeit von PP/KJP ist seitens des Arbeitsgebers/Trägers der Organisationseinheit ausdrücklich gewünscht bzw. gefordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Die Mitarbeit von PP/KJP ist seitens des/der Zuschussgeber der Organisationseinheit ausdrücklich gewünscht bzw. gefordert (z. B. im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.22		Wie verfährt Ihre Organisationseinheit aktuell im Hinblick auf frei werdende bzw. neue Stellen für PP/KJP?		
		trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht
.1	In meiner Organisationseinheit wurden frei gewordene PP/KJP-Stellen gezielt durch PP/KJP nach besetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	In meiner Organisationseinheit wurden Stellen für PP/KJP gezielt neu geschaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

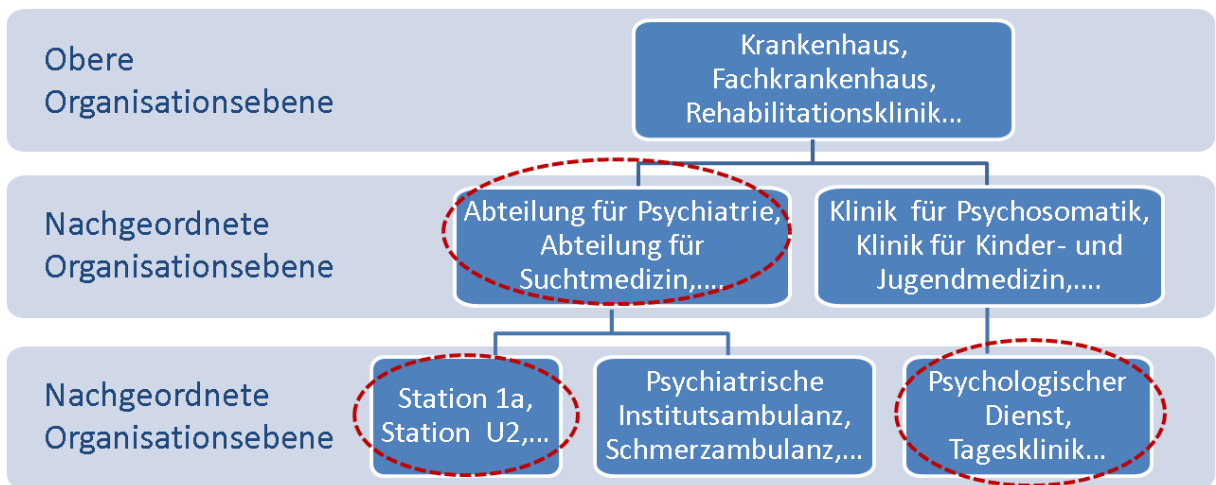
D.23		Wie bewerten Sie die Eignung Ihrer Organisationseinheit als mögliche Ausbildungsstätte für PiA während ihrer praktischen Tätigkeit?		
		trifft zu	trifft nicht zu	kann ich nicht beurteilen
.1	Meine Organisationseinheit ist geeignet, um PiA während ihrer gesamten praktischen Tätigkeit auszubilden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Meine Organisationseinheit ist geeignet, um PiA während eines Teils ihrer praktischen Tätigkeit auszubilden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Meine Organisationseinheit ist nicht geeignet , um PiA während ihrer praktischen Tätigkeit auszubilden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Fragebogenteil E – Angestellte Psychotherapeuten/innen in Rehabilitationseinrichtungen

[FALLS A.15=.2 - Reha-Klinik / Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung
 ODER A.15=.3 Ambulante Rehabilitationseinrichtung]

E. Angestellte Psychotherapeuten/innen in Reha-Einrichtungen

E.1	Bitte geben Sie an, in welchen Bereichen die Behandlungsschwerpunkte der Reha-Einrichtung liegen. (Mehrfachnennungen möglich)	
.1	Psychosomatik, Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.2	Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>
.3	Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
.4	Onkologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
.5	Kardiologische, Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>
.6	Orthopädische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
.7	Allergologische, Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>
.8	Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>
.9	Pädiatrische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>
.10	Einrichtungen des Müttergenesungswerks und vergleichbare Einrichtungen (Mutter-Vater-Kind-Vorsorge oder Rehabilitation)	<input type="checkbox"/>
.11	Sonstige Schwerpunkte/Spezialisierungen	<input type="checkbox"/>
.111	Bitte geben Sie an, welche sonstigen Schwerpunkte/Spezialisierungen:	



Bsp. für mögliche Organisationseinheiten

E.2	[GRAFIK AUF DER WEBSEITE EINBLENDEN] Bitte machen Sie Angaben zur Größe des gesamten Hauses (obere Organisationsebene)	
.1	Zahl der Betten/Plätze	
.11	unter 50 Betten	<input type="checkbox"/>
.12	50 bis 250 Betten	<input type="checkbox"/>
.13	250 bis 500 Betten	<input type="checkbox"/>
.14	500 bis 1.000 Betten	<input type="checkbox"/>
.15	über 1.000 Betten	<input type="checkbox"/>
.16	weiß nicht	<input type="checkbox"/>
.2	Zahl der Beschäftigten insgesamt	
.21	unter 50 Beschäftigte	<input type="checkbox"/>
.22	50 bis 250 Beschäftigte	<input type="checkbox"/>
.23	250 bis 1.000 Beschäftigte	<input type="checkbox"/>
.24	über 1.000 Beschäftigte	<input type="checkbox"/>
.25	weiß nicht	<input type="checkbox"/>

E.3	[FALLS MEHRFACHNENNUNGEN BEI E.1, ANSONSTEN WEITER MIT E.5] [GRAFIK AUF DER WEBSEITE EINBLENDEN] Sie haben angegeben, dass die Behandlungsschwerpunkte Ihrer Einrichtung in mehreren Bereichen liegen. Verfügt die Reha-Einrichtung entsprechend über mehrere separate Fachabteilungen?	
.1	Ja, die Reha-Einrichtung verfügt über mehrere Fachabteilungen	<input type="checkbox"/>
.2	Nein, die Reha-Einrichtung verfügt nicht über mehrere Fachabteilungen	<input type="checkbox"/>

E.4.1	[GRAFIK AUF DER WEBSEITE EINBLENDEN] Bitte machen Sie Angaben zur Art der Organisationseinheit innerhalb der Reha-Einrichtung, in der Sie beschäftigt sind (nachgeordnete Organisationsebene) (Mehrfachnennungen möglich)	
.1	einzelne Station	<input type="checkbox"/>
.2	übergreifender Funktionsdienst	<input type="checkbox"/>
.3	teilstationäre Reha-Einrichtung, Tages-/Nachtklinik	<input type="checkbox"/>
.4	sonstige (ggf. übergeordnete) Organisationseinheit/ Teilbereich	<input type="checkbox"/>

.41	Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Art von Organisationseinheit/Teilbereich:
-----	--

E.4.2	[NUR FALLS E.4=2 - FUNKTIONSDIENST, ANSONSTEN WEITER MIT E.6] In welcher Art von Funktionsdienst sind Sie tätig?
.1	Psychologischer Dienst <input type="checkbox"/>
.2	Psychotherapeutischer Dienst <input type="checkbox"/>
.3	Neuropsychologischer Dienst <input type="checkbox"/>
.4	Therapeutischer Dienst (in dem verschiedene Berufsgruppen zusammen gefasst sind) <input type="checkbox"/>
.5	Psycho-sozialer Dienst (in dem verschiedene Berufsgruppen zusammen gefasst sind) <input type="checkbox"/>
.6	Sonstige Dienste <input type="checkbox"/>
.61	Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Art von Dienst::

Im Folgenden möchten wir Sie zu Ihrer Organisationseinheit befragen (vgl. Beispiele in der Grafik).	
Wenn Sie bei der/n vorangegangenen Frage/n mehrere Abteilungen o. ä. angekreuzt haben, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte für die Organisationseinheit (OE), der Ihre Stelle innerhalb der Einrichtung arbeitsrechtlich bzw. disziplinarisch zugeordnet ist.	
E.4.3	Geben Sie bitte hier noch einmal an, auf welche Organisationseinheit sich Ihre folgenden Angaben beziehen (Abteilung, Dienst, ...): [BEI MEHRFACHNENNUNG AUSWAHL EINER ORGANISATIONSEINHEIT]

E.5.1	Über wie viele Betten/Behandlungsplätze verfügt Ihre Organisationseinheit? Bitte eintragen: Betten/Behandlungsplätze
-------	--

E.5.2	Wie viele Patienten/Rehabilitanden werden im Durchschnitt gleichzeitig durch Ihre Organisationseinheit behandelt? Bitte eintragen: im Durchschnitt gleichzeitig behandelte Patienten/Rehabilitanden
-------	---

E.6	<p>Bitte tragen Sie die Gesamtzahl der Beschäftigten ein, die in Ihrer Organisationseinheit arbeiten (Sie selbst eingeschlossen).</p> <p>Bitte unterscheiden Sie nach Beschäftigten in Vollzeit/ganze Stellen (>35 Std. pro Woche) und Teilzeit/halbe Stellen (< 35 Std. pro Woche)</p> <p style="text-align: right;">Anzahl Beschäftigte insgesamt:</p>	<p>Vollzeit / ganze Stellen / >35 Std. pro Woche</p> <p>.....</p>	<p>Teilzeit / halbe Stellen / <35 Std. pro Woche</p> <p>.....</p>
	Bitte schlüsseln Sie die Gesamtzahl der Beschäftigten nach Berufsgruppen auf (Sie selbst eingeschlossen):		
.1	Fachärzte/innen für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin	.....	.....
.2	Fachärzte/innen für Kinder- und Jugend-Psychiatrie	.....	.....
.3	Fachärzte/innen anderer Fachgebiete	.....	.....
.4	Ärzte/innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	.....	.....
.5	Psychologische Psychotherapeuten/innen (ggf. Sie selbst eingeschlossen)	.....	.....
.6	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten/innen (ggf. Sie selbst eingeschlossen)	.....	.....
.7	Psychotherapeuten/innen in Ausbildung	.....	.....
.8	Diplom-Psychologen/innen (ohne Approbation als Psychotherapeut/in)	.....	.....
.9	Master Psychologie (ohne Approbation als Psychotherapeut/in)	.....	.....
.10	Bachelor Psychologie	.....	.....
.11	Diplom-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen, (ohne Approbation als Psychotherapeut/in), Diplom-Sozialarbeiter/in	.....	.....
.12	Master (Sozial-, Sonder-, Heil-) Pädagogik (ohne Approbation als Psychotherapeut/in); Master Sozialarbeit	.....	.....
.13	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-) Pädagogik	.....	.....
.14	Krankenschwestern/-pfleger, Gesundheits-Krankenfachpflegekräfte	.....	.....

.15	Andere Berufsgruppen .....	.....
.151	Bitte machen Sie nähere Angaben zu den anderen Berufsgruppen:	

E.7 – E.20 Berufliche Position, Rolle und Arbeitsaufgaben der Befragten

E.7	Was trifft auf Ihre Tätigkeit zu?
.1	Ich arbeite – zumindest teilweise – in der Versorgung von Patienten/Rehabilitanden <input type="checkbox"/>
.2	Ich arbeite gar nicht bzw. nur in seltenen Ausnahmefällen in der Versorgung von Patienten/Rehabilitanden, sondern hauptsächlich... <input type="checkbox"/>
.21	in Forschung, Lehre <input type="checkbox"/>
.22	in der Verwaltung einer Einrichtung <input type="checkbox"/>
.23	in der Leitung einer Abteilung, Organisationseinheit <input type="checkbox"/>
.24	Im Bereich Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement
.25	in anderen Arbeitsfeldern und zwar ... <input type="checkbox"/>
.251	Bitte eintragen:.....

E.8	Was trifft auf Ihre persönliche Position innerhalb Ihrer Organisationseinheit zu? Bitte das Zutreffende ankreuzen
.1	Ich bin Leiter/in der gesamten Organisationseinheit <input type="checkbox"/>
.2	Ich bin stellvertretende/r Leiter/in der gesamten Organisationseinheit <input type="checkbox"/>
.3	Ich bin Leiter/in oder stellvertretende/r Leiter/in eines Teilbereichs der Organisationseinheit, einer Teilfunktion oder einer Teilgruppe der Beschäftigten <input type="checkbox"/>
.4	Ich habe keine formale Leitungsfunktion, aber ich nehme innerhalb der Organisationseinheit Führungsaufgaben wahr <input type="checkbox"/>
.5	Ich habe keine Leitungs- oder Führungsfunktionen <input type="checkbox"/>
.6	Keine der Auswahlmöglichkeiten trifft zu. <input type="checkbox"/>
.61	Meine Position ist wie folgt:

.7	<p>[FALLS E.8=.3 - LEITER/IN EINES TEILBEREICHs]</p> <p>Bitte machen Sie nähere Angaben, welche Teilbereiche, Teilfunktionen oder Beschäftigtengruppen Sie leiten:</p> <p>.....</p>		
.8	<p>[FALLS E.8=.4 - KEINE FORMALE FUNKTION; ABER FÜHRUNGSAUFGABEN]</p> <p>Bitte machen Sie nähere Angaben zu Art und Umfang Ihrer Führungsaufgaben:</p> <p>.....</p>		
.9	<p>[FALLS E.8=.1 BIS .5 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE, ANSONSTEN WEITER MIT E.12]</p> <p>Wie lautet Ihre offizielle Stellenbezeichnung? (z. B. „Leitende/r [...]“):</p> <p>.....</p>		
.10	Ist Ihre Leitungsfunktion arbeitsvertraglich festgeschrieben?	ja	nein
.11	Sind Ihre Leitungsbefugnisse und Führungsaufgaben mit Ihrem Arbeitgeber schriftlich vereinbart (z. B. in einer Stellenbeschreibung o. ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Leitungsfunktion bzw. Ihre Vorgesetzten.

Vorgesetzte werden nach *disziplinarischen* und *fachlichen* Vorgesetzten unterschieden. Während *disziplinarische* Vorgesetzte den Arbeitseinsatz bestimmen, Arbeitsleistungen z. B. in Form von Zeugnissen bewerten, Urlaub genehmigen u. ä., erteilen *fachliche* Vorgesetzte Anweisungen, die zur Erreichung der Arbeitsergebnisse notwendig sind.

Typische rein disziplinarische Vorgesetzte sind z. B. Personalleiter ohne fachliche Weisungsbefugnis. Typische rein fachliche Vorgesetzte z. B. Projektleiter ohne disziplinarische Befugnis.

In der Praxis ist es häufig so, dass fachliche und disziplinarische Befugnis ganz oder teilweise zusammenfallen. Aufgrund der Flexibilisierung mittels verschiedener Organisationsformen fallen beide Verantwortlichkeiten jedoch auch zunehmend auseinander.

E.9.1	[FALLS E.8=1 BIS .5 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE] Sind Sie für Beschäftigte Ihrer Einrichtung <u>disziplinarisch</u> der Vorgesetzte?
.1	Ja, ich habe disziplinarische Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>
.2	Nein, ich habe keine disziplinarische Vorgesetztenfunktion <input type="checkbox"/>

E.9.2	[WENN "Ja" BEI E.9.1] Für wie viele Beschäftigte Ihrer Einrichtung sind Sie <u>disziplinarisch</u> der/die Vorgesetzte?
.1	Ihnen disziplinarisch unterstellte Beschäftigte insgesamt: (Anzahl) darunter:
.2	Fachärzte/innen (Anzahl)
.3	Ärzte/innen ohne abgeschlossene Weiterbildung (Anzahl)
.4	PP/KJP (Anzahl)
.5	Dipl.-Psychologen/innen/ Master Psychologie (Anzahl)
.6	Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen/ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (Anzahl)
.7	Bachelor Psychologie (Anzahl)
.8	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (Anzahl)

.9	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Ergotherapeuten)	(Anzahl)
10	Angehörige anderer Berufsgruppen	(Anzahl)
.101	Bitte machen Sie nähere Angaben zu den anderen Berufsgruppen:	

E.10. 1	[FALLS E.8=1 BIS .5 - LEITUNGSFUNKTION/ FÜHRUNGSAUFGABE] Sind Sie für Beschäftigte Ihrer Einrichtung <u>fachlich</u> der/die Vorgesetzte?	
.1	Ja, ich habe fachliche Vorgesetztenfunktion	<input type="checkbox"/>
.2	Nein, ich habe keine fachliche Vorgesetztenfunktion	<input type="checkbox"/>

E.10. 2	[WENN "ja" BEI E.10.1] Für wie viele Beschäftigte Ihrer Einrichtung sind Sie <u>fachlich</u> der/die Vorgesetzte?	
.1	Ihnen disziplinarisch unterstellte Beschäftigte insgesamt:	(Anzahl)
	darunter:	
.2	Fachärzte/innen	(Anzahl)
.3	Ärzte/innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	(Anzahl)
.4	PP/KJP	(Anzahl)
.5	Dipl.-Psychologen/innen/ Master Psychologie	(Anzahl)
.6	Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen/ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik	(Anzahl)
.7	Bachelor Psychologie	(Anzahl)
.8	Bachelor (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik	(Anzahl)
.9	Spezialtherapeuten/innen (z. B. Ergotherapeuten)	(Anzahl)
10	Angehörige anderer Berufsgruppen	(Anzahl)

.101	Bitte machen Sie nähere Angaben zu den anderen Berufsgruppen:
------	---

E.11	[FALLS E.8=2 BIS.6 - GGF. LEITUNGSFUNKTION; ABER NICHT LEITER DER ORGANISATIONSEINHEIT] Zu welcher Berufsgruppe gehört der/die Leiter/in Ihrer Organisationseinheit?
.1	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin <input type="checkbox"/>
.2	Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugend-Psychiatrie <input type="checkbox"/>
.3	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete <input type="checkbox"/>
.4	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung <input type="checkbox"/>
.5	Psychologische/r Psychotherapeut/in oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.6	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in) <input type="checkbox"/>
.7	Andere Berufsgruppe und zwar ... <input type="checkbox"/>
.71	Bitte eintragen:

E.12	Wer ist Ihr/e unmittelbare/r <u>disziplinarische/r Vorgesetzte/r</u>? Bitte das Zutreffende ankreuzen.
.1	Geschäftsführer/in <input type="checkbox"/>
.2	Ärztliche/r Direktor/in <input type="checkbox"/>
.3	Chefarzt/ärztin <input type="checkbox"/>
.4	Leitende/r Oberarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.5	Oberarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.6	Stationsarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.7	(Leitende/r) Psychotherapeut/in bzw. (Leitende/r) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.8	(Leitende/r) Diplom-Psychologe/in <input type="checkbox"/>
.9	Andere Person und zwar ... <input type="checkbox"/>
.91	Bitte eintragen:

E.13	Wer ist Ihr/e unmittelbare/r fachliche/r Vorgesetzte/r? Bitte das Zutreffende ankreuzen.
.2	Ärztliche/r Direktor/in <input type="checkbox"/>
.1	Chefarzt/ärztin <input type="checkbox"/>
.3	Leitende/r Oberarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.4	Oberarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.5	Stationsarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.6	(Leitende/r) Psychotherapeut/in bzw. (Leitende/r) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in <input type="checkbox"/>
.7	(Leitende/r) Diplom-Psychologe/in <input type="checkbox"/>
.8	Andere Person und zwar ... <input type="checkbox"/>
.81	Bitte eintragen:

E.14	<p>Bitte geben Sie an, wie Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit in der Organisationseinheit in die folgenden Aufgaben (A bis D) eingebunden sind bzw. was Ihre persönliche Rolle dabei ist.</p> <p>Falls Sie in einem psychologischen/psychotherapeutischen Funktionsdienst tätig sind, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte nur für den psychologischen/psychotherapeutischen Behandlungsteil.</p>	
E.14.1	<p>A. Entscheidung über die Indikation zur Psychotherapie bzw. über die Modalitäten der psychotherapeutischen Behandlung eines Patienten/Rehabilitanden</p>	
.11	Im Zweifelsfall kann ich die Entscheidung völlig eigenständig treffen, so als wäre ich der/die Letztverantwortliche.	<input type="checkbox"/>
.12	Solche Entscheidungen werden nach Rücksprache mit mir oder kollegial im Team getroffen. Ich bin an der Entscheidungsfindung beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.13	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen, Entscheidungen dieser Art werden ohne meine Mitwirkung getroffen.	<input type="checkbox"/>
.14	<p>[FALLS E.15.1- .13 ODER .14 - KEINE EIGENSTÄNDIGE ENTSCHEIDUNG]</p> <p>Zu welcher(n) Berufsgruppe(n) gehört(en) die entscheidungsbefugte(n) Person(en)?</p>	
.141	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.142	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.143	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.144	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.145	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.146	Angehörige/r einer anderen Berufsgruppe, und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.1461	<p>Bitte eintragen:</p> <p>.....</p>	

E.14. 2	B. Aufstellung eines Behandlungsplans für einen Patienten/Rehabilitanden	
.21	Im Zweifelsfall kann ich die Entscheidung völlig eigenständig treffen, so als wäre ich der/die Letztverantwortliche.	<input type="checkbox"/>
.22	Solche Entscheidungen werden nach Rücksprache mit mir oder kollegial im Team getroffen. Ich bin an der Entscheidungsfindung beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.23	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen, Entscheidungen dieser Art werden ohne meine Mitwirkung getroffen.	<input type="checkbox"/>
.24	[FALLS E.15.2- .13 ODER .14 - KEINE EIGENSTÄNDIGE ENTSCHEIDUNG] Zu welcher(n) Berufsgruppe(n) gehört(en) die entscheidungsbefugte(n) Person(en)?	
.241	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.242	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.243	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.244	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.245	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.246	Person einer anderen Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.2461	Bitte eintragen:	

E.14.3	C. Überprüfung des Behandlungsfortschritts, ggf. Veranlassung von Änderungen des Behandlungsplans	
.31	Im Zweifelsfall kann ich die Entscheidung völlig eigenständig treffen, so als wäre ich der/die Letztverantwortliche.	<input type="checkbox"/>
.32	Solche Entscheidungen werden nach Rücksprache mit mir oder kollegial im Team getroffen. Ich bin an der Entscheidungsfindung beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.33	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen, Entscheidungen dieser Art werden ohne meine Mitwirkung getroffen.	<input type="checkbox"/>
.34	[FALLS E.15.2- .13 ODER .14 - KEINE EIGENSTÄNDIGE ENTSCHEIDUNG] Zu welcher(n) Berufsgruppe(n) gehört(en) die entscheidungsbefugte(n) Person(en)?	
.341	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.342	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.343	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.344	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.345	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.346	Person einer anderen Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.3461	Bitte eintragen:	

E.14. 4	D. Entscheidung über die Behandlungsdauer (Entlassung, Verlängerung des Aufenthalts) o- der über den Wechsel des Behandlungssettings (z. B. von vollstationär nach teilstationär)	
.41	Im Zweifelsfall kann ich die Entscheidung völlig eigenständig treffen, so als wäre ich der/die Letztverantwortliche.	<input type="checkbox"/>
.42	Solche Entscheidungen werden nach Rücksprache mit mir oder kollegial im Team getroffen. Ich bin an der Entscheidungsfindung beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.43	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen, Entscheidungen dieser Art werden ohne meine Mitwirkung getroffen.	<input type="checkbox"/>
.44	[FALLS E.15.2- .13 ODER .14 - KEINE EIGENSTÄNDIGE ENTSCHEIDUNG] Zu welcher(n) Berufsgruppe(n) gehört(en) die entscheidungsbefugte(n) Person(en)?	
.441	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nerven- heilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.442	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.443	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.444	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.445	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychothera- peut/in)	<input type="checkbox"/>
.446	Person einer anderen Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.4461	Bitte eintragen:	
E.15	Ich kodiere Diagnosen und/oder dokumentiere erbrachte Leistungen zu Abrechnungszwecken (z. B. OPS-Codes) oder im Rahmen der Qualitätssicherung (z. B. KTL-Codes).	
.1	trifft zu	<input type="checkbox"/>
.2	trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>

E.16	Verfassen von Entlassungsberichten
E.16.1	Bitte geben Sie an, ob Sie an der Erstellung von Entlassungsberichten beteiligt sind.
.1	ja <input type="checkbox"/>
.2	Nein, bzw. nur in Ausnahmefällen <input type="checkbox"/>

E.16.2	[FALLS "Ja" BEI E.16.1] Wer unterschreibt die von Ihnen (mit-)verfassten Entlassungsberichte?
.1	Ich unterschreibe zusammen mit anderen Personen <input type="checkbox"/>
.2	Ich unterschreibe nicht, es unterschreiben nur andere Personen. <input type="checkbox"/>
E.16.3	Zu welcher(n) Berufsgruppe gehört(en) die (mit-)unterschreibende(n) Person(en)? [MEHRFACHNENNUNG]
.31	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie <input type="checkbox"/>
.32	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete <input type="checkbox"/>
.33	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung <input type="checkbox"/>
.34	PP/KJP <input type="checkbox"/>
.35	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in) <input type="checkbox"/>
.36	Person einer anderen Berufsgruppe und zwar ... <input type="checkbox"/>
.361	Bitte eintragen:

E.17	Verfassen von Gutachten	
E.17.1	Bitte geben Sie an, inwiefern Sie an der Erstellung von Gutachten beteiligt sind.	
.1	Ich erstelle Gutachten komplett eigenständig.	<input type="checkbox"/>
.2	Ich bin als Teil eines Teams an der Erstellung von Gutachten beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.3	An der Erstellung von Gutachten bin ich nicht bzw. nur in Ausnahmefällen beteiligt.	<input type="checkbox"/>

E.17.2	[FALLS "Eigenständig" ODER "Beteiligt" BEI E.17.1] Wer unterschreibt die von Ihnen (mit-)verfassten Gutachten?	
.1	Ich unterschreibe allein.	<input type="checkbox"/>
	Ich unterschreibe zusammen mit anderen Personen.	<input type="checkbox"/>
	Ich unterschreibe nicht, es unterschreiben nur andere Personen.	<input type="checkbox"/>
E.17.3	[FALLS "Zusammen mit anderen" ODER "nur andere" BEI E.17.2.] Zu welcher(n) Berufsgruppe gehört(en) die (mit-)unterschreibende(n) Person(en)? [MEHRFACHNENNUNG]	
.31	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
.32	Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete	<input type="checkbox"/>
.33	Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
.34	PP/KJP	<input type="checkbox"/>
.35	Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/>
.36	Person einer anderen Berufsgruppe und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.361	Bitte eintragen:	

E.18	Bei Patienten/Rehabilitanden, die von Ihnen psychotherapeutisch behandelt werden: Welchen Einfluss haben Sie auf Entscheidungen über den Beginn, die Änderung oder Fortsetzung einer Psychopharmakotherapie?	
.1	Ich habe keine Patienten/Rehabilitanden, die eine Psychopharmakotherapie erhalten.	<input type="checkbox"/>
.2	Diese Entscheidungen kann ich eigenständig treffen, so als hätte ich die Befugnis.	<input type="checkbox"/>
.3	Solche Entscheidungen werden nach Rücksprache mit mir oder kollegial im Team getroffen. Ich bin an der Entscheidungsfindung maßgeblich beteiligt.	<input type="checkbox"/>
.4	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen, Entscheidungen dieser Art werden ohne meine Mitwirkung getroffen.	<input type="checkbox"/>
.41	Ergänzende Angaben:	Keine ergänzenden Angaben <input type="checkbox"/>

E.19		Bitte geben Sie an, ob die folgenden Tätigkeiten zu Ihren regulären dienstlichen Aufgaben innerhalb Ihrer Organisationseinheit gehören.	
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Regelmäßige Leitung von Visiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Regelmäßige Teilnahme an den Visiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Vertretung des/der Leiters/in der Organisationseinheit bei den Visiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Führen von Gesprächen zur Mitarbeiterführung mit Beschäftigten aus den Berufsgruppen Ärzte/PP/KJP/Dipl.-Psych./Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-) Päd./M.Sc./M.A. Psychologie/(Sozial-, Sonder-, Heil-) Pädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Führen von Gesprächen zur Mitarbeiterführung mit Beschäftigten anderer Berufsgruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.6	Erstellen bzw. Lieferung von Beiträgen zu Arbeits-/ Dienstzeugnissen für Beschäftigte aus den Berufsgruppen Ärzte/PP/KJP/Dipl.-Psych./Dipl.-Päd./Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Päd./M.Sc./M.A. Psychologie/(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.7	Erstellung bzw. Lieferung von Beiträgen zu Arbeits-/ Dienstzeugnissen für Beschäftigte aus anderen Berufsgruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.8	Beteiligung an Personalentscheidungen (Einstellungen, Beförderungen, Entlassungen) für Beschäftigte aus den Berufsgruppen Ärzte/PP/KJP/Dipl.-Psych./Dipl.-Päd./Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Päd./ M.Sc./M.A. Psychologie/(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.9	Beteiligung an Personalentscheidungen (Einstellungen, Beförderungen, Entlassungen) für Beschäftigte aus anderen Berufsgruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.10	Beteiligung an Entscheidungen über Organisation und Arbeitsabläufe in der Organisationseinheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.11	Mitverantwortung für das Erreichen von Wirtschaftlichkeitszielen der Organisationseinheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.20	<p>Im Folgenden geht es um dienstliche Aufgaben, die nicht nur Ihre eigene, sondern auch andere Organisationseinheiten oder die Reha-Einrichtung insgesamt betreffen.</p> <p>Bitte geben Sie an, ob diese Tätigkeiten zu Ihren regulären dienstlichen Aufgaben gehören.</p>	trifft zu	trifft nicht zu
.1	Teilnahme an Sitzungen von Leitungsgremien der Reha-Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Mitwirkung an Entscheidungen über therapeutische Konzepte, Art und Umfang des Behandlungsangebots (stationsübergreifend/auf Ebene der Abteilung oder der Reha-Einrichtung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Mitwirkung an Entscheidungen über Organisation und Arbeitsabläufe (stationsübergreifend/auf Ebene der Abteilung oder der Reha-Einrichtung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Mitwirkung an Personalplanungsprozessen (stationsübergreifend/auf Ebene der Abteilung oder der Reha-Einrichtung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Beteiligung an der Formulierung von Wirtschaftlichkeitszielen für Ihre eigene Organisationseinheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.6	Beteiligung an der Formulierung von Wirtschaftlichkeitszielen für die gesamte Reha-Einrichtung oder die Abteilung, zu der Ihre Organisationseinheit gehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.7	Aufgaben im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, Vertretung der Reha-Einrichtung nach innen und außen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.21 – E.26 Aufgaben im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung anderer Beschäftigter

E.21. 1	Wenn Sie Ihre tatsächlich erbrachte Arbeitsleistung in Hinblick auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung von anderen Beschäftigten betrachten, was trifft auf Sie zu?		
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Ich bin regelmäßig in der Ausbildung, Anleitung und Supervision von Ärzten/innen tätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Ich bin regelmäßig in der Ausbildung, Anleitung und Supervision von Beschäftigten aus dem therapeutischen oder pflegerischen Bereich tätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.22	Bitte machen Sie Angaben zu Ihren Aufgaben im Rahmen der Ausbildung von Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA), die ihre praktische Tätigkeit in Ihrer Reha-Einrichtung ableisten.		
		trifft zu	trifft nicht zu
E.22. 1	In meiner Reha-Einrichtung gibt es Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA), die dort ihre praktische Tätigkeit ableisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.22. 2	[FALLS "TRIFFT ZU" BEI E.22.1 - IN DER KLINIK GIBT ES PIA, ANSONSTEN WEITER MIT E.26] Bitte geben Sie an, wie viele Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) in Ihrer gesamten Reha-Einrichtung im Durchschnitt gleichzeitig ihre praktische Tätigkeit ableisten.		
.1	Im Durchschnitt ca. PiA gleichzeitig		
.2	weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
E.22. 3	Bitte geben Sie an, wie viele Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) in Ihrer eigenen Organisationseinheit im Durchschnitt gleichzeitig ihre praktische Tätigkeit ableisten.		
.1	Im Durchschnitt ca. PiA gleichzeitig		
.2	weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
E.22. 4.		trifft zu	trifft nicht zu
	Ich bin selbst an der Ausbildung (Anleitung, Supervision) von Psychotherapeuten/innen in Ausbildung während ihrer praktischen Tätigkeit beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>E.22. 5</p>	<p>[FALLS "TRIFFT NICHT ZU" BEI E.22.4 - SELBST NICHT AN AUSBILDUNG BETEILIGT]: Welche Personen sind in Ihrer Abteilung/Organisationseinheit für die Ausbildung und Anleitung der Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) zuständig?</p> <p>[FALLS "TRIFFT ZU" BEI E.22.4 - SELBST AN AUSBILDUNG BETEILIGT]: Welche Personen aus Ihrer Abteilung/Organisationseinheit sind außer Ihnen noch für die Ausbildung und Anleitung der Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) zuständig?</p>
<p>.1</p>	<p>Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/ Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie <input type="checkbox"/></p>
<p>.2</p>	<p>Facharzt/-ärztin anderer Fachgebiete <input type="checkbox"/></p>
<p>.3</p>	<p>Arzt/Ärztin ohne abgeschlossene Weiterbildung <input type="checkbox"/></p>
<p>.4</p>	<p>PP/KJP <input type="checkbox"/></p>
<p>.5</p>	<p>Diplom-Psychologe/in/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in) <input type="checkbox"/></p>
<p>.6</p>	<p>Personen aus anderen Berufsgruppen und zwar ... <input type="checkbox"/></p>
<p>.61</p>	<p>Bitte eintragen:</p>

E.23	[FALLS EINGABE BEI E.22.3 > 0] Wie würden Sie die Bedeutung und Rolle der Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) für Ihre Organisationseinheit beschreiben?			
		trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht
.1	Die Mitarbeit der PiA macht den regulären Beschäftigten eher zusätzliche Arbeit und stellt kaum eine Entlastung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.2	Die Mitarbeit der PiA stellt für die regulären Beschäftigten eine gewisse Entlastung dar.			
.3	Die Mitarbeit der PiA stellt für die regulären Beschäftigten eine starke Entlastung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Ohne die Mitarbeit der PiA wären die Versorgungsaufgaben der Organisationseinheit nicht oder nur sehr viel schlechter zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.24	Ist es in Ihrer Reha-Einrichtung bereits vorgekommen, dass...			
		ist bereits vorgekommen	ist noch nicht vorgekommen	ist mir nicht bekannt
.1	...eine freie bzw. neu geschaffene Stelle statt mit einem/r PP/KJP bzw. einem/r (Fach-)Arzt/Ärztin mit mehreren PiA besetzt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.25	Wie verfährt Ihre Reha-Einrichtung im Hinblick auf die Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA), die in Ihrem Hause ihre praktische Tätigkeit ableisten?		
.1	Die PiA erhalten eine reguläre Vergütung entsprechend Ihrer akademischen Grundausbildung (d. h. als Dipl.-Psych./Master Psychologie, Dipl.-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Päd./ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik)		<input type="checkbox"/>
.2	Die PiA erhalten eine Praktikumsvergütung (d. h. auf jeden Fall niedriger als die Vergütung entsprechend Ihrer akademischen Grundausbildung)		<input type="checkbox"/>
.3	Die PiA erhalten normalerweise keine Vergütung		<input type="checkbox"/>

E.26	Bitte tragen Sie ein, wie sich Ihre Arbeitszeit in einem durchschnittlichen Monat prozentual auf die folgenden Aufgabenbereiche verteilt.	
.1	Aufgaben mit unmittelbarem Patientenbezug: z.B. Diagnostik, Therapie, Visite, Begutachtung	ca. %
.2	Aufgaben mit mittelbarem Patientenbezug: z.B. Fall-/Therapiebesprechungen, Supervision, Teambesprechungen	ca. %
.3	Aufgaben der patientenbezogenen Dokumentation: z.B. Dokumentation, Entlassungsberichte, Kodieraufgaben	ca. %
.4	Aufgaben der internen Fortbildung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten in Ausbildung und ggf. anderen Beschäftigten	ca. %
.5	Aufgaben der allgemeinen Personalführung (ohne Aus-/ Fort-/Weiterbildung)	ca. %
.6	Aufgaben im Bereich Forschung/Lehre	ca. %
.7	Aufgaben im Bereich Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	ca. %
.8	Aufgaben der sonstigen Administration der Organisationseinheit oder Abteilung	ca. %
.9	Sonstige Aufgaben und zwar:	ca. %
.91	Bitte eintragen:	
10	[SUMMIERUNG DER ANGABEN ZUR KONTROLLE] Summe	100 %

E.27 – E.29 Aufgaben- und Vergütungsvergleich, Weiterbildungs- und Aufstiegschancen

E.27	<p>Wenn Sie einmal die Gesamtheit Ihrer dienstlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten betrachten, mit welcher der folgenden ärztlichen Positionen lässt sich dann Ihre Rolle in der Reha-Einrichtung am ehesten vergleichen?</p> <p>Aufgrund der Gesamtheit meiner dienstlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten wäre meine Rolle am ehesten zu vergleichen mit der eines/r</p>
.1	Chefarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.2	Leitende/r Oberarzt/-ärztin (Vertretung des/der Chefarztes/-ärztin) <input type="checkbox"/>
.3	Oberarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.4	Facharzt/-ärztin (ohne Oberarztfunktion) <input type="checkbox"/>
.5	Stationsarzt/-ärztin/Assistenzarzt/-ärztin <input type="checkbox"/>
.6	Ärztliche/r Leiter/in einer Funktionsabteilung (z. B. Radiologie, Labor) <input type="checkbox"/>
.7	Andere Position und zwar ... <input type="checkbox"/>
.71	Bitte eintragen:

E.28	Wie beurteilen Sie die internen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für PP/KJP in Ihrer Einrichtung?		
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	In meiner Einrichtung werden PP/KJP durch Fort- und Weiterbildungen gezielt gefördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.11	Meine Einrichtung übernimmt die Kosten für Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.12	Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen können während der Arbeitszeiten wahrgenommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.29	Wie beurteilen Sie die internen Aufstiegschancen für PP/KJP in Ihrer Einrichtung?		
		trifft zu	trifft nicht zu
.1	Meine Einrichtung bietet gute Aufstiegschancen für PP/KJP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.11	In meinem Bereich gibt es für PP/KJP die Chance zur Erweiterung des Verantwortungs- und Tätigkeitsfeldes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.12	In meinem Bereich gibt es für PP/KJP die Chance zur Übernahme einer Leitungsfunktion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. 30 - E.33 Behandelte Patienten/Rehabilitanden in der Organisationseinheit

E.30	<p>Bitte schätzen Sie ein, wie viele Patienten/Rehabilitanden <u>zur Zeit</u> in Ihrer Organisationseinheit (z. B. Station, Institutsambulanz) behandelt werden:</p> <p style="text-align: right;">Ungefähre Anzahl Patienten/Rehabilitanden insgesamt:</p>
E.31	<p>Bitte schlüsseln Sie die Gesamtzahl der Patienten/Rehabilitanden nach ihrem hauptsächlichen Störungsbild (Hauptdiagnose) auf.</p> <p>Unter Hauptdiagnose wird die Diagnose verstanden, die hauptsächlich für die Veranlassung des Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist bzw. im Fall von Komorbidität diejenige Diagnose, deren Behandlung im Rahmen des stationären Aufenthaltes im Vordergrund steht.</p> <p><i>Bsp.: wenn beispielsweise ein Patient mit einer Alkoholabhängigkeit und einer depressiven Episode zur Entgiftung/Entwöhnung stationär behandelt wird, sollte er bei Alkoholstörungen gezählt werden. Wenn der gleiche Patient unter Abstinenzbedingungen auf einer psychotherapeutischen Station behandelt wird, sollte er unter Unipolare Depressionen gezählt werden.</i></p>
F0 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	
	Demenz (F00-F03) (Anzahl)
	Psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (z.B. Delir, organische Halluzinose) (F04-F09) (Anzahl)
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
	Störungen durch Alkohol (F10) (Anzahl)
	Andere Störungen durch psychotrope Substanzen (F11-F19) (Anzahl)
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (Anzahl)	
F3 Affektive Störungen	
	Bipolare affektive Störung (F31) (Anzahl)
	Unipolare Depression (F32-F33) (Anzahl)
	Anhaltende und andere affektive Störungen (F34, F38-F39)) (Anzahl)
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	
	Phobische Störung (F40) (Anzahl)
	Panikstörung, Generalisierte Angststörung (F41) (Anzahl)
	Zwangsstörung (F42) (Anzahl)
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) (Anzahl)
	Anpassungsstörungen (F43.2) (Anzahl)
	Somatoforme Störungen (F45) (Anzahl)
	Andere neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F43.0, F43.8- F48) (Anzahl)
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	

	Anorexia nervosa (F50.0-F50.1)	..... (Anzahl)
	Bulimia nervosa (F50.2)	..... (Anzahl)
	Andere Essstörungen und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50.3-F59)	..... (Anzahl)
	F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)	..... (Anzahl)
	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60.0-F60.2, F60.4-F69)	..... (Anzahl)
	F7 Intelligenzminderung	
	F8 Entwicklungsstörungen	
	F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	
	Hyperkinetische Störungen (F90)	..... (Anzahl)
	Störungen des Sozialverhaltens (F91)	..... (Anzahl)
	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)	..... (Anzahl)
	Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	..... (Anzahl)
	Bindungsstörungen (F94.1-F94.2)	..... (Anzahl)
	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F94.0, F94.8 -F99)	..... (Anzahl)

[DIE FOLGENDEN FRAGEN E.32 WERDEN ZWEI MAL GESTELLT:

FÜR DIE PATIENTENGRUPPE MIT DEM HÖCHSTEN UND DEM ZWEITHÖCHSTEN ANTEILSWERT BEI E.31 (Z. B. PATIENTEN MIT DER DIAGNOSE F.20 SCHIZOPHRENIE UND PATIENTEN MIT DER DIAGNOSE BIPOLARE DEPRESSION)

E.32	Bitte machen Sie nähere Angaben zum normalerweise üblichen Behandlungskonzept bei der folgenden von Ihnen angegebenen Patienten-/Rehabilitandengruppe: Patienten/Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose:
	z. B. Schizophrenie ca. [AUS FRAGE E.31] (Anzahl)
E.32.1	Wie vielen dieser Patienten/Rehabilitanden wird durch Ihre Organisationseinheit eine Behandlung mit Psychopharmaka angeboten?
.11	Allen Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild wird eine medikamentöse Behandlung angeboten. <input type="checkbox"/>
.12	Einem Teil der Patienten/Rehabilitanden wird eine medikamentöse Behandlung angeboten. <input type="checkbox"/>
.13	Den Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild wird normalerweise keine medikamentöse Behandlung angeboten. <input type="checkbox"/>
.14	[FALLS E.32.12 - EINEM TEIL] Bitte schätzen Sie, zu welchem Prozentsatz den Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild normalerweise eine medikamentöse Behandlung angeboten wird: Im Durchschnitt ca. Prozent der Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild

E.32.2	Wie vielen dieser Patienten/Rehabilitanden wird durch Ihre Organisationseinheit eine psychotherapeutische Behandlung angeboten? Zur psychotherapeutischen Behandlung zählen psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche, die eine positive Beeinflussung von Störungs- und Leidenszuständen in Richtung auf ein nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (z. B. Symptomreduktion und/oder Strukturveränderungen der Persönlichkeit) anstreben. Die Gesprächsführung ist geplant und kontrolliert, d. h. zur Beeinflussung der Störungs- und Leidenszustände werden lehrbare Techniken eingesetzt, die sich auf eine Theorie normalen und pathologischen Verhaltens beziehen.
.21	Allen Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild wird eine psychotherapeutische Behandlung angeboten. <input type="checkbox"/>
.22	Einem Teil der Patienten/Rehabilitanden wird eine psychotherapeutische Behandlung angeboten. <input type="checkbox"/>
.23	Den Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild wird normalerweise keine psychotherapeutische Behandlung angeboten. <input type="checkbox"/>

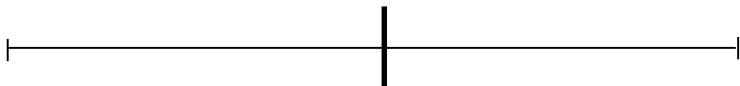
.24	[FALLS E.32.22 - EINEM TEIL]
-----	------------------------------

Bitte schätzen Sie, zu welchem Prozentsatz den Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild normalerweise eine psychotherapeutische Behandlung angeboten wird:

Im Durchschnitt ca. Prozent der Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild

E.32. 3	<p>Welchem Verfahren lassen sich die psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen in Ihrer Organisationseinheit bei dieser Patienten/Rehabilitandengruppe am ehesten zuordnen?</p> <p>Wenn mehrere Verfahren und Techniken zum Einsatz kommen, geben Sie bitte hier das leitende oder dominierende Verfahren an.</p>	
.31	(Kognitive) Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>
.32	Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.33	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.34	Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>
.35	Gesprächspsychotherapie/klientenzentrierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
.36	Andere Verfahren und zwar ...	<input type="checkbox"/>
.361	Bitte eintragen:	
E.32. 4	<p>Wie vielen dieser Patienten/Rehabilitanden wird eine Einzelbehandlung angeboten?</p>	
.41	Allen Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild wird eine psychotherapeutische Einzelbehandlung angeboten.	<input type="checkbox"/>
.42	Einem Teil der Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild wird eine psychotherapeutische Einzelbehandlung angeboten.	<input type="checkbox"/>
.43	<p>[FALLS E.32.42 - EINEM TEIL, ANSONSTEN WEITER MIT E.32.5]</p> <p>Bitte geben Sie an, zu welchem Prozentsatz den Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild normalerweise eine psychotherapeutische Einzelbehandlung angeboten wird:</p> <p>Im Durchschnitt ca. Prozent der Patienten/Rehabilitanden mit diesem Störungsbild</p>	
E.32. 5	<p>Wie viele Stunden psychotherapeutische Einzelbehandlung pro Woche erhalten diese Patienten/Rehabilitanden im Durchschnitt?</p> <p>Im Durchschnitt ca. Zeitstunden pro Woche/pro Patient</p>	
E.32. 6	<p>Wie viele Stunden psychotherapeutische Gruppenbehandlung pro Woche erhalten diese Patienten/Rehabilitanden im Durchschnitt?</p> <p>Im Durchschnitt ca. Zeitstunden pro Woche/pro Patient</p>	

E.32. 7	<p>Im Folgenden möchten wir Sie aufgrund Ihrer fachlichen Expertise um eine persönliche Einschätzung bitten.</p> <p>Wie beurteilen Sie insgesamt die psychotherapeutische Behandlung dieser Patienten/Rehabilitandengruppe durch Ihre Organisationseinheit?</p>	trifft zu	teils, teils	trifft nicht zu
.71	Alle Patienten/Rehabilitanden, die von einer Psychotherapie profitieren können, erhalten ein angemessenes psychotherapeutisches Angebot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.72	Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt normalerweise ausschließlich durch hinreichend qualifiziertes Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.73	Die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung (z. B. Zahl der Sitzungen, Einzel- vs. Gruppentherapie) ist diesem Störungsbild insgesamt angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.74	Bei der Festlegung der psychotherapeutischen Behandlungsmodalitäten wird die individuelle Situation eines Patienten/Rehabilitanden normalerweise angemessen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.32. 8	<p>Welches Behandlungskonzept vertritt die Leitung Ihrer Organisationseinheit in Bezug auf diese Patienten/Rehabilitandengruppe?</p> <p>Bitte beantworten Sie die Frage, indem Sie den Schieberegler auf der Antwortskala durch Anklicken und Ziehen mit der Maus zwischen den zwei vorgegebenen Polen in die Position bringen, die dem von der Leitung Ihrer Organisationseinheit vertretenen Behandlungskonzept entspricht</p>		
	<p>[SCHIEBEREGLER, SKALA 1 BIS 10]</p> 		
.81	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>Biologisch</p> <p>Das Störungsbild wird als biologisch bedingte Erkrankung gesehen und vorwiegend medikamentös behandelt.</p> <p>Psychotherapie wird nur als ergänzende, nicht zwingend erforderliche Behandlungsoption angeboten.</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>Psychosozial</p> <p>Das Störungsbild wird als überwiegend psychosozial bedingte Erkrankung gesehen. Psychotherapeutische Behandlungsansätze stehen ganz im Vordergrund, medikamentöse Behandlung wird nur in begründeten Ausnahmefällen eingesetzt.</p> </td> </tr> </table>	<p>Biologisch</p> <p>Das Störungsbild wird als biologisch bedingte Erkrankung gesehen und vorwiegend medikamentös behandelt.</p> <p>Psychotherapie wird nur als ergänzende, nicht zwingend erforderliche Behandlungsoption angeboten.</p>	<p>Psychosozial</p> <p>Das Störungsbild wird als überwiegend psychosozial bedingte Erkrankung gesehen. Psychotherapeutische Behandlungsansätze stehen ganz im Vordergrund, medikamentöse Behandlung wird nur in begründeten Ausnahmefällen eingesetzt.</p>
<p>Biologisch</p> <p>Das Störungsbild wird als biologisch bedingte Erkrankung gesehen und vorwiegend medikamentös behandelt.</p> <p>Psychotherapie wird nur als ergänzende, nicht zwingend erforderliche Behandlungsoption angeboten.</p>	<p>Psychosozial</p> <p>Das Störungsbild wird als überwiegend psychosozial bedingte Erkrankung gesehen. Psychotherapeutische Behandlungsansätze stehen ganz im Vordergrund, medikamentöse Behandlung wird nur in begründeten Ausnahmefällen eingesetzt.</p>		

E.32. 9	Bitte bewerten Sie, welchen Stellenwert die drei folgenden Behandlungsansätze bei der Behandlung dieser Patienten/Rehabilitandengruppe in Ihrer Organisationseinheit haben.			
		Stellenwert ist		
		zu hoch	ange- messen	zu gering
.91	Medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.92	Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.93	Komplementäre Therapien (z.B. Ergotherapie, Bewegungstherapie, Kreative Therapien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.32. 10	Welche Defizite oder Verbesserungspotenziale bestehen aus Ihrer Sicht bei der psychotherapeutischen Versorgung dieser Patienten/Rehabilitandengruppe durch Ihre Organisationseinheit?		
.10.1	Aus meiner Sicht bestehen keine nennenswerten Defizite.	<input type="checkbox"/>	
.10.2	Ich sehe folgende Defizite bzw. Verbesserungsmöglichkeiten: Bitte eintragen:	<input type="checkbox"/>	

[E.32.1 BIS E.32.10 ANALOG FÜR EINE ZWEITE PATIENTENGRUPPE, FALLS IN ORGANISATIONSEINHEIT BEHANDELT, AUSWAHL S. ERLÄUTERUNGEN VOR E.32]

E.33 Bitte schätzen Sie für die in Ihrer Organisationseinheit vertretenen Berufsgruppen die tatsächlichen Anteile an der Wahrnehmung der psychotherapeutischen Versorgungsaufgaben.	
	Anteil an der Wahrnehmung der psychotherapeutischen Versorgungsaufgaben
.1	Fachärzte/-ärztinnen für Psychiatrie/ Psychotherapie/Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin bzw. Kinder- und Jugend-Psychiatrie ca. %
.2	Fachärzte/-ärztinnen anderer Fachgebiete ca. %
.3	Ärzte/Ärztinnen ohne abgeschlossene Weiterbildung ca. %
.4	PP/KJP ca. %
.5	Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) ca. %
.6	Diplom-Psychologen/innen/ Master Psychologie (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in) ca. %
.7	Diplom-(Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogen/innen/ Master (Sozial-, Sonder-, Heil-)Pädagogik (OHNE Approbation als Psychotherapeut/in) ca. %
.8	Sonstige Berufsgruppen und zwar: Bitte eintragen: ca. %
	Summe 100 %