

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Förderkennzeichen:	01VSF19003
Akronym:	PT-REFORM
Projekttitel:	Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
Autoren:	Prof. Dr. Susanne Singer, Lena Maier M.Sc.-Psych., Deborah Engesser M.Sc., Matthias Büttner M.Sc.
Förderzeitraum:	1. Januar 2020 – 30. Juni 2022

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis	4
II. Abbildungsverzeichnis	4
III. Tabellenverzeichnis	5
1. Zusammenfassung	6
2. Beteiligte Projektpartner*innen	7
3. Projektziele	8
Ziele.....	8
Hintergrund	8
Prävalenz.....	8
Psychotherapie-Strukturreform.....	8
Wartezeiten	8
Gruppentherapie	9
Hürden in der Inanspruchnahme.....	9
Fragestellungen	10
Arbeitsplan.....	10
Endpunkte.....	11
4. Projektdurchführung	11
5. Methodik	12
Arbeitspaket 1: Dokumentierte Wartezeiten.....	12
Arbeitspaket 2: Befragung von Psychotherapeut*innen	13
Arbeitspaket 3: Befragung von Patient*innen	14
Arbeitspaket 4: Befragung von Zuweiser*innen	16
Arbeitspaket 5: Kassenärztliche Vereinigungen.....	17

Arbeitspaket 6: Bürokratiekosten	17
Arbeitspaket 7: Integration der Ergebnisse und Praxistransfer	19
6. Projektergebnisse.....	20
Arbeitspaket 1: Dokumentierte Wartezeiten.....	20
Stichprobe	20
Haben sich durch die Strukturreform die Wartezeiten verkürzt?	21
Zustandekommen einer Behandlung.....	25
Arbeitspaket 2: Befragung von Psychotherapeut*innen	27
Stichprobe	27
Ergebnisse qualitativer Interviews.....	28
Welche Hürden gibt es bei der Implementierung der Sprechstunde?.....	29
Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?.....	29
Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?.....	30
Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?.....	30
Sind Hausärzt*innen jetzt besser eingebunden als vor der Reform?.....	31
Arbeitspaket 3: Befragung von Patient*innen	32
Stichprobe	32
Quantitative Auswertung.....	33
Qualitative Auswertung	34
Vergleich der Messzeitpunkte	34
Welche Hürden gibt es bei der Implementierung der Sprechstunde?.....	34
Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?.....	35
Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?.....	35
Sind Hausärzt*innen jetzt besser eingebunden als vor der Reform?.....	35
Arbeitspaket 4: Befragung von Zuweiser*innen	36
Stichprobe	36
Qualitative Auswertung Haus- und Fachärzt*innen.....	36
Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?.....	37
Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?.....	37
Sind Hausärzt*innen jetzt besser eingebunden als vor der Reform?.....	38
Qualitative Auswertung Mitarbeiter*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen	38

Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?.....	38
Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?.....	39
Arbeitspaket 5: Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen.....	39
Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?.....	39
Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?.....	40
Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?.....	42
Arbeitspaket 6: Bürokratiekosten	43
Stichprobe	43
Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?.....	43
Arbeitspaket 7: Integration der Ergebnisse und Praxistransfer	46
7. Diskussion der Projektergebnisse.....	51
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	53
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	53
10. Literaturverzeichnis.....	55
11. Anhang.....	57
12. Anlagen	58

I. Abkürzungsverzeichnis

AP	- Arbeitspaket
EBM	- Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	- Gemeinsamer Bundesausschuss
GAF-Skala	- Global Assessment of Functioning Skala
HR	- Hazard Ratio
KBV	- Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	- Kassenärztliche Vereinigung
KI	- Konfidenzintervall
KZT	- Kurzzeittherapie
LZT	- Langzeittherapie
Max.	- Maximum
Min.	- Minimum
MW	- Mittelwert
PTV	- Formular in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
GKV-Spitzenverband	- Spitzenverband Bund der Krankenkassen
SD	- Standardabweichung
TSS	- Terminservicestelle

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung Daten nach Jahr des Erstkontakts	21
Abbildung 2: Wartezeit Erstkontakt bis Erstgespräch in Wochen aus [17]	22
Abbildung 3: Wartezeit Erstgespräch bis Behandlungsbeginn (Richtlinientherapie oder Akutbehandlung) aus [17]	23
Abbildung 4: Wartezeit Erstkontakt bis Richtlinientherapie bzw. Akutbehandlung	23
Abbildung 5: AP1 Zustandekommen Behandlung	25
Abbildung 6: AP2 Kategoriensystem der qualitativen Auswertung.....	29
Abbildung 7: AP3 Präferenzen hinsichtlich Geschlecht und Therapieverfahren (t1)	33
Abbildung 8: AP3 Kategorien qualitative Auswertung.....	34
Abbildung 9: AP4 Kategoriensystem Haus- und Fachärzt*innen.....	37
Abbildung 10: AP4 Weitervermittlung durch Haus- und Fachärzt*innen	38
Abbildung 11: AP5 Prozentsatz erfolgreicher Vermittlungen aller datenliefernder KVen im Jahr 2018.....	40
Abbildung 12: AP5 Zusammensetzung Vermittlungen aller KVen 2018.....	43
Abbildung 13: AP6 Bürokratieaufwände gruppiert nach Praxisform	45
Abbildung 14: AP6 Bürokratieaufwände gruppiert nach Praxismitarbeiter*in.....	45
Abbildung 15: AP6 Übersicht kostentreibende Faktoren	46

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsortial- und Kooperationspartner*innen	7
Tabelle 2: AP1 Wartezeiten vor und nach der Reform	22
Tabelle 3: AP1 weitere Wartezeitsspannen.....	24
Tabelle 4: AP1 Wartezeit Erstkontakt bis Erstgespräch nach Patientencharakteristika.....	25
Tabelle 5: AP1 Gründe für fehlendes Zustandekommen einer Behandlung	26
Tabelle 6: AP2 Charakteristika der befragten Psychotherapeut*innen	28
Tabelle 7: AP5 Vermittlungszahlen der KVen 2018	41
Tabelle 8: AP5 Zusammensetzung Anfragen und Terminvereinbarungen bei den KVen 2018	42
Tabelle 9: Kostendifferenzen zwischen den Schätzwerten des G-BA und den ermittelten Kosten in PT-REFORM	44
Tabelle 10: AP7 Handlungsempfehlungen Kurzversion	47

1. Zusammenfassung

Hintergrund (Ausgangslage und Ziele/Fragestellungen)

Mit der Psychotherapie-Strukturreform wurden Versorgungselemente wie die Psychotherapeutische Sprechstunde, die telefonische Erreichbarkeit, die Rezidivprophylaxe und die Akutbehandlung neu eingeführt sowie bestehende Regelungen zur Gruppentherapie und Therapiebeantragung reformiert. Wir evaluierten die Reform hinsichtlich der Verkürzung von Wartezeiten, Umsetzung von Psychotherapeutischer Sprechstunde und Gruppentherapie, Versorgungssituation und -zugang sowie Eingebundenheit von Haus- und Fachärzt*innen.

Methodik

In 7 Arbeitspaketen (APs) wurden Daten verschiedener Akteure der psychotherapeutischen Versorgung sowie Patient*innen erhoben und deren Ergebnisse integriert. Aus 9 psychotherapeutischen Praxen wurden Wartezeitdaten erhoben (AP1). Mithilfe von Interviews wurden die Perspektiven von niedergelassenen Psychotherapeut*innen (AP2), Patient*innen (AP3), Haus- und Fachärzt*innen sowie Mitarbeiter*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (AP4) erfasst. Zudem wurden die Anzahl an Terminvermittlungen sowie das Angebot und die Durchführung von Gruppentherapie mit Fragebögen von allen KVen erhoben (AP5). Weiterhin wurden Bürokratiekosten berechnet und mit Schätzwerten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verglichen (AP6). Im Rahmen einer Abschlusskonferenz wurden Handlungsempfehlungen entwickelt (AP7).

Ergebnisse

Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch haben sich durch die Reform nicht verkürzt. Die Wartezeit auf den Behandlungsbeginn verkürzte sich ebenfalls nicht, mit Ausnahme des Beginns einer Behandlung als Akutbehandlung. Soziale Ungleichheit konnte reduziert werden (AP1). Die Interviews mit Psychotherapeut*innen ergaben ein heterogenes Meinungsbild zu Vor- und Nachteilen verschiedener Reformelemente. Insgesamt zeigte sich eine angespannte Versorgungssituation (AP2). Patient*innen berichteten sowohl von Sucherfolgen als auch von Hürden wie der Erreichbarkeit von Psychotherapeut*innen oder Unklarheit über den Suchprozess (AP3). Zuweiser*innen beobachteten zum Teil eine Verkürzung der Wartezeiten auf ein Erstgespräch, zum Teil kritisierten sie lange Wartezeiten durch mangelnde Therapieplätze. Die Mitarbeiter*innen der KV berichteten u. a. Probleme wie weite Anfahrtswege und mangelnde Kenntnisse über Vermittlungsleistungen, lobten jedoch die Möglichkeit eines niederschweligen Zugangs zur Versorgung (AP4). Die Vermittlung über die Terminservicestelle (TSS) gelang im Jahr 2018 in 75 % der Fälle (n=14 KVen) und das Angebot von Gruppentherapie hat sich durch mehr Psychotherapeut*innen mit Gruppenzulassung erhöht (AP5). Die Bürokratiekosten waren höher als vom G-BA angenommen (AP6).

Diskussion

Unsere Ergebnisse spiegeln die Perspektive von verschiedenen Akteuren in der Versorgung sowie von Patient*innen wider. Priorisierte Handlungsempfehlungen, die aus den Ergebnissen abgeleitet wurden, waren eine Reform der Bedarfsplanung, die Vergütung von Koordinationsleistungen sowie eine Fusionierung der Kurzzeittherapie 1 und 2 (KZT) (AP7).

2. Beteiligte Projektpartner*innen

Tabelle 1: Konsortial- und Kooperationspartner*innen

Einrichtung/Institut	Name/Verantwortlichkeit
Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin Mainz	Koordinierendes Studienzentrum Projektleitung: Prof. Dr. Susanne Singer Projektkoordination: M.Sc.-Psych. Lena Maier Wissenschaftliche Mitarbeit: M.Sc. Deborah Engesser
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz	Patienteneinschluss und Interviewdurchführung AP 3 Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Lieb Wissenschaftliche Mitarbeit: M.Sc.-Psych. Vanessa Pantle
Abt. Medizinische Psychologie und Soziologie, Universitätsmedizin Mainz	Patienteneinschluss und Interviewdurchführung AP 3 Leitung: Univ.-Prof. Dr. Katja Petrowski Wissensch. Mitarbeit: Dr. rer. medic. Ileana Schmalbach, M.Sc.-Psych.
Kooperationspartner*innen	
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie, Rheinland-Pfalz	Dr. Silke Heinemann
Hausärzteverband Rheinland-Pfalz	Dr. Peter Nienhaus
DGPT Rheinland-Pfalz	Befragung von Psychotherapeut*innen AP 2 PD Dr. Udo Porsch
niedergelassene Psychotherapeut*innen	Dokumentierte Wartezeiten AP 1 Dr. med. Jörg Kobes, Jena Dr. Dipl.-Psych. Sabine Wilcke, Heidelberg Dipl. Psych. Anke Paserat, Dresden Dr. Dipl.-Psych. Klaus Lang, München Dipl.-Psych. Martina Mittag, Stuttgart Dr. med. Almut Nagel-Brotzler, Bretten Dipl.-Psych. Karin Lausmann, Preetz Dr. med. Bernhild Wirp, Braunschweig Mainzer Psychoanalytisches Institut Befragung von Psychotherapeut*innen AP 2 Dr. Marcel Lichy, Mainz Praxisgemeinschaft für Psychotherapie, Olpe Dr. Dipl.-Psych. Rainer Paul, Wiesbaden Dr. Dipl.-Psych. Katrin Reuter, Freiburg Adele Gnudi, Mainz Dr. med. Andrea Petermann-Meyer, Aachen Peter Andreas Staub, Freinsheim

3. Projektziele

Ziele

Ziel des Projekts war die Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform aus der Perspektive verschiedener Akteure der Versorgung sowie aus Sicht von Patient*innen. Ausgehend von den Ergebnissen der Studie sollten unter Einbindung unterschiedlicher Interessengruppen Handlungsempfehlungen an den G-BA formuliert werden.

Hintergrund

Prävalenz

Die neuesten Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland stammen aus der Zusatzuntersuchung psychischer Gesundheit im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, die im Zeitraum 2009-2012 erhoben wurden [1, 2]. Ohne Berücksichtigung von Nikotinabhängigkeit wurde die Prävalenz psychischer Erkrankungen hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung auf 28 % beziffert, wobei diese bei Frauen (31 %) höher liegt als bei Männern (22 %) und mit steigendem Alter abnimmt [1]. Bei Kindern und Jugendlichen wurde die Prävalenz „psychischer Auffälligkeit“ im Zeitraum 2014-2017 auf 16,9 % geschätzt, hier war die Prävalenz bei Mädchen (14,5 %) etwas geringer als bei Jungen (19,1 %) [3]. Diese Zahlen belegen, dass psychische Erkrankungen von hoher gesellschaftlicher Relevanz sind. Die Wirksamkeit von Psychotherapie zur Reduktion der psychischen Symptomatik wird nicht nur in verschiedenen klinischen Studien belegt (z. B. [4-7]), sondern sie spiegelt sich auch in einer Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen [8] sowie in Einschätzungen von Patient*innen wider [9, 10].

Psychotherapie-Strukturreform

Durch die Psychotherapie-Strukturreform wurde die Psychotherapie-Richtlinie umfassenden Neuerungen unterzogen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung für Patient*innen [11].

Um dies zu erreichen wurde die verpflichtende Psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt, die Psychotherapeut*innen im Umfang von 50 bzw. 100 min pro Woche für Erstgespräche bereitstellen müssen [12]. Zusätzlich müssen Psychotherapeut*innen seit der Reform, in Abhängigkeit vom Umfang ihres Versorgungsauftrags, 100-200 min pro Woche telefonisch erreichbar sein [12]. Weitere Elemente der Reform waren die Einführung der Akutbehandlung als „zeitnahe psychotherapeutische Intervention“ [12] (S.12) und der Rezidivprophylaxe als Möglichkeit der „Stabilisierung [bei] [...] wieder [auftretenden] [...] Krisen“ [12] (S.12). Bei der Therapiebeantragung wurde ein zweiter Bewilligungsschritt bei der KZT eingeführt, der Bericht an den Gutachter/ die Gutachterin bei KZT-Anträgen abgeschafft sowie die Berichtspflicht bei Fortführungsanträgen dem Ermessen der Krankenkassen überlassen. Weiterhin wurden umfassende Neuerungen im Rahmen der Gruppentherapie beschlossen (siehe folgender Abschnitt). Detaillierte Informationen zu den einzelnen Reformelementen finden sich im Anhang 1.1.

Wartezeiten

Die Wartezeiten vor und nach der Reform wurden u.a. bereits von der Bundespsychotherapeutenkammer [13] sowie von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung [14] untersucht. Die geschätzten Wartezeiten auf ein Erstgespräch lagen demnach nach der Reform bei 5,7 Wochen (2017) [13] bzw. 6,5 Wochen (2018) [14] sowie auf den Beginn einer Richtlinien-therapie bei 13,5 Wochen (2017) [13] bzw. 19,6 Wochen (2018) [14]. Hierzu wurden Psychotherapeut*innen zu Wartezeiten befragt [13,

14]. In unserer Studie wurden die Wartezeiten auf Basis von dokumentierten Daten statt auf verzerrungsanfälliger Befragungsbasis erhoben [15-18]. Die Reduzierung von Wartezeiten war ein erklärtes Ziel der Reform [11] und stellt daher eine wichtige Maßzahl für die Evaluation der Reform dar.

Gruppentherapie

Vor der Reform mussten Patient*innen durchschnittlich mehr als fünf Monate auf eine Richtlinienpsychotherapie warten [19]. Obwohl mithilfe von Gruppentherapie mehr Patient*innen versorgt werden können als mit Einzeltherapie, verfügten im Jahr 2016 lediglich 29,7 % der ambulant tätigen Psychotherapeut*innen über die Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie und nur 6,2 % boten Gruppentherapie an [20]. Entsprechend niedrig war mit 2,7 % der Anteil an Patient*innen in Gruppentherapie [20]. Deshalb zielte die Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie von 2017 unter anderem darauf ab, das Gruppenangebot zu fördern [11]. Mit der Reform wurde die Gruppengröße für alle Richtlinienverfahren auf drei bis neun Teilnehmer*innen vereinheitlicht [12]. Zudem wurde mit der Reform die Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie flexibilisiert, indem eine Änderung des Settings während einer KZT nur anzeigepflichtig wurde [12].

Die PT-REFORM-Studie nimmt sich dieses Themas an, indem niedergelassene Psychotherapeut*innen zur Gruppentherapie befragt werden. Darüber hinaus wurden Daten der KVen zum Angebot und zur Nutzung von Gruppentherapie erhoben und ausgewertet.

Hürden in der Inanspruchnahme

Es bestehen verschiedene Hürden, denen Patient*innen auf dem Weg in eine ambulante Psychotherapie begegnen können. Hierzu gehören zum Beispiel die Erwartung einer langen Wartezeit oder auch die Vorerfahrung, „keinen geeigneten Therapeuten gefunden [zu haben]“ [10] (S. 467). Wenngleich Stigmatisierungsängste abzunehmen scheinen, sind sie weiterhin eine Hürde bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie [10]. Vor der Reform bestand eine weitere Barriere in einer mangelnden telefonischen Erreichbarkeit von Psychotherapeut*innen [21], der in der Reform mit der Einführung der verpflichtenden telefonischen Erreichbarkeitszeiten entgegengewirkt werden sollte. Um Schwierigkeiten und auch positive Aspekte bei der Suche nach der Reform zu detektieren, wurden in der PT-REFORM-Studie Patient*innen befragt, die sich auf der Suche nach einem Psychotherapieplatz befanden. Weiterhin wurden Interviews mit Haus- und Fachärzt*innen geführt, die als Ansprechpartner*innen im Vorfeld oder während der Suche dienen können. In kurzem zeitlichen Abstand zur Reform wurde die TSS Psychotherapie der KVen eingeführt. Inwiefern diese eine Unterstützung im Suchprozess darstellt, wurde ebenfalls in den Patientenbefragungen und in Interviews mit Mitarbeiter*innen von KVen thematisiert.

Fragestellungen

Mit der Studie sollen folgende vom G-BA ausgeschriebene Fragestellungen beantwortet werden:

1. Haben sich durch die Strukturreform die Wartezeiten verkürzt?
2. Welche Hürden gibt es bei der Implementierung der Sprechstunde?
3. Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?
4. Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?
5. Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?
6. Sind Hausärzt*innen jetzt besser eingebunden als vor der Reform?

Arbeitsplan

Die Fragestellungen werden anhand verschiedener Arbeitspakete beantwortet:

- | | | | |
|------------|---|------------------------|----------------------|
| AP1 | Dokumentierte Wartezeiten | Fragestellung | 1 |
| | In diesem AP wurden anhand der Daten von 9 Psychotherapiepraxen, in denen u. a. das Datum des Erstkontakts, Erstgesprächs und Behandlungsbeginns vor und nach der Reform dokumentiert wurden, Wartezeiten berechnet. | | |
| AP2 | Befragung von Psychotherapeut*innen | Fragestellungen | 2, 3, 4, 5, 6 |
| | In diesem AP wurden niedergelassene Psychotherapeut*innen zu ihren Erfahrungen mit der Umsetzung der Reform befragt. | | |
| AP3 | Befragung von Patient*innen | Fragestellungen | 2, 3, 4, 6 |
| | In diesem AP wurden Patient*innen zu ihren Erwartungen an bzw. Erfahrungen mit der Suche nach einer ambulanten Psychotherapie befragt. | | |
| AP4 | Befragung von Zuweiser*innen | Fragestellungen | 4, 5, 6 |
| | In diesem AP wurden Haus- und Fachärzt*innen zu ihren Erfahrungen mit der Weitervermittlung von Patient*innen mit Indikation für ambulante Psychotherapie befragt. Zudem wurden Mitarbeiter*innen der TSSen der KVen zu ihren Erfahrungen mit der Reform befragt. | | |
| AP5 | Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen | Fragestellungen | 3, 4, 5 |
| | In diesem AP wurden von allen KVen Daten zur Vermittlung der TSS sowie zu Gruppentherapie erhoben. | | |
| AP6 | Bürokratiekosten | Fragestellung | 5 |
| | In diesem AP wurden auf Basis von Angaben niedergelassener Psychotherapeut*innen der Bürokratieaufwand sowie Bürokratiekosten ermittelt, die mit den Schätzungen des G-BA verglichen wurden. | | |
| AP7 | Integration der Ergebnisse und Praxistransfer | Fragestellungen | 1-6 |
| | Dieses AP beinhaltete die Planung und Durchführung einer Abschlusskonferenz, bei der die Studienergebnisse diskutiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet wurden. | | |

Endpunkte

Primäre und sekundäre Endpunkte ließen sich für AP 1, AP 5 und AP 6 bestimmen. In den APs 2-4 erfolgten qualitative Datenerhebungen und –auswertungen, die als übergeordnete Ziele die Erhebung von Erfahrungen mit der Reform (AP2), Erfahrungen mit der Suche nach einer ambulanten Psychotherapie (AP3) sowie Erfahrungen mit der Weitervermittlung von Patient*innen mit Indikation für ambulante Psychotherapie (AP4) hatten.

AP1:

Primäre Endpunkte:

- Wartezeit zwischen Erstkontakt und Erstgespräch
- Wartezeit zwischen Erstkontakt und Behandlungsbeginn

Sekundäre Endpunkte:

- Zustandekommen einer Psychotherapie und ggf. Ablehnungsgründe

AP5:

Primäre Endpunkte:

- Vermittlungsquoten (vermittelte Termine bezogen auf alle Terminanfragen)
- Angebot und Nutzung von Gruppentherapie anhand Anzahl Psychotherapeut*innen mit Gruppenzulassung und Anzahl abgerechneter Gruppentherapieleistungen

AP6:

Primärer Endpunkt:

- Höhe der Bürokratiekosten (im Vergleich zu Schätzungen des G-BA)[22]

Endpunkte im Einzelnen (gemäß [22]):

- Meldung Telefonische Erreichbarkeit und Sprechstunde
- Individuelle Patienteninformation
- Archivierung „Individuelle Patienteninformation“ in Akte
- Anzeige Akutbehandlung
- Beantragung Kurzzeittherapie
- Beantragung Langzeittherapie
- Angabe Rezidivprophylaxe bei Antrag Langzeittherapie

4. Projektdurchführung

Der Zugang zu ambulanter Psychotherapie ist für die Betroffenen häufig schwierig und die Wartezeit belastend. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2017 mit der Psychotherapie-Strukturreform eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie vorgenommen. Diese enthielt eine Reihe neuer Versorgungselemente, wie die Psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung, die Rezidivprophylaxe oder die verpflichtende telefonische Erreichbarkeit. Zusätzlich wurden bestehende Versorgungsleistungen modifiziert, wie zum Beispiel das Antrags- und Gutachterverfahren oder die Gruppentherapie. Mit dem Projekt PT-

REFORM wurde die Psychotherapie-Strukturreform bzw. deren Auswirkungen auf die Versorgungslage umfassend evaluiert.

Um die Auswirkungen der Reform auf die Wartezeiten in Psychotherapiepraxen zu untersuchen, erhoben wir dokumentierte Wartezeiten niedergelassener Psychotherapeut*innen und verglichen diese vor und nach der Reform. Zusätzlich befragten wir verschiedene Akteure der Reform (Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Mitarbeiter*innen von KVen) zu den Auswirkungen der Reform auf den Versorgungsablauf, zur Implementierung neuer Leistungen in die eigene Versorgungspraxis sowie zu den resultierenden Verbesserungen und den bestehenden Schwierigkeiten. Wir erfassten von allen KVen, wie häufig Ratsuchende um einen Termin bei den TSSen anfragten und wie häufig die Weitervermittlung gelang. Zusätzlich berechneten wir die Bürokratiekosten der Reform und verglichen diese mit den in den „Tragenden Gründen zur PT-REFORM“ [22] geschätzten Kosten. Um zu erfahren, wie Patient*innen die Suche nach einem Therapieplatz erlebten, führten wir zudem Interviews mit Patient*innen.

Eine Abweichung vom Studienprotokoll war im AP 6 erforderlich Um eine Vergleichbarkeit unserer Daten mit den Berechnungen des G-BA zu gewährleisten, mussten die ursprüngliche Erhebung, aufgrund von Ungenauigkeiten in unserem Fragenbogen wiederholt werden (s. Kapitel „Methodik“ für weitere Informationen).

5. Methodik

Arbeitspaket 1: Dokumentierte Wartezeiten

Studiendesign: Retrospektive Kohortenstudie

Zielpopulation: Psychotherapiepraxen in Deutschland

Einschlusskriterien: Dokumentation von Erstkontakt, Erstgespräch und Behandlungsbeginn in einer Praxis sowohl vor als auch nach der Reform

Ausschlusskriterien: keine

Fallzahlberechnung, Effektstärke: Der im Förderantrag dargelegten Fallzahlberechnung lagen die Ergebnisse einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer [13] zugrunde, die einen Unterschied von 3 Wochen Wartezeit zwischen vor (23 Wochen) und nach (20 Wochen) der Reform berichtete. Eine Standardabweichung (SD) wurde in der Studie nicht berichtet. Liegt diese bei 10 Wochen, kann der Unterschied von 20 vs. 23 bei einem Alpha von 0,01 und Power von 0,80 mit $n=331$ pro Jahr gegen den Zufall abgesichert werden. Bei einer SD von 15 Wochen und ansonsten gleichen Annahmen wären $n=744$ nötig, in beiden Jahren zusammen also 1.488. Es handelte sich um geclusterte Daten, daher wurde die angestrebte Fallzahl auf $n=1600$ erhöht. Jede Praxis sollte 200 Bögen (100 vor und 100 nach der Reform) liefern.

Sampling: Da Daten zu Wartezeiten nicht verpflichtend in psychotherapeutischen Praxen dokumentiert werden müssen, konnte keine Zufallsstichprobe aus den Registern der KVen gezogen werden. Daher wurde in einem Netzwerk niedergelassener Psychotherapeut*innen in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. in Erfahrung gebracht, wer die Daten von Erstkontakt, Erstgespräch und Behandlungsbeginn trotzdem dokumentiert hat. Dies war bei 9 zur Studienteilnahme einwilligenden Praxen der Fall. Dabei wurden die Praxen nicht ausgewählt, sondern es wurden alle Praxen eingeschlossen, die sich meldeten, dass sie die entsprechenden Daten dokumentiert hatten. Die Praxen befanden sich im gesamten Bundesgebiet.

Datenerhebung, Operationalisierung: Jede Praxis füllte zunächst einen Datenextraktionsbogen zu Praxischarakteristika aus (Qualifikation, Praxisstruktur, Erreichbarkeit) (siehe Anlage 1). Zur Erhebung der Wartezeiten wurden in einem weiteren Bogen das Datum des Erstkontakts (erster Anruf durch Patient*in), des Erstgesprächs (nach

Reform: erste psychotherapeutische Sprechstunde, vor Reform: erste probatorische Sitzung) und des Behandlungsbeginns (Kurzzeit- oder Langzeittherapie, Akutbehandlung) sowie demografische Daten, Diagnosen und ggf. der Grund für eine fehlende Behandlung aus den Akten der Anfragenden erfasst (siehe Anlage 1). Einschlusskriterium war, dass die Patient*innen die Praxis für mindestens ein Erstgespräch aufgesucht hatten. Die Daten der Praxisinhaber*innen wurden pseudonymisiert erfasst. Von den Patient*innen lagen dem Studienzentrum Aktennummern, aber keine personenidentifizierenden Daten vor. Die Datenextraktionsbögen wurden eigens für diese Studie konzipiert und vor dem Einsatz pilotiert, damit wurde die Inhaltsvalidität überprüft. Da es sich um Datenextraktionsbögen handelte, war keine Reliabilitätsprüfung notwendig.

Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte: Um einen breiten Zeitraum vor und nach der Reform abzudecken und Selektionsverzerrung bei der Auswahl der Akten zu vermeiden, wurden die Praxen angewiesen, zunächst Datenextraktionsbögen für die ersten maximal 100 Akten der Jahre 2018 bzw. 2016 auszufüllen, dann für 2019 bzw. 2015, dann 2020 bzw. 2014. Da einige kleine Praxen weniger als 200 Bögen liefern konnten, wurden hochfrequentierte Praxen um Nachlieferung gebeten. Wie viele Daten aus welchen Jahren geliefert wurden, ist im Ergebnisteil dargestellt.

Auswertungsstrategien: Die Wartezeit von Erstkontakt bis Erstgespräch, die Wartezeit von Erstgespräch bis Behandlungsbeginn, das Zustandekommen einer Behandlung und die Gründe für eine fehlende Behandlung wurden zunächst deskriptiv dargestellt. Mittels Regressionsanalysen wurde danach geprüft, ob ein Zusammenhang von der Reform mit den Wartezeiten (Cox-Regression) und dem Zustandekommen einer Behandlung (Logistische Regression) besteht. Da die Reform für alle Patient*innen gleichermaßen erfolgte, war kein Adjustieren für Confounding notwendig. Korrekturen für multiples Testen waren nicht notwendig, da Hypothesen nicht mehrfach geprüft wurden. Weiterhin wurde untersucht, ob bestimmte Patientengruppen eher von der Reform profitiert haben als andere (Effektmodifikation). Zudem wurde die Heterogenität der Praxen hinsichtlich des Zustandekommens einer Psychotherapie durch die Bestimmung der Intraclass Correlation quantifiziert. Die Auswertungen wurden mit der Software STATA [23] durchgeführt.

Drop-out, Randomisierung, Verblindung, Matching, Datenlinkage: Nicht zutreffend

Arbeitspaket 2: Befragung von Psychotherapeut*innen

Studiendesign: Querschnittstudie

Zielpopulation: Niedergelassene Psychotherapeut*innen in Deutschland

Einschlusskriterien für Stichprobenziehung: Kassenzulassung in Rheinland-Pfalz

Ausschlusskriterien: keine

Fallzahlberechnung: Da es sich bei diesem AP um qualitative Forschung handelte, ergab sich die Fallzahl aus der theoretischen Sättigung. Aufgrund bisheriger Erfahrung der Antragstellerin wurde von einer Fallzahl von 25-35 Interviews ausgegangen.

Sampling: Zum einen wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe aus dem Register der KV Rheinland-Pfalz gezogen. Hierbei wurde berücksichtigt, dass Psychotherapeut*innen verschiedener Therapieverfahren, Approbation (Erwachsenenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) und Psychotherapeut*innen sowohl aus dem städtischen als auch dem ländlichen Raum vertreten sind. Insgesamt wurden 120 Psychotherapeut*innen postalisch kontaktiert und um Einwilligung zur Studienteilnahme gebeten. Bereits zu Beginn der Studie wurden 8 Psychotherapeut*innen mit besonderer Expertise in spezifischen Versorgungsbereichen (Einbindung von Haus- und Fachärzt*innen, Gruppentherapie, Versorgung im ländlichen Raum, Versorgungsablauf, Versorgung in Privatpraxen, Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Sektorenübergreifende Versorgung, Bevölkerungsperspektive)

gezielt eingeschlossen. Die Psychotherapeut*innen erhielten für die Teilnahme an der Studie eine Aufwandsentschädigung. Bei Ablehnung der Studienteilnahme wurden Hinderungsgründe erfasst (siehe Anlage 2).

Datenerhebung: Zur Erhebung von Qualifikation und Praxischarakteristika erhielten die Studienteilnehmer*innen postalisch einen Fragebogen (siehe Anlage 2). Für die Interviews wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Dieser enthielt einen narrativen Abschnitt sowie eine strukturierte Erhebung verschiedener Themengebiete der Reform (siehe Anlage 2). Mit Ausnahme eines Interviews, das persönlich in den Räumlichkeiten unseres Instituts geführt wurde, fanden alle Interviews aufgrund der Corona-Pandemie per Telefon statt.

Reliabilität, Validität: Aufgrund des qualitativen Fokus` dieses APs wurden die Fragebögen keiner Validitäts- und Reliabilitätsprüfung unterzogen.

Operationalisierung: Die Interviews wurden nach vorheriger Zustimmung der Studienteilnehmer*innen per Sprachrekorder aufgezeichnet und anschließend durch einen externen Transkriptionsdienst verschriftlicht. Die Daten wurden pseudonymisiert erhoben. Personenangaben wurden im Zuge der Transkription entfernt. Der Interviewleitfaden wurde zunächst pilotiert und daraufhin angepasst. Um ein standardisiertes Vorgehen zu gewährleisten und Interviewer-Verzerrungen zu vermeiden, wurden beide Interviewerinnen (LM und DE) im Vorfeld geschult.

Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte: Datenerhebung April bis November 2020.

Auswertungsstrategie: Die mit dem Fragebogen erhobenen Charakteristika der Studienteilnehmer*innen wurden deskriptiv ausgewertet. Bei den Nicht-Teilnehmer*innen wurden die Ablehnungsgründe sowie die aus dem Register der KV zugänglichen Informationen ebenfalls deskriptiv im Vergleich zu den Teilnehmenden analysiert.

Die Interviewdaten wurden in Anlehnung an Mühlfeld et al. (1981) [24] mithilfe der Software MAXQDA [25] qualitativ ausgewertet. Hierzu wurde die ersten Interviews zunächst unabhängig von drei Mitarbeiter*innen gelesen und Kategorien in Anlehnung an den Interviewleitfaden entwickelt. Die Kategorien wurden dann auf Übereinstimmung geprüft und ein konsentierter Codebaum entwickelt. Dieser wurde immer wieder erweitert und im Konsens geändert, bis etwa 40 % des Materials kodiert war. Dann wurde der Codebaum final festgelegt und das gesamte Interviewmaterial kodiert. Die Interviewinhalte wurden dabei den im Codebaum festgelegten Kategorien zugeordnet (siehe auch [26]).

Randomisierung, Verblindung, Drop Out, Effektstärke, Matching, Datenlinkage: Nicht zutreffend

Arbeitspaket 3: Befragung von Patient*innen

Studiendesign: Längsschnittstudie

Zielpopulation: Patient*innen mit Indikation für ambulante Psychotherapie in Deutschland

Einschlusskriterien: Zu Beginn der Rekrutierung: Indikation für ambulante Psychotherapie, ambulante Psychotherapie noch nicht begonnen, alle Altersgruppen ab 18 Jahren (bei Kindern Befragung von Eltern), Einverständniserklärung. Aufgrund der geringen Anzahl an Teilnehmer*innen wurde das Einschlusskriterium „ambulante Psychotherapie noch nicht begonnen“ im Studienverlauf aufgehoben.

Ausschlusskriterien: Zu Beginn der Rekrutierung: Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie in der Anamnese. Aufgrund zu wenig eligibler Patient*innen wurde dies auf Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach der Reform erweitert. Weiteres Ausschlusskriterium: Indikation für stationäre Behandlung.

Fallzahlberechnung: Siehe AP 2. Die erwartete Fallzahl betrug hier 45-65 Patient*innen.

Sampling: Der Patienteneinschluss erfolgte über drei Wege:

- Psychiatrische Klinik der Universitätsmedizin Mainz: Am Ende der stationären Behandlung wurde das Vorliegen einer Indikation für ambulante Psychotherapie geprüft. War dies der Fall, wurden die Patient*innen um die Einwilligung zur Studienteilnahme gebeten.

- Chest Pain Unit der Universitätsmedizin Mainz: Bei Patient*innen, die die Chest Pain Unit mit Panikattacken oder akuten Ängsten (F41.0, F45.2, F45.3) aufsuchten, wurde das Vorliegen einer Indikation für ambulante Psychotherapie geprüft. War dies der Fall, wurden die Patient*innen um die Einwilligung zur Studienteilnahme gebeten.

- Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin Mainz: Die in AP 4 kontaktierten Haus- und Fachärzt*innen wurden gebeten, Patient*innen mit Indikation für ambulante Psychotherapie auf die Studie aufmerksam zu machen. Hierzu wurden den Haus- und Fachärzt*innen Informationen zur Studie sowie ein Rückmeldebogen zur Verfügung gestellt (Anlage 3).

Weiteren 157 Praxen wurden Flyer zur Studie zugesendet, mit der Bitte diese in den Praxisräumlichkeiten auszulegen. Die Praxen wurden wie folgt ausgewählt:

- In Städten und Landkreisen, aus denen Haus- und Fachärzt*innen ausgewählt wurden, die Studienunterlagen an Patient*innen weitergeben sollten, wurden weitere Hausarztpraxen aus dem KV-Register Rheinland-Pfalz gezogen.

- In Städten und Landkreisen, aus denen Haus- und Fachärzt*innen ausschließlich zur Interviewteilnahme ausgewählt wurden (Arbeitspaket 4), wurden weitere Haus- und Facharztpraxen aus dem KV-Register Rheinland-Pfalz gezogen.

Zudem wurden Flyer in Mainzer Geschäften und Universitätsgebäuden ausgelegt. Auch die in AP2 interviewten Psychotherapeut*innen wurden um Weitergabe von Informationen an Patient*innen gebeten.

Die Patient*innen erhielten für die Teilnahme an der Studie eine Aufwandsentschädigung. In der Psychiatrie sowie der Chest Pain Unit wurden zudem die Gründe für eine fehlende Teilnahme dortiger Patient*innen dokumentiert (Anlage 3). Beim Patienteneinschluss durch das IMBEI war dies nicht möglich, da sich hier nur teilnahmewillige Patient*innen meldeten.

Datenerhebung: Den Studienteilnehmer*innen wurde ein Fragebogen zugesendet (**Reliabilität, Validität:** siehe AP 2), der an t1 soziodemografische Daten, Beschwerden, sowie Präferenzen und Erwartungen hinsichtlich der Suche nach einer Psychotherapie erfasste. An t2 wurden die Erfahrungen mit der Suche erfasst (siehe Anlage 3). Die Studienteilnehmer*innen wurden an zwei Zeitpunkten via Interview befragt. Der erste Zeitpunkt (t1) war vor Beginn der Suche nach einer ambulanten Psychotherapie. Die zweite Befragung fand drei Monate später statt (t2). An beiden Zeitpunkten wurde ein leitfadengestütztes Interview mit den Studienteilnehmer*innen geführt (Interviewleitfäden siehe Anlage 3). Die Interviews wurden je nach Einschlussweg durch geschulte Studienmitarbeiterinnen der Psychiatrie (1 Mitarbeiterin), der Chest Pain Unit (1 Mitarbeiterin) oder des IMBEI (2 Mitarbeiterinnen (LM und DE)) durchgeführt. Die Interviews erfolgten in Präsenz oder telefonisch. Der GAF-Score wurde entsprechend der GAF-Skalenwerte im Anschluss an die Interviews durch die Interviewerinnen eingeschätzt.

Operationalisierung: siehe AP 2.

Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte: Datenerhebung Juli 2020 bis Dezember 2021.

Auswertungsstrategien: Es erfolgte eine deskriptive Auswertung der über die Fragebögen erhobenen Patientencharakteristika sowie Präferenzen und Erfahrungen bei der

Akronym: PT-REFORM

Förderkennzeichen: 01VSF19003

Therapieplatzsuche. Auch die Gründe für eine fehlende Studienteilnahme sowie Charakteristika der Nichtteilnehmer*innen wurden deskriptiv ausgewertet. Die Interviews wurden qualitativ ausgewertet (analog zu AP2).

Randomisierung, Verblindung, Drop Out, Effektstärke, Matching, Datenlinkage: Nicht zutreffend

Arbeitspaket 4: Befragung von Zuweiser*innen

Studiendesign: Querschnittstudie

Zielpopulation: Haus- und Fachärzt*innen in Deutschland, die Patient*innen mit Indikation für ambulante Psychotherapie weiterverweisen

Einschlusskriterien: Haus- und Fachärzt*innen: Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz, KVen: Mitarbeit bei einer KV

Ausschlusskriterien: keine

Fallzahlberechnung: Haus- und Fachärzt*innen: siehe AP 2. Die erwartete Fallzahl lag bei 20 Haus- und Fachärzt*innen. KVen: Im Vorhinein wurde festgelegt, Mitarbeiter*innen von 3 KVen zu befragen.

Sampling: Haus- und Fachärzt*innen: Aus dem Register der KV Rheinland-Pfalz wurden insgesamt 176 Hausärzt*innen, Kinderärzt*innen, Psychiater*innen, Gastroenterolog*innen und Onkolog*innen sowohl aus städtischen als auch ländlichen Gebieten postalisch kontaktiert und um Einwilligung zur Studienteilnahme gebeten. Die Haus- und Fachärzt*innen erhielten für die Teilnahme an der Studie eine Aufwandsentschädigung. Bei Ablehnung der Studienteilnahme wurden Hinderungsgründe erfasst (siehe Anlage 4).

KVen: Per Zufall wurden aus allen 17 KVen 3 ausgewählt, die wir postalisch kontaktierten und um Interviewteilnahme baten (siehe Anlage 4). Die KVen wurden per Mail bzw. postalisch angeschrieben. Die Weiterleitung an die Mitarbeitenden, mit denen die Interviews geführt wurden, erfolgte durch die KV. An den Interviews nahmen sowohl Mitarbeitende als auch Vorstandspersonal der KV teil.

Datenerhebung, Operationalisierung: Haus- und Fachärzt*innen: Sowohl für teilnehmende als auch für nicht teilnehmende Ärzt*innen wurden auf einem Datenblatt Informationen über Fachrichtung, Zusatzqualifikation Psychotherapie, Angebot psychosomatischer Grundversorgung und Geschlecht aus dem Register der KV extrahiert sowie die städtische oder ländliche Lokalisation dokumentiert (siehe Anlage 4). Alle Interviews wurden telefonisch durchgeführt. Die Interviews der KVen wurden in gleicher Weise durchgeführt wie bei den Haus- und Fachärzt*innen (Interviewleitfäden siehe Anlage 4).

Operationalisierung: siehe AP 2.

Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte: Haus- und Fachärzt*innen: Datenerhebung August bis November 2020, KVen: Datenerhebung Mai bis Juli 2020.

Auswertungsstrategien: Die Auswertung der Interviews erfolgte analog zu AP 2.

Haus- und Fachärzt*innen: Fachrichtung, Zusatzqualifikation Psychotherapie, Angebot psychosomatischer Grundversorgung und Geschlecht wurden für Teilnehmer*innen und Nichtteilnehmer*innen deskriptiv ausgewertet. Bei ersteren wurde zudem deskriptiv dargestellt, zu welchem Anteil Patient*innen an die TSS oder an Psychotherapeut*innen verwiesen werden.

Randomisierung, Verblindung, Drop Out, Effektstärke, Matching, Datenlinkage, Reliabilität, Validität: Nicht zutreffend

Arbeitspaket 5: Kassenärztliche Vereinigungen

Studiendesign: Querschnittstudie

Zielpopulation: KVen in Deutschland

Einschlusskriterien: alle 17 KVen in Deutschland

Ausschlusskriterien: keine

Fallzahlberechnung: Hier wurde keine Stichprobe gezogen, sondern die Grundgesamtheit aller 17 KVen eingeschlossen.

Sampling: Die KVen wurden postalisch und per Mail kontaktiert und um Ausfüllung des Fragebogens gebeten. Bei fehlender Rückmeldung wurden die KVen telefonisch kontaktiert. Die KVen wurden per Mail bzw. postalisch angeschrieben. Die Weiterleitung an die entsprechenden Mitarbeitenden erfolgte durch die KV. Wir gehen somit davon aus, dass Mitarbeitende der TSS den Fragebogen ausfüllten.

Datenerhebung, Operationalisierung: Der Fragebogen wurde entsprechend des Studienprotokolls entwickelt und enthielt Fragen zur Anzahl der Anfragen sowie Vermittlungen von Sprechstunden, Probatorischen Sitzungen und Akutbehandlungen für die Jahre 2018 und 2019 für jede KV (siehe Anlage 5). Des Weiteren wurden die Anzahl an Gruppenpsychotherapeut*innen sowie an abgerechneten Gruppentherapieleistungen des jeweiligen Zuständigkeitsgebiets in den Jahren 2016 und 2018 abgefragt. Um Pseudonymität zu gewährleisten, waren auf den Fragebögen nur die den KVen zugeordneten IDs zu sehen.

Nach dem Hinweis einer KV wurde die ursprüngliche Formulierung „Anzahl beantragter Gruppentherapieleistungen“ in „Anzahl zur Abrechnung gebrachter Gruppentherapieleistungen“ geändert. Nach dieser Änderung erhielten alle KVen eine neue Version des Fragebogens per Mail.

Reliabilität, Validität: Da es sich um Datenextraktionsbögen handelte, war keine Reliabilitätsprüfung notwendig. Der Fragebogen wurde nach Rückmeldung einer KV angepasst.

Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte: Datenerhebung April bis Juni 2020.

Auswertungsstrategien: Es wurde deskriptiv ausgewertet, welcher Anteil der Anfragen nach Sprechstunde, Probatorischen Sitzungen und Akutbehandlungen in den Jahre 2018 und 2019 vermittelt werden konnte. Zudem wurde deskriptiv dargestellt, wie viele Gruppenpsychotherapeut*innen in den zuständigen Gebieten vor (2016) und nach (2018) der Reform tätig waren, wie viele Gruppentherapieleistungen abgerechnet wurden und daraus resultierend wie viele Gruppenpsychotherapieleistungen durchschnittlich pro Gruppenpsychotherapeut*in abgerechnet wurden. Mittels eines Wilcoxon Rangsummentests wurde analysiert, ob sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen vor und nach der Reform hinsichtlich der Anzahl an Gruppenpsychotherapeut*innen sowie an abgerechneten Gruppenpsychotherapieleistungen zeigte. Die Auswertungen wurden mit der Software STATA [23] durchgeführt.

Drop Out, Effektstärke, Randomisierung, Verblindung, Matching, Datenlinkage: Nicht zutreffend

Arbeitspaket 6: Bürokratiekosten

Im Folgenden wird die Vorgehensweise der nachgezogenen Stichprobe zur Bürokratiekostenerfassung erläutert (siehe Kapitel 4).

Studiendesign: Querschnittstudie

Aufgrund von unzureichender Detailliertheit des ursprünglichen Fragebogens musste die Erhebung wiederholt werden, um Vergleichbarkeit unserer Daten mit den Berechnungen des

G-BA zu gewährleisten. Mit der ersten Fragebogenbogenversion wurden die Bürokratieaufwände in Form von übergeordneten Kategorien erfasst. D.h. die befragten Psychotherapeut*innen wurden dazu aufgefordert die Dauer (pro einmaliger Durchführung) und die Frequenz (pro Jahr) bspw. für die „Beantragung einer Kurzzeittherapie“ anzugeben. Hieraus ergab sich einerseits das Problem, dass die Psychotherapeut*innen den verschiedenen Bürokratieaufwänden unterschiedliche Arbeitsschritte zuordneten. Andererseits war aufgrund der fehlenden Detailgenauigkeit unseres Fragebogens, kein valider Vergleich unserer Daten mit den Berechnungen des G-BA möglich [22]. Um die Vergleichbarkeit unserer Daten mit den Berechnungen des G-BA zu gewährleisten, überarbeiteten wir unseren Fragebogen entsprechend der vom G-BA vorgenommen einzelnen Arbeitsschritte (Standardaktivitäten) und zogen eine neue Stichprobe von Psychotherapeut*innen, die wir um Teilnahme an dem Fragebogen bitten.

Zielpopulation: Niedergelassene Psychotherapeut*innen in Deutschland

Einschlusskriterien: Niederlassung im Kreis Mainz oder Mainz-Bingen

Ausschlusskriterien: keine

Fallzahlberechnung: Da diese Stichprobe als Ersatz gezogen wurde, wurde hier keine Fallzahlberechnung zugrunde gelegt.

Sampling: Im Rahmen der ursprünglichen Datenerhebung wurden die Psychotherapeut*innen, mit denen in AP 2 Interviews geführt wurden, gebeten einen Fragebogen zu Bürokratieaufwänden auszufüllen. Aufgrund der notwendigen Wiederholung der Datenerhebungen (siehe Studiendesign), war es erforderlich, eine neue Stichprobe zu ermitteln. Um den vorgesehenen Zeitplan einhalten zu können und um eine wiederholte Anfrage bereits kontaktierte Psychotherapeut*innen zu vermeiden, wurden sowohl 20 Psychotherapeut*innen angefragt, die den Mitarbeiter*innen im Rahmen kollegialer Netzwerke persönlich bekannt sind, als auch eine Stichprobe von 25 Psychotherapeut*innen aus dem KV-Register Rheinland-Pfalz gezogen. Bei der Ziehung aus dem Register wurde berücksichtigt, dass Psychotherapeut*innen mit verschiedenen Therapieverfahren und Altersschwerpunkten sowie mit Gruppentherapiezulassung vertreten waren. Hierzu wurden die Informationen aus dem KV Register herangezogen. Um sicherzustellen, dass die kontaktierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche behandeln, wurde darauf geachtet, dass diese nicht über eine Qualifikation zur Behandlung erwachsener Patient*innen verfügen. Zudem wurden gezielt Psychotherapeut*innen ausgewählt, die laut der KV Gruppentherapie anbieten. So wurden zunächst Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und solche mit Gruppentherapiezulassung gezogen und deren Therapieverfahren dokumentiert. Daraufhin wurden weitere Erwachsenenpsychotherapeut*innen mit solchen Therapieverfahren, die bisher noch wenig häufig vorhanden waren, ausgewählt. Die Psychotherapeut*innen wurden postalisch kontaktiert und um Einwilligung zur Studienteilnahme und das Ausfüllen des beigelegten Fragebogens gebeten. Mit der Einladung zur Studie wurde ein Rückmeldebogen verschickt, der die Angabe von Gründen bei fehlender Teilnahme enthielt.

Datenerhebung, Operationalisierung: Der Fragebogen umfasste neben der Qualifikation der Psychotherapeut*innen und Praxischarakteristika die Dauer und Häufigkeit der Bürokratieaufwände bzw. den Aufwand einzelner Informationspflichten, entsprechend den Schätzungen in den „Tragenden Gründen zur Psychotherapie-Strukturreform“ [22] (siehe Anlage 6). Für jeden Bürokratieaufwand wurde die Häufigkeit pro Jahr sowie die Dauer pro Durchführung erfasst. Zusätzlich hatten die Psychotherapeut*innen die Möglichkeit, in einem Freitext-Feld Angaben zu weiteren Informationspflichten, die mit Bürokratiekosten verbunden sind, zu machen.

Reliabilität, Validität: siehe AP2 (Fragebogen aus Arbeitspaket 2 verwendet)

Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte: Datenerhebung Juli bis September 2021

Auswertungsstrategie: Die Studienpopulation wurde deskriptiv beschrieben. Zur Berechnung der Bürokratiekosten wurde das Standardkosten-Modell herangezogen, welches auch vom statistischen Bundesamt verwendet wird [27]. Es wurde eine klassische Standardkosten-Modell-Analyse (Zeit pro Informationspflicht x Anzahl der Pflichten) durchgeführt. Die Zeit pro Informationspflicht wurde im Median abgebildet. Zur Ermittlung der jährlichen Fallzahl wurde von 28 631 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeut*innen ausgegangen. Diese Zahl wird in den „Tragenden Gründen“ [22] ebenfalls verwendet und sichert so die Vergleichbarkeit. Die kumulierten und nach einzelnen Bereichen aufgeteilten Bürokratiekosten wurden gegenübergestellt. Zur Analyse kostentreibender Bereiche (Fallzahl oder Zeitaufwand) erfolgte eine graphische Auswertung. Zur Ermittlung von Einsparpotentialen wurden die von den Psychotherapeut*innen in AP2 genannten Möglichkeiten analysiert. Deskriptiv wurden Variablen (z. B. Praxisform) exploriert, die mögliche Unterschiede in den Bürokratiekosten erklären können. Aufgrund der Homogenität der Psychotherapeut*innen und der zu analysierenden Variablen wurde von tiefergehenden Analysen abgesehen. Die Auswertungen wurden mit der Software R [28] durchgeführt.

Drop Out, Effektstärke, Randomisierung, Verblindung, Matching, Datenlinkage - Nicht zutreffend

Arbeitspaket 7: Integration der Ergebnisse und Praxistransfer

Zur Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse wurde eine zweitägige Konferenz durchgeführt, zu der Studienteilnehmer*innen, Kooperationspartner*innen und Vertreter*innen von Krankenkassen, KVen sowie dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz eingeladen wurden. Über Soziale Medien, die Universitätsmedizin Mainz sowie verschiedene Berufs- und Fachverbände wurde die Öffentlichkeit auf die Konferenz aufmerksam gemacht. Die Konferenzteilnehmer*innen sollten die Möglichkeit bekommen, Handlungsempfehlungen an den G-BA zu äußern. Dazu wurden mittels der „Open Space Methodik“ zunächst Schwerpunktthemen erarbeitet und anschließend Arbeitsgruppen zu diesen Themen gebildet, die gemeinsam Vorschläge für spezifische Handlungsempfehlungen formulierten (Dokumentation der Diskussion s. Anhang 1.7). Basierend auf den Vorschlägen der Arbeitsgruppen und den Studienergebnissen formulierte das Studienteam Handlungsempfehlungen, die nach der Konferenz durch die Konferenzteilnehmer*innen kommentiert und priorisiert werden konnten. Anhand der Kommentare und Priorisierungsvorschläge differenzierte das Studienteam in mehreren Überarbeitungsrounden Vorschläge, die entsprechend Konsensstärke und Priorität in Handlungsempfehlungen überführt wurden. Auf diese Weise wurden letztendlich eine Liste an konsentierten Handlungsempfehlungen mit Priorisierung und eine Liste von weiteren Handlungsempfehlungen ohne Konsens erarbeitet.

6. Projektergebnisse

Arbeitspaket 1: Dokumentierte Wartezeiten

Kurzfassung

Haben sich durch die Strukturreform die Wartezeiten verkürzt?

- Die Wartezeit zwischen dem ersten (telefonischen) Kontakt und dem ersten Gespräch mit dem/der Psychotherapeut*in hat sich nicht verkürzt.
- Die Zeit zwischen Erstkontakt und Behandlungsbeginn hat sich nicht verändert.
- Die Zeit zwischen Erstkontakt und Beginn einer Akutbehandlung war nach der Reform kürzer als die Zeit zwischen Erstkontakt und dem Beginn einer Richtlinienbehandlung vor der Reform, diese Wartezeiten sind jedoch nicht direkt vergleichbar.
- Soziale Ungleichheit hinsichtlich der Wartezeit auf ein erstes Gespräch konnte reduziert werden: Patient*innen mit niedrigerem Bildungsgrad warteten vor der Reform mit einer höheren Wahrscheinlichkeit länger auf ein Erstgespräch als Patient*innen mit höherem Bildungsgrad. Nach der Reform war dies nicht mehr der Fall.

Stichprobe

Datenliefernde Praxen

Von den 9 teilnehmenden Praxen waren 7 Einzelpraxen und behandelten ausschließlich Erwachsene. Es waren alle Richtlinienverfahren vertreten (n=5 Verhaltenstherapie, n=2 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, n=2 tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie). Zudem hatten 7 Praxen einen psychoonkologischen Schwerpunkt. Von den 8 Praxisinhaber*innen erfüllten 4 einen vollen Versorgungsauftrag, 3 einen halben und eine Person arbeitete in einer Privatpraxis. Einer Praxis hatte vor der Reform einen ganzen und nach der Reform einen halben Versorgungsauftrag. Weitere Details zu den Praxen finden sich im Anhang 1.2, Tabelle 1.1 und in Singer et al. (2022) sowie Engesser et al. (2022) [16-18].

Fragebögen

Von den Praxisinhaber*innen erhielten wir Fragebögen aus n=1563 Akten. Von diesen wurden insgesamt 15 als Duplikate, wegen potentiellen Einflusses des COVID19-Lockdowns oder fehlender Erfüllung der Einschlusskriterien von der Analyse ausgeschlossen. Damit lagen für die Auswertung n=1548 Fragebögen vor, davon n=755 (49 %) aus dem Zeitraum vor der Reform (2014 bis März 2017) und n=793 (51 %) aus dem Zeitraum nach der Reform (April 2017 bis 2020). Abbildung 1 zeigt die Zusammensetzung des Datensatzes je nach Jahr, in dem der Erstkontakt stattfand. Die Daten vor der Reform stammen mehrheitlich aus dem Jahr 2016, die Daten nach der Reform aus dem Jahr 2018.

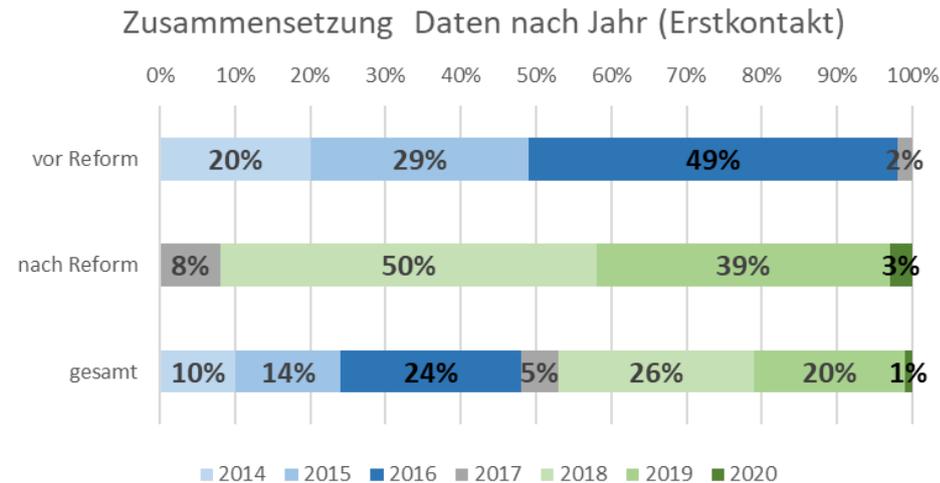


Abbildung 1: Zusammensetzung Daten nach Jahr des Erstkontakts

Es gab keine relevanten Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht, Diagnosespektrum, Krankenversicherung und Bildung zwischen den Patient*innen, die vor und nach der Reform in den Praxen für einen Therapieplatz anfragten. Die Mehrheit der Anfragenden war in beiden Zeiträumen weiblich ($n_{\text{vor}}=573$, 76 %; $n_{\text{nach}}=589$, 74 %), älter als 45 Jahre ($n_{\text{vor}}=425$, 56 %; $n_{\text{nach}}=448$, 57 %) und gesetzlich krankenversichert ($n_{\text{vor}}=652$; 86 % $n_{\text{nach}}=685$, 86 %). Am häufigsten wurde bei den Anfragenden eine F4-Diagnose (Neurotische, Belastungs-somatoforme Störung) gestellt ($n_{\text{vor}}=584$, 77 %; $n_{\text{nach}}=614$, 77 %). Weitere Details zu soziodemografischen Merkmalen finden sich im Anhang 1.2, Tabelle 1.2. Die Beschreibung der Anfragenden findet sich auch in Singer et al. (2022) bzw. Engesser et al. (2022) [16-18].

Haben sich durch die Strukturreform die Wartezeiten verkürzt?

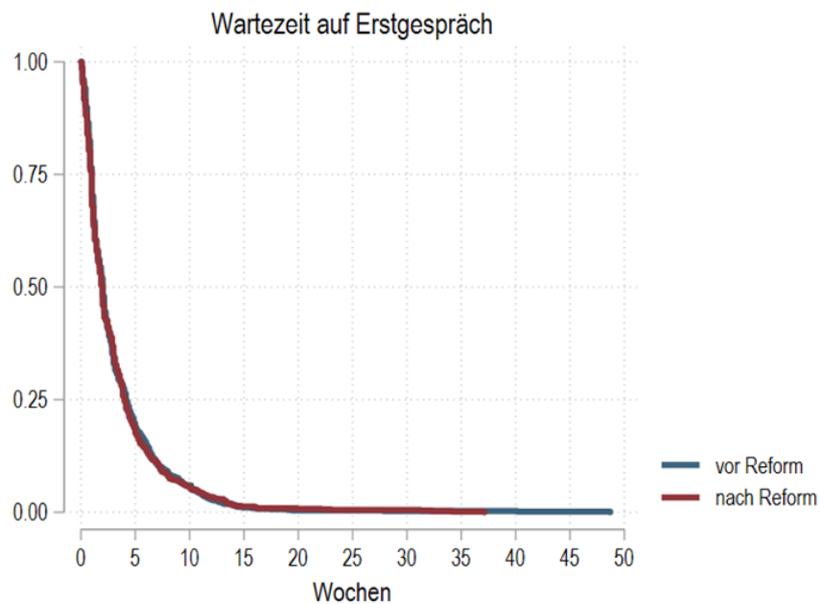
Die Wartezeit zwischen dem ersten (telefonischen) Kontakt und dem ersten Gespräch mit dem/der Psychotherapeut*in hat sich nicht verkürzt, sondern ist unverändert bei einem Median von 2 Wochen geblieben (Tabelle 2), was sich durch einen stratifizierten Log Rank Test bestätigen ließ ($\chi^2=1,7$; $p=0,2$) [17, 18]. Die Kaplan-Meier-Kurve in Abbildung 2 [17] zeigt, dass sowohl vor als auch nach der Reform nach 5 Wochen über 75 % der Anfragenden ein Erstgespräch erhalten hatten (weniger als 25 % noch ohne Erstgespräch waren). Auch wenn nur die Praxen ohne psychoonkologischen Schwerpunkt betrachtet wurden, zeigte sich kein Unterschied in der Wartezeit auf ein Erstgespräch vor und nach der Reform ($\chi^2=1,0$; $p=0,3$) [17]. Unterscheidet man nicht, ob die Behandlung mit einer Richtlinien-therapie oder einer Akutbehandlung begonnen wurde, so zeigte sich ebenfalls keine Verkürzung der Wartezeit zwischen dem Erstkontakt und dem Behandlungsbeginn (vor Reform: Median 15 Wochen, nach Reform: Median 19 Wochen) (Tabelle 2, Abbildung 3) [17, 18], sondern sogar eine statistisch signifikante Verlängerung anhand eines stratifizierten Log Rank Tests ($\chi^2=12,7$; $p<0,05$) [17]. Die Kaplan-Meier-Kurve in Abbildung 3 [17] zeigt, dass vor der Reform nach kürzerer Zeit die Hälfte der Personen eine Behandlung erhalten hatte als nach der Reform. Unterscheidet man nach der Art der Behandlung, zeigte sich in Bezug auf die Wartezeit zwischen Erstkontakt und Beginn einer Richtlinien-therapie eine Verlängerung der Wartezeit von Median 15 Wochen vor auf Median 21 Wochen nach der Reform (Tabelle 3, Abbildung 4) [17, 18]. Die Wartezeit bis zum Beginn einer Akutbehandlung betrug im Median 14 Wochen (Tabelle 3, Abbildung 4) [17, 18]. Der Boxplot in Abbildung 4 zeigt für die Richtlinien-therapie einen Interquartilsabstand von 13 bis 28 Wochen, was bedeutet, dass 50 % der Anfragenden zwischen 13 und 28 Wochen auf eine Richtlinien-psychotherapie warteten. Für die Akutbehandlung zeigt sich, dass 50% der Anfragenden zwischen 9 und 19 Wochen zwischen Erstkontakt und Behandlungsbeginn warteten. Das ist kürzer als die Wartezeit auf eine Richtlinien-therapie vor der Reform. Allerdings sind die Wartezeiten vor und nach der Reform

im Fall der Akutbehandlung nicht direkt vergleichbar, da die Akutbehandlung als neues Versorgungselement mit der Reform eingeführt wurde und im Gegensatz zur Richtlinientherapie vor der Reform nur anzeigepflichtig ist.

Tabelle 2: AP1 Wartezeiten vor und nach der Reform

Wartezeit in Wochen	N	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Vor Reform						
Erstkontakt bis Erstgespräch	755	3,2	3,9	2,0	0,0	48,7
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn	303	17,9	12,6	14,7	1,6	76,1
Nach Reform						
Erstkontakt bis Erstgespräch	793	3,2	3,9	2,0	0,0	37,1
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn	360	20,2	11,3	18,7	0,6	101,3

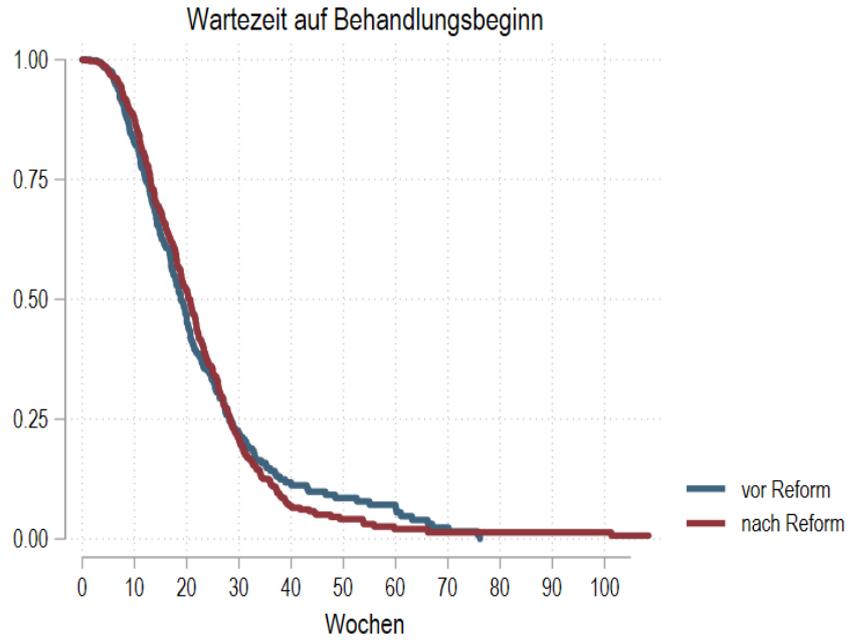
SD=Standardabweichung, nach [17, 18]



Patienten ohne Erstgespräch:

vor Reform	755	149	45	8	3	3	2	2	2	1	0
nach Reform	792	149	46	10	6	4	4	1	0	0	0

Abbildung 2: Wartezeit Erstkontakt bis Erstgespräch in Wochen aus [17]



Patienten ohne Behandlung:

vor Reform	755	354	130	47	19	13	9	3	0	0	0
nach Reform	793	368	190	69	20	9	4	2	2	2	2

Abbildung 3: Wartezeit Erstgespräch bis Behandlungsbeginn (Richtlinientherapie oder Akutbehandlung) aus [17]

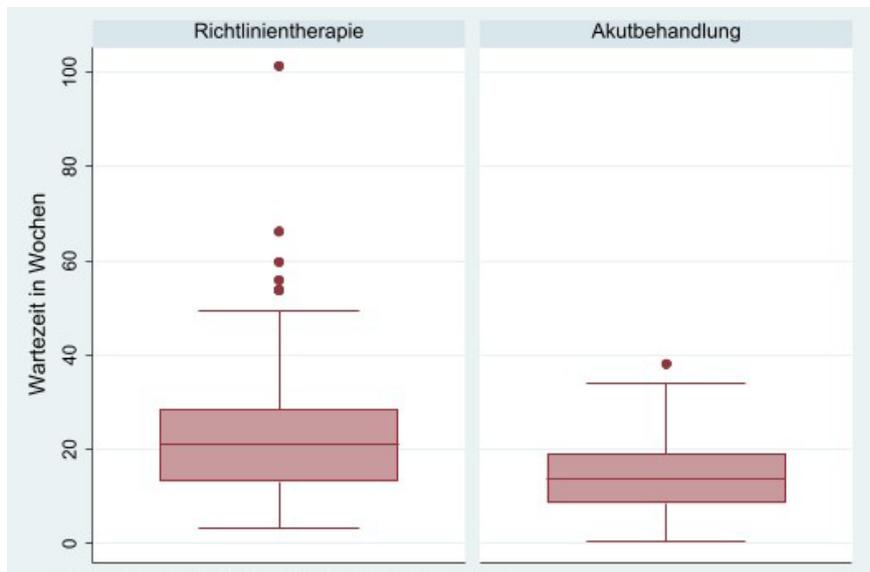


Abbildung 4: Wartezeit Erstkontakt bis Richtlinientherapie bzw. Akutbehandlung

Tabelle 3: AP1 weitere Wartezeitsspannen

Wartezeit in Wochen	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Vor Reform					
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn oder Zensierung	12,0	11,2	9,1	0,0	76,1
Letzter Kontakt vor Behandlungsbeginn bis Behandlungsbeginn	5,0	7,0	3,0	0,0	58,3
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn (=nur Richtlinientherapie)	17,9	12,6	14,7	1,6	76,1
Nach Reform					
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn oder Zensierung	13,7	12,2	11,0	0,0	108,4
Letzter Kontakt vor Behandlungsbeginn bis Behandlungsbeginn	3,9	3,5	3,0	0,0	32,1
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn nur Richtlinientherapie	22,3	11,8	21,0	3,3	101,1
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn nur Akutbehandlung	14,5	7,4	13,9	0,6	38,1

SD=Standardabweichung, siehe auch (Quelle [17, 18])

Zudem unterschieden sich die Praxen untereinander hinsichtlich der Wartezeiten (Erstkontakt bis Erstgespräch: $\chi^2=236,3$; $p<0,05$; Erstkontakt bis Behandlungsbeginn: $\chi^2=265,0$; $p<0,05$) [17].

Eine Zensierung liegt hier vor, wenn Patient*innen keine weiterführende Behandlung in den Praxen erhielten. Das Datum der Zensierung entspricht dabei dem letzten Gespräch mit diesen Patient*innen. Die Verteilung der Zensierung entspricht also dem fehlenden Zustandekommen einer Behandlung (siehe unten).

Sensitivitätsanalysen

Zudem wurden 3 Sensitivitätsanalysen durchgeführt, die keine wesentlichen Änderungen gegenüber der Hauptanalyse zeigten. Die Ergebnisse finden sich in Anhang 1.2, Tabelle 1.3.

Sensitivitätsanalyse 1: Bei 2 Praxen wurden teilweise nach der letzten probatorischen Sitzung und vor dem angegebenen Therapiebeginn noch Gespräche mit Patient*innen geführt, die über andere Gesprächsziffern abgerechnet wurden (z. B. Psychotherapeutisches Gespräch). In der Hauptanalyse wurde das erste Gespräch nach der letzten probatorischen Sitzung als Therapiebeginn gewertet, hier wurde das Datum des auf dem Fragebogen angegebene Therapiebeginn herangezogen.

Sensitivitätsanalyse 2: Hier wurden 13 Anfragende ausgeschlossen, deren lange Wartezeit (>300 Tage) nicht durch die Kapazitäten des/der Psychotherapeut*in bedingt war.

Sensitivitätsanalyse 3: Bei insgesamt 25 Anfragenden fand der Erstkontakt vor der Reform statt, die Behandlung begann aber nach der Reform (nach dem 1.4.2017). Um mögliche Übergangseffekte der Reform zu prüfen, wurden diese „reformüberschreitenden“ Wartezeiten von der Analyse ausgeschlossen.

Wartezeit in verschiedenen Patientengruppen

Betrachtet man die Wartezeiten vor und nach der Reform in bestimmten Patientengruppen, so zeigen sich Unterschiede. Eine vollständige tabellarische Darstellung findet sich in Singer et al. (2022) [18].

Tabelle 4 zeigt die für Altersgruppe, Geschlecht, Bildung, Krankenversicherung und Schwere der Diagnose adjustierten Hazard Ratios (HR) für die Wartezeit Erstkontakt bis Erstgespräch als Auszug aus Singer et al. (2022) [18]. Hauptergebnis ist, dass die Reform für die Wartezeit zwischen Erstkontakt und Erstgespräch tendenziell zu einer Angleichung der Wartezeiten hinsichtlich Bildungsunterschieden führte während Kinder und Jugendliche sowie schwerer Erkrankte weiterhin ein erhöhtes Risiko für längere Wartezeiten aufweisen [18]. Ein HR von < 1 entspricht hier einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine längere Wartezeit gegenüber der Vergleichsgruppe, Patient*innen mit Hauptschulabschluss warteten vor der Reform also tendenziell länger auf ein Erstgespräch, während ein HR von 1 zeigt, dass nach der Reform kein Unterschied mehr bestand.

Tabelle 4: AP1 Wartezeit Erstkontakt bis Erstgespräch nach Patientencharakteristika

Patientencharakteristika		vor Reform		nach Reform	
		adj. HR	95% KI	adj. HR	95% KI
Bildung	Hauptschule vs. Abitur	0,8	0,6-1,0	1,0	0,8-1,3
Krankenversicherung	staatlich (z. B. Beihilfe) vs. gesetzlich	0,7	0,5-1,1	1,0	0,7-1,3
Altersgruppe	<20 Jahre vs. 50-59 Jahre	0,7	0,5-1,1	0,7	0,4-1,2

HR=Hazard Ratio; adjustiert für Altersgruppe, Geschlecht, Bildung, Krankenversicherung und Schwere der Diagnose
 95%KI=95% Konfidenzintervall, Auszug aus Singer et al. (2022) [18]

Zustandekommen einer Behandlung

Von 755 Anfragenden vor der Reform erhielten 303 eine Behandlung, bei 452 kam keine Behandlung zustande (Abbildung 5). Nach der Reform erhielten von 793 Anfragenden 259 eine Richtlinien therapie, 101 eine Akutbehandlung, 432 keine Behandlung und bei 1 Person war das Zustandekommen einer Behandlung unbekannt. Vor und nach der Reform zusammen erhielten von 1548 Personen 663 (43 %) eine Behandlung, 884 (58 %) keine Behandlung (1 Person unbekannt) (siehe auch [16]).

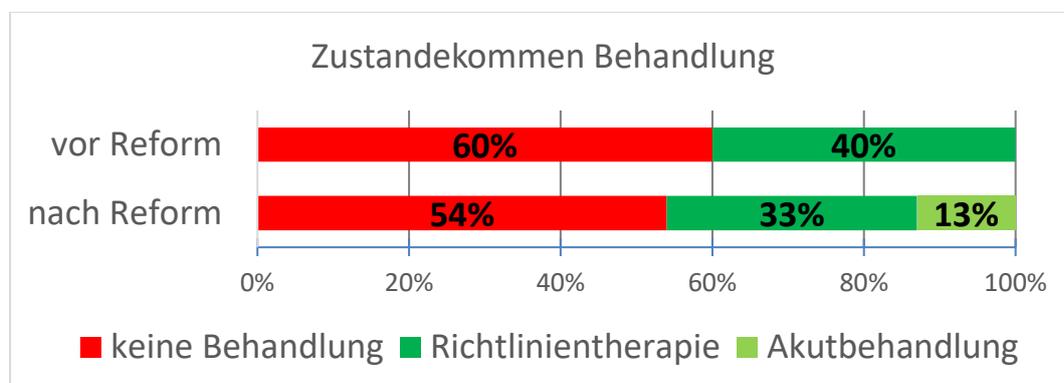


Abbildung 5: AP1 Zustandekommen Behandlung

Siehe auch [16, 17], n=1 Zustandekommen unbekannt

Reform und Zustandekommen einer Behandlung

Eine logistische Regression mit der Reform als Exposition und dem Zustandekommen einer Richtlinien-therapie oder Akutbehandlung Ja vs. Nein als Outcome zeigte eine um 36 % erhöhte Wahrscheinlichkeit, nach der Reform eine Behandlung zu erhalten im Gegensatz zu vor der Reform (Odds Ratio 1,36 Nach vs. Vor Reform, 95 % KI 1,1-1,7) (siehe auch [16]). Auch hier zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Praxen (Intraclass Correlation 0,12) (siehe auch [16]). In den Praxen kam nicht nur unterschiedlich häufig eine Behandlung nach einem Erstgespräch zustande, sondern die Behandlungen wurden nach der Reform auch unterschiedlich häufig als Akutbehandlung begonnen (siehe Anhang 1.2, Tabelle 1.4) (siehe auch [16]).

Tabelle 5: AP1 Gründe für fehlendes Zustandekommen einer Behandlung

	vor Reform		nach Reform		Gesamt	
	N	% (Rang)	N	% (Rang)	N	% (Rang)
keine Indikation für ambulante Psychotherapie	94	21% (1)	116	27% (1)	210	24% (1)
Patient*in lehnt Behandlung in Praxis ab	66	15% (2)	34	8% (4)	100	11% (2)
Krisenintervention ausreichend	50	11% (3)	39	9% (3)	89	10% (3)
keine Kapazität	9	2% (11)	50	12% (2)	59	7% (4)
Verweis an andere Stelle (z. B. anderes Verfahren)	23	5% (6)	32	7% (5)	55	6% (5)
unzureichende Therapiemotivation	32	7% (4)	20	5% (6)	52	6% (6)
anderweitige Suche (z. B. Umzug)	26	6% (5)	15	3% (8)	41	5% (7)
schlechter Zustand Patient*in	19	4% (8)	19	4% (7)	38	4% (8)
Patient*in verstorben	20	4% (7)	14	3% (9)	34	4% (9)
keine Passung	10	2% (10)	12	3% (11)	22	2% (10)
finanzielle Gründe	9	2% (11)	3	1% (12)	12	1% (11)
andere Gründe	11	3% (9)	13	3% (10)	24	3% (12)
unbekannt	83	18%	65	15%	148	17%

Erläuterung: Die Prozentanteile beziehen sich auf die Gesamtheit aller, die keine Behandlung erhalten haben in [16], siehe auch [17]

Sowohl vor als auch nach der Reform kam eine Behandlung am häufigsten deshalb nicht zustande, weil keine Indikation für ambulante Psychotherapie bestand (vor Reform: n=94, 21 %; nach Reform: n=116, 27 %, Tabelle 5). Beispiele für andere Gründe waren, dass Anfragende zum Beispiel an Kolleg*innen weiterverwiesen wurden, die ein anderes Richtlinienverfahren durchführen (vor Reform: n=23, 5%; nach Reform: n=32, 7 %), oder dass von Patientenseite kein Bedarf mehr bestand, da die Suche nach einem Psychotherapieplatz beispielsweise wegen eines Umzugs an anderer Stelle fortgesetzt wurde (vor Reform: n=26, 6 %; nach Reform: n=15, 3 %). Eine bewusste Ablehnung der Behandlung durch den/die Anfragende kam vor der Reform deutlich häufiger vor als nach der Reform (vor Reform: n=66, 15 %; nach Reform: n=34, 8 %). Dass der/die Psychotherapeut*in wegen fehlender Kapazitäten keine Behandlung anbieten konnte, war eher nach als vor der Reform der Fall (vor Reform: n=9, 2 %; nach Reform: n=50, 12 %). Ablehnungsgründe, die mit dem psychoonkologischen Schwerpunkt einiger Praxen zusammenhängen könnten, waren ein zu schlechter körperlicher Zustand (vor Reform: n=19, 4 %; nach Reform: n=19, 4 %) oder der Tod des/der Patient*in (vor Reform: n=20, 4%; nach Reform: n=14, 3 %). Auch eine im Rahmen der Vorgespräche bereits erfolgte Krisenintervention war ein Grund, dass keine Richtlinien-therapie oder

Akutbehandlung erfolgte (vor Reform: n=50, 11 %; nach Reform: n=39, 9 %) (siehe auch [16, 17]).

Zustandekommen nach Patientencharakteristika

Eine vollständige tabellarische Darstellung des Zustandekommens einer Behandlung (Richtlinientherapie oder Akutbehandlung) stratifiziert nach Patientencharakteristika sowie nach psychoonkologischem Praxisschwerpunkt findet sich in Anhang 1.2, Tabelle 1.5. Hierbei zeigte sich, dass besonders bei jüngeren Personen nach der Reform mehr Behandlungen als vor der Reform zustande kamen (≤ 21 Jahre vor Reform 81 % keine Behandlung, nach Reform 47 %). In der Altersgruppe von 22-30 Jahren stieg der Anteil an Erstgesprächen ohne Folgebehandlung jedoch nach der Reform (vor Reform 65 %, nach Reform 74 %). Da die Ergebnisse mit jüngeren Patient*innen hauptsächlich aus einer Praxis stammen, sind diese in ihrer Repräsentativität limitiert. Hinsichtlich der Krankenversicherung zeigten sich keine großen Unterschiede zwischen vor und nach der Reform. Beim Vergleich der Versicherungsarten zeigte sich, dass Privatversicherte sowohl vor als auch nach der Reform einen höheren Anteil an Erstgesprächen ohne Folgebehandlung aufwiesen (73 % bzw. 64 %) als gesetzlich Versicherte oder Personen mit Beihilfe.

Arbeitspaket 2: Befragung von Psychotherapeut*innen

Kurzfassung

Welche Hürden gibt es bei der Implementierung der Sprechstunde?

- Das niederschwellige Angebot von Sprechstunden deckt den Bedarf der Patient*innen nach Therapieplätzen nicht.
- Die Vielzahl an verschiedenen psychotherapeutischen Leistungen begünstigen Fehlannahmen über Therapieplätze auf Seiten von Patient*innen.

Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?

- Die größte Hürde war eine fehlende Abrechnungsgenehmigung bedingt beispielsweise durch persönliche Präferenzen, Organisationsaufwand oder Finanzierung.

Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

- Als größtes Problem der derzeitigen Versorgungssituation bemängelten die Psychotherapeut*innen die unzureichende Anzahl an Kassensitzen.

Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

- Die Psychotherapeutische Sprechstunde führe einerseits zu einem niedrigschwelligen Zugang, andererseits könnten aus Kapazitätsgründen oft keine Therapie angeboten werden.

Sind Hausärzt*innen jetzt besser eingebunden als vor der Reform?

- Es besteht Verbesserungspotential hinsichtlich bestehender bürokratischer Hürden bei der Zusammenarbeit mit dem/der Psychotherapeut*in, wobei die Einbindung insgesamt sehr unterschiedlich erlebt wurde.

Stichprobe

Es wurden insgesamt 128 Psychotherapeut*innen kontaktiert. Davon nahmen 41 an einem Interview teil (Tabelle 6). Die anderen Psychotherapeut*innen lehnten eine Teilnahme ab

(n=54; 42 %), hatten ihrer Aussage nach die Einladung nicht erhalten (n=10; 8 %), waren nicht erreichbar (n=20; 16 %) oder konnten aus terminlichen Gründen nicht teilnehmen (n=3; 2 %). Der Vergleich mit Nichtteilnehmer*innen sowie weitere Charakteristika der Teilnehmer*innen finden sich im Anhang 1.3, Tabellen 1.6-1.7.

Tabelle 6: AP2 Charakteristika der befragten Psychotherapeut*innen

		Anzahl n (%)
Alter		56
	(Mittelwert, Spannweite)	(34-81)
Geschlecht	Frauen	30 (73%)
	Männer	11 (27 %)
Berufsgruppen	Ärzt*innen	10 (24%)
	Psycholog*innen	21 (52%)
	Andere	10 (24%)
Ausübungspraxis	Kinder- und Jugendpsychotherapie	13 (32%)
	Erwachsenenpsychotherapie	22 (54%)
	beides	6 (14%)
Verfahrensrichtung	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	5 (12%)
	TP + Analytische Psychotherapie (AP)	16 (39%)
	Verhaltenstherapie (VT)	15 (37%)
	TP + VT	2 (5%)
	TP + AP + VT	3 (7%)
Lokalisation	Stadt	18 (44%)
	Land	23 (56%)
Gruppentherapie	ja	10 (24%)
Kassensitz	ganz	17 (41%)
	hälftig	23 (56%)
	keiner	1 (2%)

siehe auch [26]

Ergebnisse qualitativer Interviews

Die Interviewdauer lag durchschnittlich bei 55 min (31-90 min) bei insgesamt 37 h Interviewmaterial. Mit diesem Material konnte eine theoretische Sättigung der Inhalte erreicht werden, so dass keine weiteren Psychotherapeut*innen mehr kontaktiert wurden.

Aus den Interviews entwickelten wir 19 Hauptkategorien (Abbildung 6), die wir wiederum in Unterkategorien aufteilten (0-9 Kategorien zweiter Ebene, 0-5 Kategorien dritter Ebene, 0-2 Kategorien vierter Ebene).

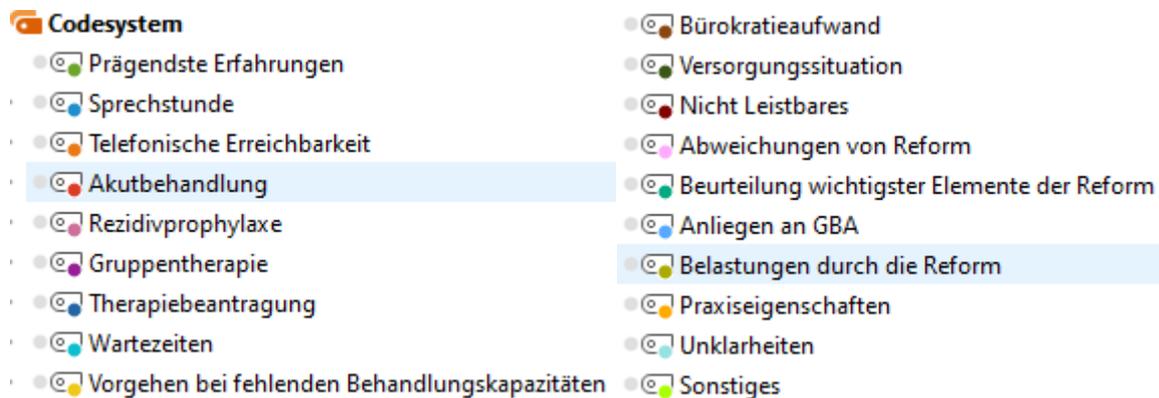


Abbildung 6: AP2 Kategoriensystem der qualitativen Auswertung

Nachfolgend werden die Ergebnisse entsprechend der Fragestellungen des Projektantrags aufgeführt. Aufgrund des Umfangs und der Komplexität der Ergebnisse werden hierfür nur einzelne (Sub-)Kategorien dargestellt. Eine detaillierte Darstellung der (Unter-)Kategorien findet sich im (Anhang 2.1, Tabelle 2.1).

Welche Hürden gibt es bei der Implementierung der Sprechstunde?

Grundsätzlich waren einige Psychotherapeut*innen der Meinung (Kategorie „Beurteilung wichtigster Elemente“), dass durch die Reform das zuvor bestehende Psychotherapieplatzangebot umstrukturiert, aber nicht erweitert wurde (n=18)^{1,2}, weswegen zuvor bestehende Versorgungsengpässe auch durch die Einführung der Sprechstunde weiterhin bestehen würden.

„Und das, also für mich ist das so, dass/ es wird im Grunde jetzt ein Defizit verwaltet von der Terminservicestelle. Und das war ja vorher schon da. Und das ist halt immer noch da.“ (PT93)

Als ein Nachteil für Patient*innen wurde beispielsweise genannt, dass die Vielzahl an verschiedenen psychotherapeutischen Leistungen Unklarheiten und Verunsicherungen für Patient*innen begünstige (n=1).

„Ich habe dann die Leute angerufen. Die dachten, sie hätten woanders einen Therapieplatz, was nicht immer stimmte. Das war absolut (lacht leicht) Durcheinander dann. Dann haben die mal meinen Termin nicht wahrgenommen, sind dann woanders hin zum Erstgespräch. Haben dort erfahren, dass sie doch keinen Therapieplatz haben, und haben dann bei mir wieder angerufen. Und dann war der Platz vergeben. Also das war nicht effektiv.“ (PT54)

Detailergebnisse zur Implementierung der Sprechstunde finden sich in Anhang 3.1.1.

Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?

Hürden für fehlendes Angebot

¹ Anzahl Interviews, die dieser Kategorie zugewiesen wurden. Die Anzahl der Textsegmente pro Kategorie findet sich im Anhang 2.1, Tabelle 2.1

² Entsprechend den Reporting Guidelines für qualitative Studien wird die ID der befragten Person bei jedem Zitat angegeben.

Die interviewten Psychotherapeut*innen nannten vielfältige Hürden bei der Durchführung von Gruppentherapien. Hierzu zählten strukturelle Barrieren (z.B. fehlende Abrechnungsgenehmigung), persönliche Hürden (z.B. hohes Alter) oder organisatorische Aspekte (z.B. keine geeigneten Räumlichkeiten). Detailliertere Ergebnisse zum Angebot von Gruppentherapie finden sich in Anhang 3.1.2.

Nutzung von Gruppentherapie

Die interviewten Psychotherapeut*innen gaben Hinweise darauf, warum Patient*innen Gruppentherapie nicht in Anspruch nehmen würden (n=4). Patient*innen würden gegenüber Psychotherapeut*innen häufig die Befürchtung äußern, dass sie bekannten Personen in der Gruppentherapie begegnen könnten oder dass die Verschwiegenheit von anderen Teilnehmer*innen nicht gewahrt werde. Dies sei insbesondere ein Problem in ländlichen Regionen gewesen. In einem Fall wurde zudem vermutet, dass Patient*innen das Einzelsetting aus inneren Gründen präferierten, z. B. da sie die/den Psychotherapeut*in für sich alleine haben wollen würden.

Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

Zugangs- und Versorgungsbarrieren bestehen Psychotherapeut*innen zufolge in mehreren Bereichen.

Auf Seiten der Psychotherapeut*innen bestehen Probleme bei der Umsetzung der telefonischen Erreichbarkeitszeiten, welche hauptsächlich von Neupatient*innen genutzt würden, um Termine zu vereinbaren oder freie Therapieplatzkapazitäten zu erfragen (n=15). Eine große Schwierigkeit dabei sei, dass die Kontaktaufnahme durch Patient*innen nicht nur in der telefonischen Sprechzeit stattfinde, sondern dass stattdessen Mehraufwand durch Mailanfragen oder Rückrufbitten auf dem Anrufbeantworter entstehe (n=30).

„Also manche rufen schon zu diesen Sprechzeiten an, aber die meisten rufen halt an, wie sie lustig sind und bitten um Rückruf. So wie das früher auch gewesen ist.“ (PT56)

Insgesamt wurde deutlich, dass die Einführung der verpflichtenden telefonischen Erreichbarkeitszeiten nur eingeschränkt zu Veränderungen führte. Einige Therapeut*innen berichteten, dass sich durch die Einführung der festen telefonischen Sprechzeiten nichts an ihrer Erreichbarkeit geändert habe, da sie auch vor Reform schon erreichbar gewesen seien (n=15).

„Also eigentlich bin ich nicht froh, muss ich sagen, mit diesen festen Telefonzeiten. Weil ich sitze dann hier herum und muss warten und werde auch nicht bezahlt in der Zeit.“ (PT56)

Als größtes **Problem der derzeitigen Versorgungssituation**, bemängelten die Psychotherapeut*innen die unzureichende Anzahl an Kassensitzen zur Deckung des Psychotherapiebedarfs (n=21).

Weitere Details zur Versorgungssituation finden sich in Anhang 3.1.3.

Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

Die **Therapiebeantragung** wurde als ein wichtiger Bestandteil des Versorgungsablaufs im Zuge der Psychotherapie-Strukturreform modifiziert. Detailliertere Ergebnisse finden sich in Anhang 3.1.4.

Insgesamt wurde in den Interviews deutlich, dass die **Versorgungssituation** noch immer angespannt ist. Einerseits führe die Psychotherapeutische Sprechstunde zu einem niederschweligen Zugang (n=9), andererseits könnten diese Patient*innen dann aus Kapazitätsgründen keine Therapie beginnen (n=6). Die gesetzten Anreize für KZTen (Wegfall

GA-Bericht, bessere Vergütung) würden dazu führen, dass viele Patient*innen nur noch „anbehandelt würden“.

„Also das ist, das Problem liegt jetzt nicht unbedingt an dem Zugang. Die Patienten rufen heute ja auch leichter an als früher. Das ist weniger schambesetzt. Die Schwelle ist zum Glück viel niedriger geworden. Aber es gibt halt gar nicht genug Behandlungsplätze. Das ist das Problem.“ (PT84)

Insgesamt wurde der Erstzugang zum/zur Psychotherapeut*in als niedrigschwellig erlebt (n=9). Probleme hingegen bestünden hinsichtlich:

- der Anzahl an Therapieplätzen (n=9), insbesondere bei Kindern- und Jugendlichen
- der Therapieplatzsuche bei schwer erkrankten Patient*innen
- Unklarheiten hinsichtlich Versorgungsangeboten bei Patient*innen
- Erreichbarkeit von Praxen bei immobilen Patient*innen

Detailergebnisse zu Verbesserungsvorschlägen finden sich in Anhang 3.1.3-3.1.4.

Sind Hausärzt*innen jetzt besser eingebunden als vor der Reform?

Aussagen zur Kooperation und Vernetzung mit ärztlichen Kolleg*innen fielen in den Interviews mit den Psychotherapeut*innen hauptsächlich im Zusammenhang mit der Versorgungssituation. Die Inhalte wurden in die Subkategorien *Vernetzung* und *Kommunikation mit Ärzt*innen* eingeordnet.

Vernetzung: Dabei wurde deutlich, dass die Vernetzung mit den Zuweiser*innen von den Psychotherapeut*innen sehr unterschiedlich erlebt wurde. Einige Psychotherapeut*innen berichteten über eine verbesserte Vernetzung oder gezieltere Zuweisung nach der Reform.

„Also tatsächlich sehe ich noch mal eine schon etwas bessere Verzahnung zwischen Kliniken, Ärzten und Psychotherapeuten.“ (PT72)

Psychotherapeut*innen, die viel Wert auf eine gute Vernetzung legen, nahmen hierfür z.T. einen hohen Aufwand in Kauf:

„Also ich hatte ja eben schon mal gesagt, dass ich systemisch ausgerichtet bin. Das heißt, wie ich den Kassensitz übernommen habe, habe ich alle angeschrieben, bin in Kontakt gegangen, war auch bei vielen gewesen, um mich auch überhaupt mal vorzustellen, um auch gegenseitig Angebote/. Also es ist ja genauso auch neben meiner Vorstellung von meinem Angebot genauso interessant, was bieten die Kollegen an, um einfach gut differenzial-diagnostisch gucken zu können. Und vor allem was bietet die Region auch.“ (PT108)

Die Zusammenarbeit mit Zuweiser*innen wurde teilweise als sehr gut erlebt. Gleichwohl wurden Schwierigkeiten in der gegenseitigen Erreichbarkeit von Psychotherapeut*innen und Zuweiser*innen sowie fehlende Anerkennung von Psychotherapie durch Ärzte beschrieben.

Schwierigkeiten der Erreichbarkeit: *„Also bei mir ist das so, dass ich mehr Austausch da sicher besser fände und auch weiß, dass manche Kollegen da auch mehr Zeit als ich jetzt zum Beispiel investieren, um bestimmte Stellen zu kontaktieren. Ich scheue dann oft so den zeitlichen Aufwand und dass man an den Stellen oft dann niemand erreicht. [...] Und oft ist es auch so, bei den Hausärzten, bis man dann den entscheidenden Menschen wirklich am Apparat hat, ist es oft ein ziemlicher Aufwand. Und den scheue ich.“ (PT94)*

Im Zusammenhang mit dem Versorgungsablauf fielen Aussagen zur **Vernetzung** zwischen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Viele Psychotherapeut*innen sahen darin Verbesserungspotenzial, beispielsweise durch mehr Telefonkontakte statt dem Ausfüllen von Formularen. Einige Psychotherapeut*innen wünschten sich zudem die Abschaffung und Ersetzung des Konsiliarberichts durch mehr direkte Kontakte zwischen Psychotherapeut*in und Ärzt*in.

Beispiel: „Also, wenn die Vernetzung zu den Hausärzten verbessert werden könnte. Das heißt, auch so was mit in den Arbeitsablauf einbezogen würde, dass ich regelmäßig mit den Hausärzten Informationen austausche, was ich zum Beispiel für ein Angebot habe und wie viel Plätze ich grade freihabe oder, ja, vor allem welche Leute könnt ihr mir schicken und welche nicht. Das machen wir natürlich. Aber es ist nicht institutionalisiert.“ (PT73).

Arbeitspaket 3: Befragung von Patient*innen

Kurzfassung

Welche Hürden gibt es bei der Implementierung der Sprechstunde?

- Patient*innen fehlte es vor allem an Informationen über die Psychotherapeutische Sprechstunde und deren Funktion im Ablauf der Suche nach einer Psychotherapie.

Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?

- Patient*innen sahen Gruppentherapie eher als Übergangslösung bis zu einer Einzeltherapie.

Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

- Patient*innen konnten ihre Präferenzen (z. B. hinsichtlich des Geschlechts des/der Therapeut*in) im Suchverlauf teilweise nicht umsetzen und waren mit langen Wartezeiten konfrontiert.

- Patient*innen fühlten sich durch ihre Erkrankung hinsichtlich des Durchhaltevermögens bei der Suche eingeschränkt.

Sind Hausärzt*innen jetzt besser eingebunden als vor der Reform?

- Patient*innen wünschten die Einbindung von Hausärzt*innen in die Therapieplatzsuche, indem diese Empfehlungen aussprechen oder eine Priorisierung der Dringlichkeit vornehmen.

Stichprobe

81 Patient*innen wurden in der Psychiatrie oder der Chest Pain Unit der Universitätsmedizin Mainz kontaktiert oder nahmen selbst Kontakt zum Studienzentrum auf, 46 konnten für die Studie gewonnen werden.

Häufigster Grund für die Nichtteilnahme war fehlende Eligibilität aufgrund der Inanspruchnahme von Psychotherapie nach 2017 (n=26). Weitere Gründe waren Ablehnung einer Psychotherapie (n=3), fehlendes Interesse, Sprachprobleme, psychotischer Zustand, Minderjährigkeit oder unbekannte Gründe (je n=1). Die Nichtteilnehmer*innen waren mit einem Durchschnittsalter von 46 Jahren (SD 18, Median 44 Jahre, Minimum (Min.) 19 Jahre, Maximum (Max.) 80 Jahre) etwas älter als die Teilnehmer*innen und zu 54 % weiblich.

An t1 wurden 38 Interviews geführt, an t2 45. Grund für die höhere Anzahl an Berichten zu t2 war, dass 8 Personen nur an t2 befragt wurden, da sie die Suche nach einer Psychotherapie bereits begonnen hatten aber trotzdem gerne retrospektiv über ihre Erfahrungen berichten wollten. Der Einschluss dieser 8 Personen resultierte aus einer Änderung der Einschlusskriterien („Indikation für ambulante Psychotherapie“ statt ursprünglich zusätzlich „Suche noch nicht begonnen“), ohne welche die geplante Fallzahl nicht hätte erreicht werden können. Diese 8 Personen erhielten an t2 einen aus t1 und t2 kombinierten Fragebogen. An t2 war 1 Person lost to follow up. Detaillierergebnisse zu Charakteristika der Teilnehmer*innen finden sich in Anhang 2.2, Tabelle 2.2 sowie Anhang 3.2.1.

Quantitative Auswertung

Eine detaillierte Darstellung der Fragebogenergebnisse findet sich im Anhang 1.4, Tabellen 1.8-1.9.

Die Mehrheit der Patient*innen (n=25, 54 %) fühlte sich durch ihre Beschwerden schwer belastet. Der GAF (Global Assessment of Functioning) Score [29] betrug durchschnittlich 58 (t1) und 68 Punkte (SD 13 (t1), 13 (t2); Median 58 (t1), 69 (t2); Min. 35 (t1), 40 (t2);, Max. 90 (t1), 90 (t2), n=38 (t1), n=44 (t2)).

Hinsichtlich ihrer Präferenzen vor Beginn der Suche äußerten die meisten Patient*innen eine telefonische Kontaktaufnahme (n=30, 65 %), keine Präferenz hinsichtlich des Geschlechts des/der Psychotherapeut*in (n=31, 67 %) und zu etwa gleichen Teilen eine Präferenz von Verhaltenstherapie (n=19, 41 %) oder unerheblich/Verfahren unbekannt (n=18, 39 %) (siehe auch Abbildung 7). Die Patient*innen würden durchschnittlich 44 min Fahrtdauer zur Praxis in Kauf nehmen (SD 25, Median 30 min, Min. 10 min, Max. 120 min) und rechneten mit 1-3 Monaten Wartezeit (n=21, 46 %).

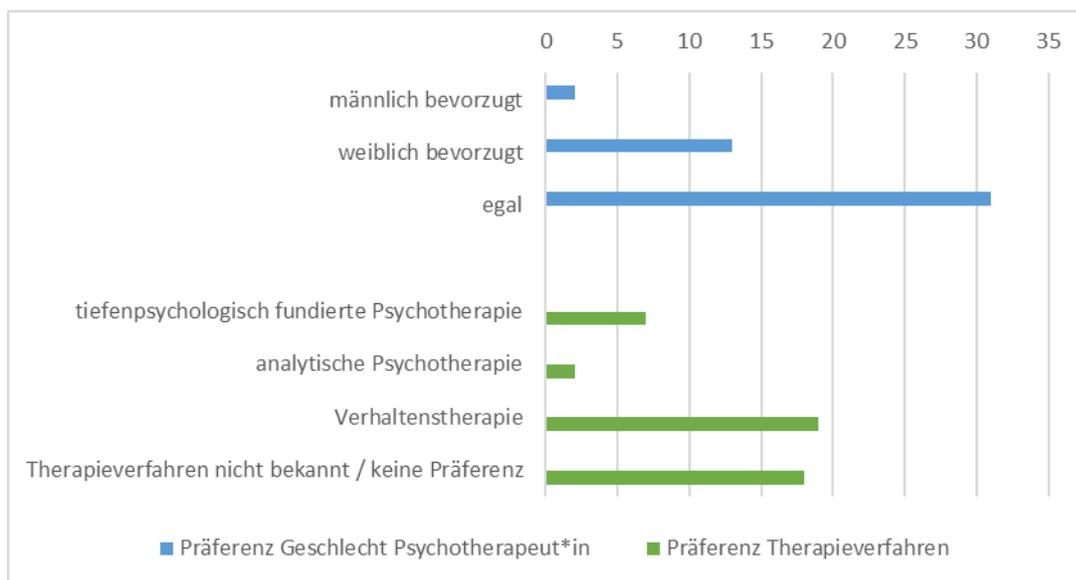


Abbildung 7: AP3 Präferenzen hinsichtlich Geschlecht und Therapieverfahren (t1)

Im Durchschnitt erfolgten 14 Kontaktaufnahmen für die Vereinbarung eines Erstgesprächs (n=43, SD 15, Median 11, Min. 0, Max. 60). Diese erfolgten meist telefonisch (n=35, 83 %) und durch die Patient*innen selbst (n=27, 62 %). Die durchschnittliche Anzahl Erstgespräche pro Patient*in lag bei 1 (n=44, SD 1, Median 1, Min. 0, Max. 4). Auf den Fragebögen gaben 14 Patient*innen (32 %) an, kein Erstgespräch vereinbart zu haben, in den Interviews klang dies bei 27 Personen (60 %) an.

Die Wartezeit vom ersten Kontakt und bis zum Erstgespräch dauerte im Median 28 Tage bzw. im Durchschnitt 40 Tage (SD 48, Min. 1 Tag, Max. 180 Tage). Die Wartezeit bei den 7 Personen mit Vereinbarung des Erstgesprächs durch die TSS war vergleichbar (Mittelwert (MW) 40 Tage, SD 39, Median 21 Tage, Min. 14 Tage, Max. 120 Tage).

24 Personen (53 %) gaben an t2 auf dem Fragebogen an, einen Therapieplatz gefunden zu haben. Bei Rücküberprüfung der Interviews gab es darauf nur in 14 Interviews (31 %) einen klaren Hinweis. 10 Personen standen laut Fragebogen auf einer Warteliste (22 %). Bei den 24 Personen, mit Therapieplatz laut Fragebogen betrug die durchschnittliche Wartezeit vom Erstgespräch bis Beginn der Psychotherapie 5,9 Wochen (SD 13, Median 2 Wochen, Min. 1 Woche, Max. 55 Wochen, n=21). Die durchschnittliche Fahrtzeit bis zur Praxis betrug 24 min (SD 13, Median 2 min, Min. 3 min, Max. 50min, n=24). In den meisten Fällen (n=17, 71 %) war die Psychotherapeut*in weiblich und das Therapieverfahren Verhaltenstherapie (n=16, 67 %).

Von den 20 Personen ohne Therapieplatz laut Fragebogen, hatten 7 (35 %) ein Erstgespräch; 5 (25 %) hatten (auch) einen Platz auf einer Warteliste. Laut Interview hatten von den Personen ohne Therapieplatz (n=28), 15 (54 %) ein Erstgespräch und 9 (32 %) (auch) einen Platz auf einer Warteliste.

Qualitative Auswertung

Um die folgenden Fragestellungen zu beantworten, werden nur einzelne (Unter-)Kategorien der qualitativen Auswertung herangezogen. Insgesamt wurden 8 Kategorien aus den t1 Interviews und 11 Kategorien aus den t2 Interviews gebildet (Abbildung 8). Detailliertere Ergebnisse zu (Unter-)Kategorien finden sich in Anhang 2.2 Tabelle 2.3. An t1 wurden insgesamt 9,3 h Interviewmaterial gesammelt (n=33, MW Interviewdauer 17 min), an t2 14,2 h (n=44 (1 Person stimmte der Audioaufnahme nicht zu, MW Interviewdauer 19 min)).

-
- | | |
|--------------------------------|--|
| • Erwartungen/Präferenzen | • Sucherfolg |
| • Vorgehen bei der Suche | • Erfahrungen mit der Therapeutesuche |
| • Hürden | • Vorgehensweise |
| • Grundeinstellungen | • Erreichbarkeit von Psychotherapeuten |
| • Informationsstand über Suche | • Terminservicestelle |
| • Informationsquellen | • Wartezeit |
| • Verbesserungsvorschläge | • Hürden |
| • Sonstiges | • Persönliche Aspekte bei der Suche |
| | • Keine Suche |
| | • Verbesserungsvorschläge/ Unterstützungsmöglichkeiten |
| | • Erfahrungen nach der Suche |
| | • Sonstiges |

Abbildung 8: AP3 Kategorien qualitative Auswertung

Vergleich der Messzeitpunkte

Der Unterschied zwischen beiden Messzeitpunkten war der Ausblick (t1) bzw. Rückblick (t2) auf die Suche nach einer Psychotherapie. Die Kategorien, die aus den t1 Interviews gebildet wurden, thematisieren dabei verschiedene Aspekte, die im Vorfeld der Suche relevant waren, wie bspw. den Informationsstand und die Informationsquellen der Therapiesuchenden, das geplante Vorgehen, die Präferenzen hinsichtlich der Psychotherapie oder erwartete Hürden. An t2 wurden teilweise dieselben Kategorien gebildet, da in den Interviews berichtet wurde, welche Hürden es tatsächlich gab oder wie tatsächlich vorgegangen wurde. Zusätzliche und nur an t2 gebildete Kategorien umfassen solche zum Thema Erfahrungen, z. B. mit der Erreichbarkeit von Psychotherapeut*innen, oder dem Ergebnis der Suche (Kategorie Sucherfolg). Die Häufigkeiten der Nennungen bestimmter Kategorien zwischen t1 und t2 zu vergleichen ist dadurch verzerrt, dass mehr t2 Interviews geführt wurden, da einige Teilnehmer*innen erst an t2 eingeschlossen wurden (siehe oben).

Hauptergebnis des inhaltlichen Vergleichs der beiden Messzeitpunkte war, dass Patient*innen die an t1 formulierten Präferenzen oft aufgeben mussten, um Sucherfolg zu gewährleisten und an t2 mehr als an t1 die Vereinbarkeit der Suche mit dem Alltag der Patient*innen im Fokus stand [30].

Welche Hürden gibt es bei der Implementierung der Sprechstunde?

Bei der Implementierung der Sprechstunde zeigten sich sowohl informationsbezogene als auch versorgungsstrukturelle Hürden. Einigen Patient*innen war nicht bewusst, dass sie mithilfe der TSS eine Psychotherapeutische Sprechstunde vermittelt bekommen können, da

sie entweder die TSS nicht kannten (n=11³) oder nicht wussten, dass die TSS auch psychotherapeutische Anliegen vermittelt (n=4).

Versorgungsstrukturelle Hürden, die in den Interviews im Zusammenhang mit der Vereinbarung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde genannt wurden, waren beispielsweise eine lange Wartezeit oder eine schlechte telefonische Erreichbarkeit der TSS (n=5).

Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?

Die Patient*innen äußerten sich zwar selten zum Thema Gruppentherapie, hatten aber eine klare Meinung dazu. Gruppentherapie wurde als Überbrückung bis zu einem freien Therapieplatz gesehen. Die Wahrnehmung von Gruppentherapie als „zweite Wahl“ wurde außerdem in folgender Aussage deutlich:

„Und zwei davon hatten geschrieben, dass sie keinen Platz freihaben. Und einer hatte eben geschrieben, dass der noch Plätze frei hat in einer Gruppentherapie. Und dann habe ich auch genau das genommen. Also ich denke, man ist da froh, wenn man überhaupt irgendwas bekommt.“ (3115)

Zum Teil wurde Gruppentherapie auch nicht als gewinnbringend wahrgenommen:

„Und ich war in einer Gruppentherapie und hatte jetzt die abgebrochen gehabt, weil ich das Gefühl gehabt habe, dass mir das nicht mehr/ nichts mehr bringt und ich da einfach gerne mit einer Person irgendwie, ja, meine Anliegen da bisschen genauer bearbeiten würde.“ (3115).

Die Nutzung von Gruppentherapie schien sich also eher aus einem Mangel an Einzeltherapieplätzen und weniger aus einer Überzeugung für die Gruppentherapie zu ergeben.

Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

Die Patient*innen nannten verschiedene innere Hürden und versorgungsstrukturelle Barrieren bei der Suche nach einer ambulanten Psychotherapie, die z. T. eine hohe emotionale Belastung darstellten. Die Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Suchprozess waren mehrheitlich negativ. Detailergebnisse zu Zugangs- und Versorgungsproblemen finden sich in Anhang 3.2.2.

Sind Hausärzt*innen jetzt besser eingebunden als vor der Reform?

Patient*innen wünschten sich Unterstützung durch ihre Hausärzt*innen, die ihnen beispielsweise Empfehlungen geben sollen (n=6). Mitunter erwarteten sie sich durch die Empfehlung auch einen schnelleren Suchprozess:

„Ich hoffe, dadurch, dass die Empfehlung von der Hausärztin ist, dass es vielleicht ein bisschen besser und schneller geht.“ (3304).

Einige Patient*innen wünschten sich, dass Hausärzt*innen enger mit Psychotherapeut*innen zusammenarbeiten (n=9). Hausärzt*innen händigten vor allem Listen regional tätiger Psychotherapeut*innen aus (n=6). Es gab keine Hinweise darauf, dass sich die Einbindung von Hausärzt*innen verändert hat.

³ Anzahl Interviews, die dieser Kategorie zugewiesen wurden. Die Anzahl der Textsegmente pro Kategorie findet sich im Anhang 2.2, Tabelle 2.3

Arbeitspaket 4: Befragung von Zuweiser*innen

Kurzfassung

Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

- Haus- und Fachärzt*innen bemängelten lange Wartezeiten und einen erschwerten Zugang zur Versorgung im ländlichen Bereich oder bei stationärem Behandlungsbedarf.
- Mitarbeiter*innen der KVen berichteten, dass die Reform nur einen schnellen Einstieg in die psychotherapeutische Versorgung bieten würde, jedoch keine Therapieplätze zur Bedarfsdeckung geschaffen worden seien.

Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

- Haus- und Fachärzt*innen äußerten sowohl eine verkürzte als auch unveränderte Wartezeit auf ein Erstgespräch sowie eine unverändert lange Wartezeit auf einen Therapieplatz.
- Mitarbeiter*innen der KVen berichteten einen hohen Informationsaufwand durch die Reform, da sowohl bei Behandler*innen als auch bei Patient*innen viel Aufklärungsarbeit geleistet werden müsse.

Sind Hausärzt*innen jetzt besser eingebunden als vor der Reform?

- In den Interviews mit Haus- und Fachärzt*innen fanden sich keine Hinweise darauf, dass sich die Eingebundenheit der geändert haben könnte.

Stichprobe

*Haus- und Fachärzt*innen*

Insgesamt wurden 176 Ärzt*innen hausärztlicher/internistischer, kinderärztlicher, psychiatrischer, gastroenterologischer und onkologischer Fachrichtung kontaktiert. 23 (13 %) erklärten sich zur Interviewteilnahme bereit. Detailliertere Ergebnisse zu Ablehnungsgründen sowie Charakteristika der 23 teilnehmenden Haus- und Fachärzt*innen im Vergleich mit den Nicht-Teilnehmer*innen finden sich in Anhang 2.3, Tabellen 2.4-2.5).

*Mitarbeiter*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen*

Alle 3 zufällig ausgewählten KVen willigten zur Studienteilnahme ein.

Qualitative Auswertung Haus- und Fachärzt*innen

Aus den 6 h Interviewmaterial (MW Interviewdauer 18 min) wurden 7 Kategorien gebildet (Abbildung 5). Eine detaillierte Darstellung der (Unter-)Kategorien findet sich in Anhang 2.3, Tabelle 2.6). Für die Beantwortung der folgenden Fragestellungen werden nur einzelne (Unter-)Kategorien herangezogen.

- 1. Kenntnisstand Psychotherapierichtlinie
- 2. Weitervermittlung
- 3. Wartezeiten
- 4. Hausärztliche Einbindung in psychoth. Versorgung
- 5. Verbesserungsvorschläge / Wünsche
- 6. Gesamtbeurteilung
- 7. Sonstiges

Abbildung 9: AP4 Kategoriensystem Haus- und Fachärzt*innen

Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

6 Zuweiser*innen berichteten von einer fehlenden Bedarfsdeckung aufgrund einer mangelnden Anzahl an Psychotherapeut*innen. Weiterhin berichteten sie von Schwierigkeiten in der Weitervermittlung von Patient*innen durch lange Wartezeiten und weite Anfahrtswege besonders in ländlichen Gegenden (n=9)⁴. Die Zuweiser*innen thematisierten auch mangelnde stationäre Versorgungsmöglichkeiten (n=6). Die Mehrheit der Zuweiser*innen (n=18, 78 %) sprach sich für mehr Therapieplätze aus.

„Also ich habe tendenziell den Eindruck, dass sich die Lage eher verschlechtert, aus dem Grund, weil, wie gesagt, die, sage ich mal, die Anfragen werden immer mehr, und die Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten hat sich nicht verändert.“ (Z157).

Eine Abbildung zu Zugangs- und Versorgungsproblemen findet sich in Anhang 2.3, Abbildung 2.1.

Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

Ob die Reform zu einer Verkürzung von Wartezeiten geführt hat, schätzten die Zuweiser*innen unterschiedlich ein. 6 (26 %) berichteten von einer verkürzten Wartezeit auf ein erstes Gespräch. Als Gründe für eine verkürzte Wartezeit wurde u. a. ein vergrößertes Angebot oder mehr Behandlungsmöglichkeiten durch die Reform genannt (n=5). 13 Zuweiser*innen (57 %) hatten den Eindruck, dass es seit der Reform weder zu einer Verkürzung der Wartezeit auf ein Erstgespräch noch auf einen Therapieplatz gekommen sei.

"Ja. Bisschen schneller hat es jetzt geklappt. Und seitdem wir diese Servicenummer haben. [...] Genau. Aber das ist ja auch meistens so, das ist nur so für die ein, zwei Gespräche. Dann kriegen die einen Termin. Aber einen Therapieplatz bekommen, das ist nach wie vor schwierig. Dass man dann lange Wartezeiten hat." (Z73)

Ursächlich dafür seien u.a. ein steigender Bedarf, zu wenig Kassensitze und Kapazitätseinbußen durch die Verpflichtung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde (n=16). Hinsichtlich der Psychotherapeutischen Sprechstunde wurde weiterhin kritisiert, dass sie mitunter als Therapieplatz fehlinterpretiert würde und meist nicht zu einem Therapieplatz führe (n=4).

⁴ Anzahl Interviews, die dieser Kategorie zugewiesen wurden. Die Anzahl der Textsegmente pro Kategorie findet sich im Anhang 2.3, Tabelle 2.6

Sind Hausärzt*innen jetzt besser eingebunden als vor der Reform?

In den Interviews fanden sich keine Hinweise darauf, dass sich die Eingebundenheit der Haus- und Fachärzt*innen geändert haben könnte. Die Einbindung erfolgt beispielsweise durch die Weitervermittlung an verschiedene Stellen, z.B. durch die Weitergabe von Listen regionaler Psychotherapeut*innen (n=13, 56 %) oder die Weitervermittlung an die TSS (n=12, 52 %) (siehe Abbildung 10). Einige Zuweiser*innen verfügten über ein Netzwerk an ihnen bekannten Psychotherapeut*innen, an die sie Patient*innen vermitteln würden.

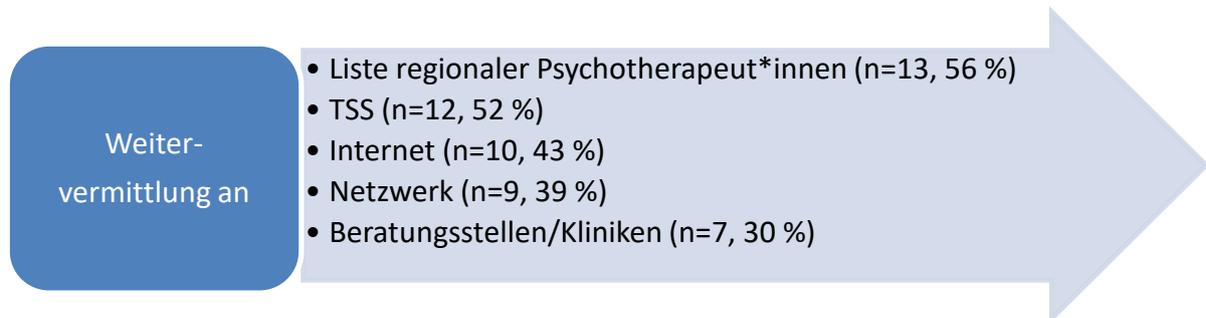


Abbildung 10: AP4 Weitervermittlung durch Haus- und Fachärzt*innen

Die Zuweiser*innen wurden gefragt, zu welchem Anteil sie Patient*innen an die TSS oder direkt an niedergelassene Psychotherapeut*innen verweisen. Im Durchschnitt wurden 48 % der Patient*innen an die TSS (SD 44, Median 42 %, Min. 0%, Max. 100 %, n=22) bzw. durchschnittlich 63 % an Psychotherapeut*innen (SD 41, Median 85 %, Min. 0 %, Max. 100 %, n=22) verwiesen (Summe > 100, da es sich um Mittelwerte handelt).

Qualitative Auswertung Mitarbeiter*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Im Rahmen der 3 Interviews wurden 98 min Interviewmaterial gesammelt (MW Interviewdauer 33 min). Aus den Interviews wurden 17 Kategorien gebildet die im Anhang 1.5, Tabelle 1.10 einzeln aufgelistet sind. Verbesserungsvorschläge der KV Mitarbeiter*innen finden sich in Anhang 2.3, Tabelle 2.7). Für die Beantwortung der folgenden Fragestellungen werden nur einzelne Kategorien herangezogen.

Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

Das hohe Anfrageaufkommen und die mangelnden Kapazitäten bei Psychotherapeut*innen führten zu einem priorisierten Vorgehen bei der Terminvermittlung (z. B. Vermittlung probatorischer Sitzungen nur bei entsprechender Kodierung auf PTV-11 (Formular in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung)) oder fehlenden Einhaltung der Vermittlungsfristen. Die Situation war heterogen zwischen den KVen, einerseits konnte eine Sprechstundenanfrage meist fristgerecht vermittelt werden, andererseits bestanden im ländlichen Raum sowie bei komplex erkrankten Personen oft Versorgungsengpässe. Es wurde kritisiert, dass die Reform nur einen schnellen Einstieg in die psychotherapeutische Versorgung bieten würde, jedoch keine Therapieplätze zur Bedarfsdeckung geschaffen worden seien.

Auch die Unkenntnis über einzelne Versorgungselemente führe zu Unzufriedenheit bei Patient*innen, erhöhtem Aufklärungsaufwand bei KV Mitarbeiter*innen sowie Honorarausfällen und fehlender Passung der Patient*innen bei Psychotherapeut*innen.

Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

Die vielen Neuerungen durch die Reform bedeuteten einen hohen Informationsaufwand der KV Mitarbeiter*innen gegenüber Patient*innen, Psychotherapeut*innen und Zuweiser*innen. Diese Neuerungen hätten einerseits Zusatzaufwände in psychotherapeutischen Praxen erfordert. Andererseits würden Anreize zum Angebot Psychotherapeutischer Sprechstunden sowie die Verpflichtung zu telefonischer Erreichbarkeit einen niedrigschwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Patient*innen sowie eine „gefühlte“ Verkürzung der Wartezeit durch mehr Zwischenkontakte bieten.

Arbeitspaket 5: Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Kurzfassung

Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?

- Einzelne Psychotherapeut*innen führten nach der Reform nicht mehr Gruppentherapie durch als vor der Reform, jedoch gab es eine Vergrößerung des Angebots durch mehr Psychotherapeut*innen mit Gruppentherapiezulassung.

Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

- Im Jahr 2018 konnte bei einzelnen KVen für die Mehrheit der Anfragen kein Termin vereinbart werden, bei den meisten KVen konnten die meisten Anfragen jedoch erfolgreich vermittelt werden.

Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

- Im Jahr 2018 entfiel die große Mehrheit des Anfragen- und Vermittlungsaufkommens auf die Psychotherapeutische Sprechstunde.

Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?

Von den 17 KVen machten 16 Angaben zur Gruppentherapie. Die Anzahl an Psychotherapeut*innen mit Gruppentherapiezulassung hat nach der Reform leicht zugenommen: Der Median der Anzahl von Psychotherapeut*innen mit Gruppentherapiezulassung pro KV erhöhte sich zwischen 2016 und 2018 um 17 % (Wilcoxon Rangsummentest: $z=-2,69$, $p=0,005$). Betrachtet man die Gesamtanzahl in allen datenliefernden KVen ($n=16$), lässt sich eine Erhöhung der Anzahl aller Psychotherapeut*innen mit Gruppentherapiezulassung um 9 % feststellen.

Auch zeigte sich nach der Reform ein Anstieg der abgerechneten Gruppentherapie-Leistungen. Der Median abgerechneter Leistungen pro KV erhöhte sich zwischen 2016 und 2018 um 25 % (Wilcoxon Rangsummentest: $z=-0,78$, $p=0,46$). Die Gesamtanzahl aller abgerechneten Gruppentherapieleistungen von 16 KVen erhöhte sich um 8 %.

Sowohl vor der Reform als auch nach der Reform wurden pro Psychotherapeut*in mit Gruppentherapiezulassung gleich viele Gruppentherapie-Leistungen abgerechnet, betrachtet man alle abgerechneten Gruppentherapie-Leistungen aller KVen und die Gesamtanzahl an Psychotherapeut*innen mit Gruppentherapiezulassung aller KVen. Betrachtet man die Anzahl abgerechneter Gruppentherapie-Leistungen pro Psychotherapeut*in mit Gruppentherapiezulassung pro KV, reduzierte sich die mediane Anzahl abgerechneter Gruppentherapieleistungen pro Psychotherapeut*in mit Gruppentherapiezulassung um 8 % (Wilcoxon Rangsummentest: $z=-1,34$, $p=0,19$).

Detailergebnisse zu vollständigen statistischen Maßzahlen finden sich in Anhang 2.4, Tabelle 2.8 und Abbildungen 2.2-2.4). Das Angebot an Gruppentherapie hat also zugenommen, jedoch bietet jede/r einzelne/r Psychotherapeut*in mit Gruppentherapiezulassung nicht mehr Gruppentherapie an als vor der Reform.

Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

Im Jahr 2018 konnten bei den für dieses Jahr Daten liefernden KVen zusammen 75 % der Anfragen nach einer Vermittlung von Psychotherapeutischen Sprechstunden (n=15), 70 % der Anfragen nach Akutbehandlungen (n=15) sowie 68 % der Anfragen nach Probatorischen Sitzungen (n=12) erfolgreich vermittelt werden (Abbildung 11, Tabelle 7). Bei einzelnen KVen konnten jedoch weniger als die Hälfte der Anfragen vermittelt werden. Im Jahr 2018 konnte jeweils bei der KV mit der geringsten Vermittlungsquote 44 % der Anfragen nach einer Psychotherapeutischen Sprechstunde (n=15), 25 % der Anfragen nach einer Akutbehandlung (n=15) und 42 % der Anfragen nach einer Probatorischen Sitzung (n=12) vermittelt werden. Bei einzelnen KVen waren also zu wenig Terminkapazitäten vorhanden.

Die Ergebnisse für das Jahr 2019 finden sich in Anhang 2.4, Tabellen 2.9-2.13, Abbildungen 2.5-2.10).

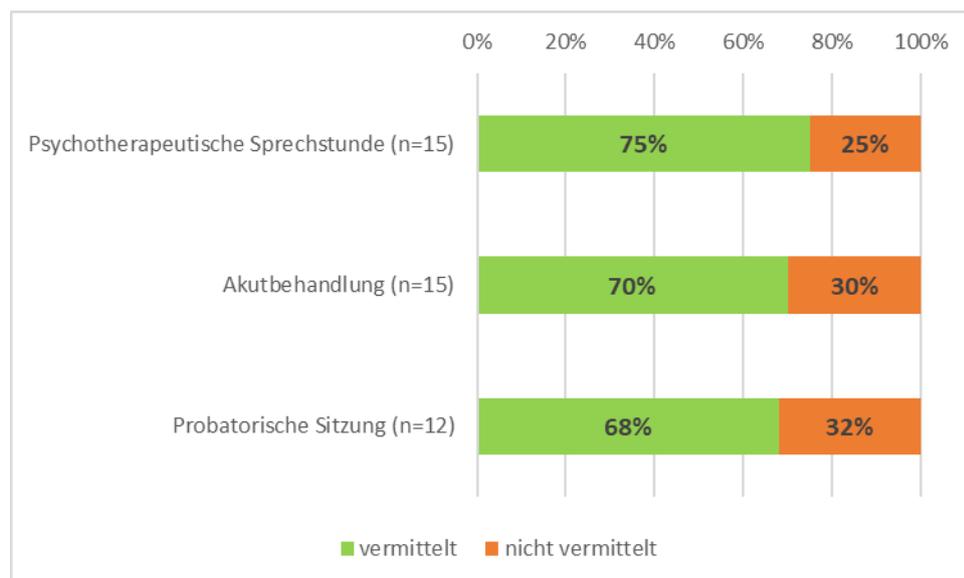


Abbildung 11: AP5 Prozentsatz erfolgreicher Vermittlungen aller datenliefernder KVen im Jahr 2018

Insgesamt wurden bei allen KVen, die für das Jahr 2018 die entsprechenden Daten lieferten (n=15), insgesamt 94 902 Anfragen nach Vermittlung einer **Psychotherapeutischen Sprechstunde** gestellt und 81 101 Termine (n=16) vereinbart (Tabelle 7). Pro KV gingen im Jahr 2018 im Median 6 372 Anfragen (n=15) ein und 5 814 Termine wurden vereinbart (n=16).

Insgesamt wurden bei allen KVen, die für das Jahr 2018 die entsprechenden Daten lieferten, insgesamt 3 890 Anfragen (n=15) nach Vermittlung einer **Akutbehandlung** gestellt und 3 591 Termine vereinbart (n=16) (Tabelle 7). Pro KV gingen im Jahr 2018 im Median 168 Anfragen ein (n=15) und 170 Termine wurden vereinbart (n=16).

Insgesamt wurden bei allen KVen, die für das Jahr 2018 die entsprechenden Daten lieferten, insgesamt 591 Anfragen (n=14) nach Vermittlung einer **Probatorischen Sitzung** gestellt und 570 Termine (n=15) vereinbart (Tabelle 7). Pro KV gingen im Jahr 2018 im Median 19 Anfragen ein (n=14) und 20 Termine wurden vereinbart (n=15). Die KVen ergänzten, dass sie erst 2018 mit der Vermittlung von Probatorischen Sitzungen begannen.

Im Jahr 2018 wurden insgesamt 86 820 **Anfragen (Sprechstunde + Akutbehandlung + Probatorische Sitzung)**, basierend auf Daten von n=14 KVen) an die KVen gerichtet, dies entspricht einer medianen Anzahl von 5 169 Anfragen pro KV (Tabelle 7). Im Jahr 2018 wurden insgesamt 76 370 **Terminvereinbarungen (Sprechstunde + Akutbehandlung + Probatorische Sitzung)**, basierend auf Daten von n=15 KVen) durchgeführt, dies entspricht einer medianen Anzahl von 5 609 Terminvereinbarungen pro KV. Im Jahr 2018 wurden bei 14 KVen zusammen 75 % aller Anfragen (**Sprechstunde + Akutbehandlung + Probatorische Sitzung**) **erfolgreich vermittelt**.

Tabelle 7: AP5 Vermittlungszahlen der KVen 2018

Element	n	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Psychotherapeutische Sprechstunde (2018)						
Anfragen						
pro KV	15	6 327	5 846	6 372	189	18 289
Summe KVen	15	94 902				
Terminvereinbarungen						
pro KV	16	5 069	3 519	5 814	189	10 913
Summe KVen	16	81 101				
Prozentsatz vermittelter Anfragen						
pro KV	15	87%	18	100%	44%	100 %
Summe KVen	15	75%				
Akutbehandlung (2018)						
Anfragen						
pro KV	15	259	287	168	8	867
Summe KVen	15	3 890				
Terminvereinbarungen						
pro KV	16	224	235	170	8	860
Summe KVen	16	3 591				
Prozentsatz vermittelter Anfragen						
pro KV	15	88%	21	100%	25%	100%
Summe KVen	15	70%				
Probatorische Sitzung (2018)						
Anfragen						
pro KV	14	42	54	19	0	181
Summe KVen	14	591				
Terminvereinbarungen						
pro KV	15	38	48	20	0	170
Summe KVen	15	570				
Prozentsatz vermittelter Anfragen						
pro KV	12	83%	23	100%	42%	100%
Summe KVen	12	68%				

Tabelle 7: AP5 Vermittlungszahlen der KVen 2018 (Fortsetzung)

Element	n	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Psychotherapeutische Sprechstunde + Akutbehandlung + Probatorische Sitzung (2018)						
Anfragen						
pro KV	14	6 201	6 153	5 169	199	19 285
Summe KVen	14	86 820				
Terminvereinbarungen						
pro KV	15	5 091	3 730	5 609	199	11 617
Summe KVen	15	76 370				
Prozentsatz vermittelter Anfragen						
pro KV	14	88%	18%	100%	43%	100%
Summe KVen	14	75%				

Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

Vor allem die Vermittlung der Psychotherapeutischen Sprechstunde bedeutete eine Veränderung im Versorgungsablauf. Im Jahr 2018 waren 95 % aller Anfragen (n=14) und 95 % aller Vermittlungen (n=15) Anfragen bzw. Vermittlungen eines Termins für eine Psychotherapeutische Sprechstunde (Tabelle 8, Abbildung 12). Die Vermittlung eines Erstgesprächs wurde also deutlich häufiger in Anspruch genommen als die Vermittlung einer Akutbehandlung (2018: 4 % der Anfragen (n=14), 4 % der Terminvereinbarungen (n=15)) oder einer Probatorischen Sitzung (2018: 1 % der Anfragen (n=14), 1 % der Terminvereinbarungen (n=15)).

Die Ergebnisse für das Jahr 2019 finden sich in Anhang 2.4, Tabelle 2.14.

Tabelle 8: AP5 Zusammensetzung Anfragen und Terminvereinbarungen bei den KVen 2018

Element	n	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Zusammensetzung aller Anfragen pro KV (2018)						
Sprechstunde	14	95%	3	95%	89%	99%
Akutbehandlung	14	4%	3	4%	1%	10%
Probatorische Sitzung	14	1%	1	1%	0%	2%
Zusammensetzung aller Terminvereinbarungen pro KV (2018)						
Sprechstunde	15	95%	3	95%	87%	98%
Akutbehandlung	15	4%	3	4%	1%	12%
Probatorische Sitzung	15	1%	1	1%	0%	2%
Zusammensetzung aller Anfragen aller KVen zusammen (2018)						
Sprechstunde	14	95%				
Akutbehandlung		4%				
Probatorische Sitzung		1%				
Zusammensetzung aller Terminvereinbarungen aller KVen zusammen (2018)						
Sprechstunde	15	95%				
Akutbehandlung		4%				
Probatorische Sitzung		1%				

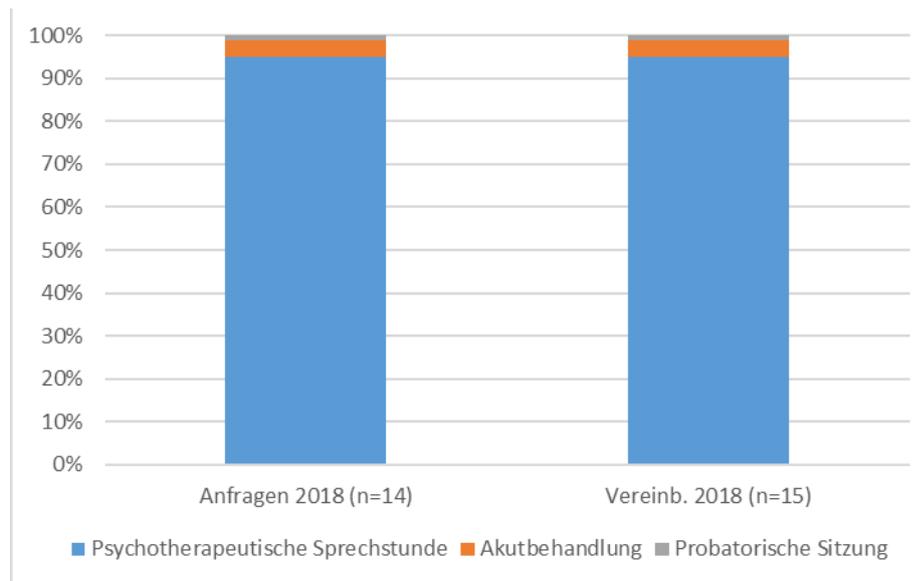


Abbildung 12: AP5 Zusammensetzung Vermittlungen aller KVen 2018

Arbeitspaket 6: Bürokratiekosten

Kurzfassung

Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

- Die Bürokratiekosten lagen über den in den „Tragenden Gründen“ [22] geschätzten Kosten. Es zeigte sich auch, dass Psychotherapeut*innen einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit für diese bürokratischen Aufwände verwenden müssen.

Stichprobe

Insgesamt 29 Psychotherapeut*innen wurden hinsichtlich ihrer Bürokratiekosten befragt. Details zu den Charakteristika der Teilnehmer*innen finden sich in Anhang 2.5, Tabelle 2.15, Anhang 3.5.1).

Im Vergleich zu den Nichtteilnehmer*innen waren die Teilnehmer*innen häufiger weiblichen Geschlechts, von Beruf Psycholog*innen, Erwachsenenpsychotherapeut*innen und auf tiefenpsychologische Psychotherapie spezialisiert. Details zu den (Nicht-)Teilnehmer*innen finden sich in Anhang 2.5, Tabelle 2.16.

Diese Stichprobe weicht vom ursprünglichen Arbeitsplan ab, demzufolge die Einschätzung der Bürokratieaufwände durch die in AP2 befragten Psychotherapeut*innen hätte erfolgen sollen (siehe Kapitel 4). Durch die neue Stichprobe war es möglich, präzise Angaben zu den Bürokratieaufwänden zu erhalten. Auch wenn die Präzision zur Aussagekraft der Ergebnisse beiträgt, ist die Repräsentativität der Stichprobe eingeschränkt.

Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

Ein Ziel der Reform war die Vereinfachung des Antragsverfahrens [11] und damit die Senkung der Bürokratieaufwände- und -kosten im Bereich der Psychotherapie. Die Ergebnisse des PT-REFORM Projekts zeigen allerdings, dass die Bürokratiekosten weiterhin hoch sind und

deutlich über den in den „Tragenden Gründen“ geschätzten Kosten liegen. So ergaben sich in PT-REFORM Bürokratiekosten in Höhe von 77 459 668 €, wohingegen sich die Schätzungen aus den „Tragenden Gründen“ [22] lediglich auf 36 201 705 € belaufen (Summe aller geschätzter zukünftiger netto Bürokratiekosten des G-BA). Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass die realen Bürokratiekosten nicht in allen Positionen über dem den geschätzten Bürokratiekosten liegen. Sowohl bei der Übermittlung der „Individuellen Patienteninformation“ als auch deren „Archivierung“ liegen geringere Kosten vor, als vom G-BA angenommen (Einsparungen von 63 % bei der „individuellen Patienteninformation“ bzw. 23 % bei der Archivierung). Deutlich höhere Bürokratiekosten hingegen liegen bei der „Angabe der Rezidivprophylaxe“ bei Langzeittherapieanträgen (+623 %) sowie bei der „Beantragung von Langzeittherapie“ (+383 %) vor. Eine detaillierte Auflistung der Kostendifferenzen finden sich in Tabelle 9.

Tabelle 9: Kostendifferenzen zwischen den Schätzwerten des G-BA und den ermittelten Kosten in PT-REFORM

	Differenz G-BA vs. PT-REFORM
Telefonische Erreichbarkeit und Sprechstunde – Mitteilung Erreichbarkeit an die KV	+ 191 448€ (+ 66%)
Individuelle Patienteninformation	- 5 836 430€ (- 63%)
Angabe Rezidivprophylaxe bei Antrag Langzeittherapie	+ 330 933€ (+ 623%)
Beantragung Kurzzeittherapie	+ 7 768 762€ (+ 54%)
Beantragung Langzeittherapie	+ 38 289 962€ (+ 383%)
Anzeigeverfahren Akutbehandlung	+ 691 790€ (+ 49%)
Archivierung individuelle Patienteninformation	- 178 502€ (- 23%)
Gesamtsumme	+ 41 257 963€ (+ 114%)

Eine Übersicht der Gesamtkosten findet sich in Anhang 2.5, Tabelle 2.17.

Die Unterschiede zwischen den geschätzten Kosten in den „Tragenden Gründen“ sowie den tatsächlichen Bürokratiekosten sind sowohl auf unterschiedliche Zeitaufwände als auch auf Abweichung in der Häufigkeit einzelner Bürokratieaufwände zurückzuführen. Weitere Details zu den Zeitaufwänden und Häufigkeiten finden sich in Anhang 2.5, Tabelle 2.18, Anhang 3.5.2. Die Angaben zu PT-REFORM entsprechen dem Median.

Die Untersuchung von Gruppenunterschieden zeigte, dass bei einer Differenzierung nach Praxisform die Bereiche „Beantragung Kurzzeittherapie“ und „Beantragung Langzeittherapie“ mit höheren Zeitkontingenten für Gemeinschaftspraxen und andere Praxisformen einhergehen. Auch für den Bereich „Individuelle Patienteninformation“ wird bei den Gemeinschaftspraxen und anderen Formen eine höhere mediane Zeit veranschlagt (Abbildung 13).

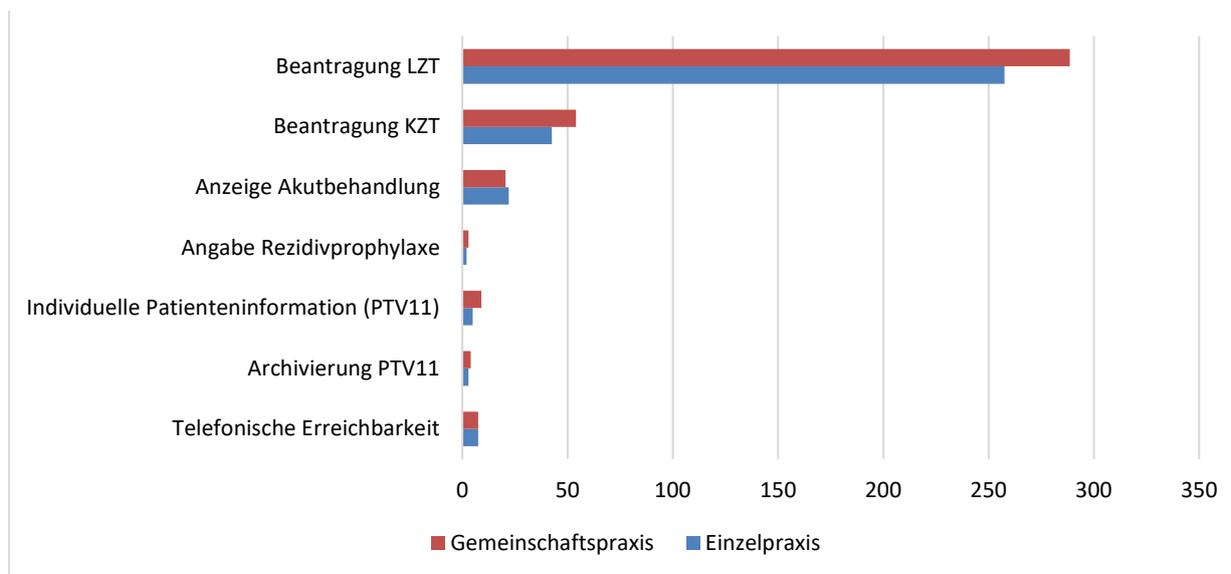


Abbildung 13: AP6 Bürokratieaufwände gruppiert nach Praxisform

Praxen, bei denen ein/e Mitarbeiter*in angestellt ist, berichteten mit Ausnahme der Bereiche „Telefonische Erreichbarkeit“ und „Beantragung Kurzzeittherapie“ deutlich höhere mediane Zeiten im Vergleich zu Praxen ohne Praxismitarbeiter*in (Abbildung 14).

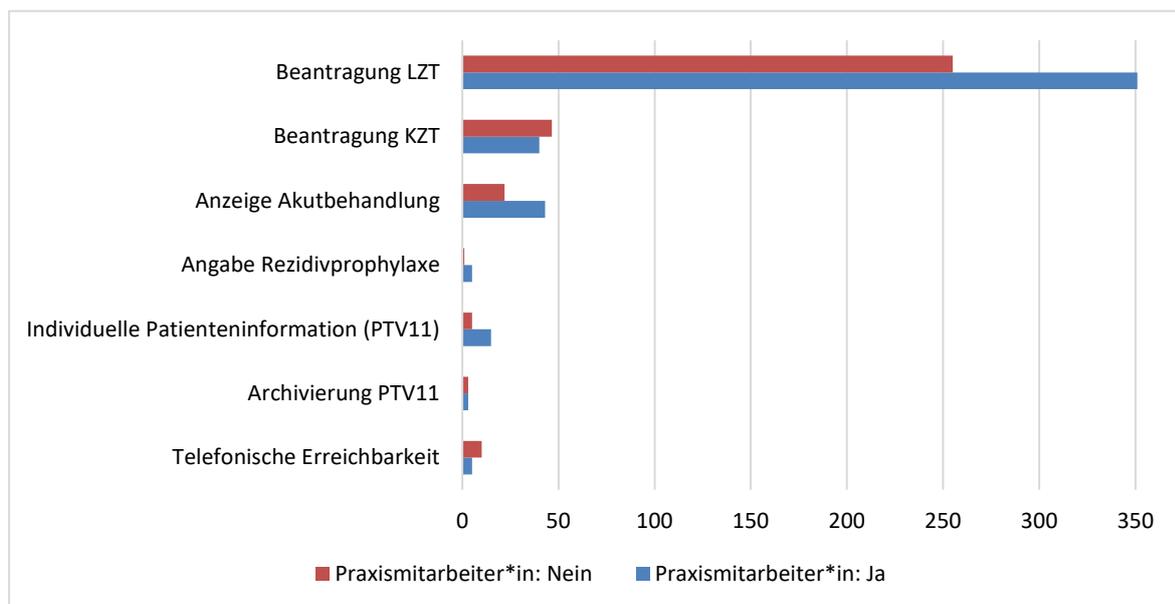


Abbildung 14: AP6 Bürokratieaufwände gruppiert nach Praxismitarbeiter*in

Weitere Charakteristika zur Untersuchung von Gruppenunterschieden finden sich im Anhang 1.6 (Tabelle 1.11-1.13). Aufgrund der Homogenität der Studienpopulation bzw. der ungleichen Stichprobengröße ist die Aussagekraft der stratifizierten Bürokratieaufwände jedoch eingeschränkt.

Eine Grafik zu kostentreibenden Bereichen findet sich in Abbildung 15.

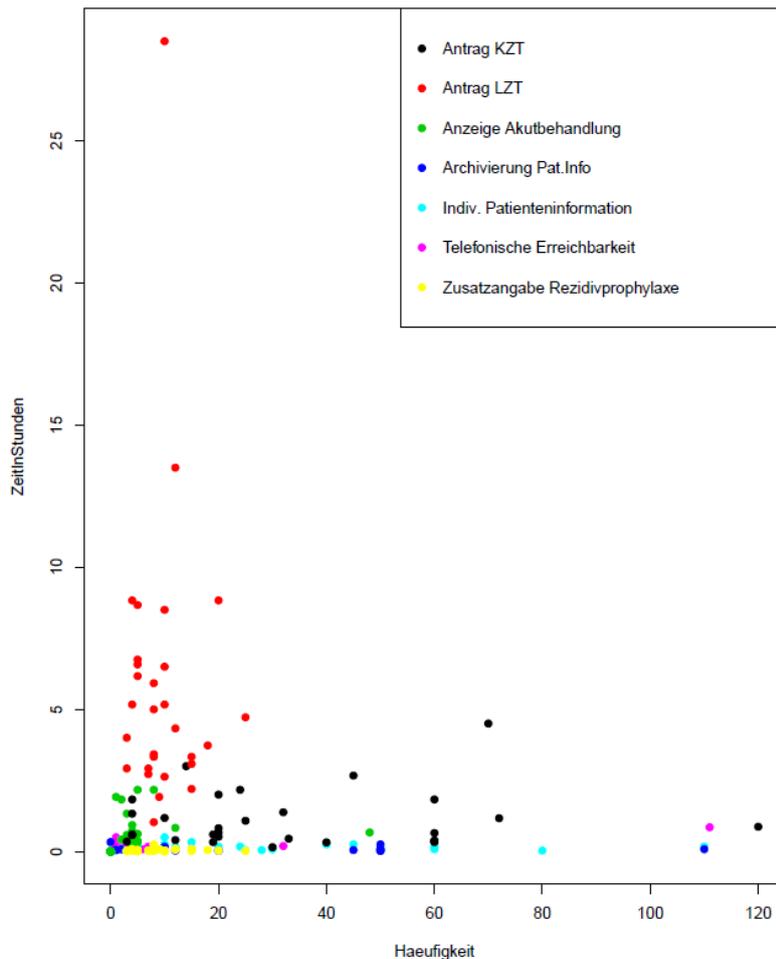


Abbildung 15: AP6 Übersicht kostentreibende Faktoren

Zusätzlich wurden die Psychotherapeut*innen gefragt, ob neben den Schätzwerten des G-BA weitere Bürokratieaufwände auftraten. Es wurden Bürokratieaufwände aus den Bereichen Praxisorganisation und Kommunikation genannt. Außerdem wurden die Psychotherapeut*innen zu Einsparpotentialen bzw. Verbesserungsvorschlägen befragt. Detailergebnisse finden sich in Anhang 3.5.3, 3.5.4).

Arbeitspaket 7: Integration der Ergebnisse und Praxistransfer

Kurzfassung

Priorisierte Handlungsempfehlungen waren die „Reform der Bedarfsplanung“, die „Vergütung von Koordinationsleistungen“ und die „Fusionierung der KZT1 und KZT2“.

Aus den Ergebnissen der Studie und der Abschlusskonferenz wurden 12 Handlungsempfehlungen formuliert. Diese richten sich an den G-BA, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), den GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), den Bewertungsausschuss, die Krankenkassen, die Landesausschüsse der Ärzt*innen und Krankenkassen, die Zulassungsausschüsse und den Gesetzgeber.

Drei Handlungsempfehlungen wurden priorisiert, die:

1. „Reform der Bedarfsplanung“
2. „Vergütung von Koordinationsleistungen“ und
3. „Fusionierung der KZT1 und KZT2“.

Eine Übersicht über die Handlungsempfehlungen, deren Hintergründe und Adressaten findet sich in Tabelle 10. Eine ausführliche Beschreibung der Empfehlungen sowie Vorschläge ohne Konsens finden sich im Anhang 1.7.

Tabelle 10: AP7 Handlungsempfehlungen Kurzversion

Adressaten: G-BA, Landes- und Zulassungsausschüsse	
Reform der Bedarfsplanung	
Gegenstand	§8, §9 der Bedarfsplanungs-Richtlinie
Grundlage	Studienergebnisse + Ergebnis der Abschlusskonferenz
Problemstellung	Unsere Studienergebnisse zeigen, dass die Wartezeiten durch die Reform nicht verkürzt werden konnten. Mit der aktuellen Anzahl an kassenärztlich niedergelassenen Psychotherapeut*innen entstehen für Patient*innen lange Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung.
Empfehlung	Wir empfehlen eine Reform der Bedarfsplanung, beispielsweise wie von der Bundespsychotherapeutenkammer gefordert [31] durch Modifikation der Verhältniszahlen, bei stärkerer Orientierung an der psychischen Morbidität in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung über die Zeit.
Adressat: G-BA	
Fusionierung von Kurzzeittherapie 1 und 2	
Gegenstand	§29 der Psychotherapie-Richtlinie
Grundlage	Studienergebnisse
Problemstellung	Die im Zuge der Reform eingeführte Aufteilung der KZT in zwei Bewilligungsschritte (2x12 Stunden) führte zu erhöhtem Bürokratieaufwand, damit einhergehend mehr Bürokratiekosten und weniger Zeit für Psychotherapie.
Empfehlung	Wir empfehlen, dass die Trennung der KZT 1 und KZT 2 aufgehoben wird.
Rezidivprophylaxe als Zusatzkontingent	
Gegenstand	§14 (2) der Psychotherapie-Richtlinie
Grundlage	Studienergebnisse
Problemstellung	Für die Rezidivprophylaxe stehen keine zusätzlichen Gesprächseinheiten zur Verfügung, diese sind jedoch notwendig bei Patient*innen, die einer Rückfallprophylaxe bedürfen.
Empfehlung	Wir empfehlen, die derzeitigen Einheiten für Rezidivprophylaxe zusätzlich zum bewilligten Stundenkontingent bereit zu stellen (z. B. 40 Stunden LZT plus maximal 8 Stunden Rezidivprophylaxe, 60 Stunden LZT plus maximal 16 Stunden Rezidivprophylaxe).

Tabelle 10: AP7 Handlungsempfehlungen Kurzversion (Fortsetzung)

Flexibilisierung der telefonischen Erreichbarkeit	
Gegenstand	§1 (8) der Psychotherapie-Richtlinie
Grundlage	Studienergebnisse + Ergebnis der Abschlusskonferenz
Problemstellung	Die fehlende Selbstbestimmung bei der Festlegung telefonischer Erreichbarkeitszeiten wirkt sich teilweise nachteilig für Patient*innen aus.
Empfehlung	Wir empfehlen, dass Psychotherapeut*innen ihre telefonischen Sprechzeiten unter Sicherstellung guter und transparenter Erreichbarkeit flexibel gestalten können.
Erlaubnis zur Durchführung von Kinder- und Jugendlichen-Gruppentherapie im Verhinderungsfall von Patient*innen	
Gegenstand	§21 (1) Satz 2 der Psychotherapie-Richtlinie
Grundlage	Ergebnis der Abschlusskonferenz
Problemstellung	Gemäß aktuell geltender Richtlinie kann im kurzfristigen Verhinderungsfall eines Gruppenmitglieds keine Gruppentherapie für zwei anwesende Kinder oder Jugendliche durchgeführt werden (aktuelle Voraussetzung zur Durchführung von Gruppentherapie ist die Anwesenheit von mindestens 3 Gruppenteilnehmer*innen).
Empfehlung	Wir empfehlen, dass die Durchführung von Gruppentherapie im kurzfristigen Verhinderungsfall einzelner Gruppenteilnehmer*innen auch mit zwei Patient*innen erlaubt ist.
Adressat: Bewertungsausschuss	
Vergütung von Koordinationsleistungen	
Gegenstand	neue EBM-Ziffer
Grundlage	Studienergebnisse + Ergebnis der Abschlusskonferenz
Problemstellung	Eine gute psychotherapeutische Versorgung erfordert in Einzelfällen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Behandler*innen. Dies betrifft auch Patient*innen, die nicht durch die neue Richtlinie zur Komplexbehandlung adressiert werden.
Empfehlung	Um notwendigen sektorenübergreifenden Behandlungsbedarf zu fördern, empfehlen wir die Einführung einer Abrechnungsziffer für telefonische Absprachen verschiedener fallbezogener Behandler*innen, unabhängig von der neuen Richtlinie zur Komplexbehandlung.

Tabelle 10: AP7 Handlungsempfehlungen Kurzversion (Fortsetzung)

Anpassung Vergütungsmaßstab bei der Therapiebeantragung	
Gegenstand	EBM Ziffer 35131 bzw. zukünftige Qualitätssicherungsmaßnahmen
Grundlage	Ergebnis der Abschlusskonferenz
Problemstellung	Unsere Studienergebnisse zeigen, dass der G-BA den Zeitaufwand für die Beantragung einer LZT realistisch eingeschätzt hat. Die derzeitige Vergütung des Berichts an den Gutachter (Tarif 50,30 €/h) entspricht jedoch nicht der Komplexität des Arbeitsaufwands.
Empfehlung	Wir empfehlen, dass die Vergütung des Berichts an den Gutachter bzw. künftiger Qualitätssicherungsmaßnahmen der Komplexität der Aufgabe entsprechend angehoben wird.
Adressat: Gesetzgeber	
Abschaffung der Verpflichtung zur Einholung eines Konsiliarberichts	
Gegenstand	SGB V §28 (3)
Grundlage	Studienergebnisse
Problemstellung	Unsere Studienergebnisse zeigen, dass das Einholen des Konsiliarberichts eine bürokratische Hürde mit wenig Mehrwert darstellt, die den Beginn einer Psychotherapie verzögert.
Empfehlung	Wir empfehlen, dass der Konsiliarbericht auf freiwilliger Basis eingeholt werden kann, jedoch keine notwendige Bedingung für den Beginn einer Psychotherapie darstellt.
Adressat: Gesetzliche Krankenkassen	
Einheitliche Umsetzung des Kostenerstattungsverfahrens	
Gegenstand	SGB V §13 (3)
Grundlage	Studienergebnisse
Problemstellung	Einzelne Krankenkassen gewähren mit dem Hinweis auf die Reform keine Kostenerstattung von Psychotherapien in Privatpraxen. Dies zeigte sich in unserer Studie im Rahmen der Interviews mit Psychotherapeut*innen.
Empfehlung	Wir empfehlen die Festlegung einheitlicher Kriterien für die Kostenerstattung von Psychotherapien bei approbierten Psychotherapeut*innen mit Fachkunde durch die gesetzlichen Krankenkassen. Jede Krankenkasse sollte die in der Kostenerstattung erbrachten Leistungen offenlegen.

Tabelle 10: AP7 Handlungsempfehlungen Kurzversion (Fortsetzung)

Adressat: KBV, GKV-Spitzenverband	
Adressatengerechte Formulierung der Formblätter für die Beantragung von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	
Gegenstand	Anlage 1 der Psychotherapievereinbarung
Grundlage	Ergebnis der Abschlusskonferenz
Problemstellung	Jugendliche bzw. Eltern oder Sorgeberechtigte von Kindern, die eine Psychotherapie beantragen möchten, werden in aktuellen Versionen der Formblätter (PTV1, PTV10, PTV11) nicht berücksichtigt.
Empfehlung	Wir empfehlen, dass die Formulierungen der Formblätter PTV1 und PTV11 für die Beantragung von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie angepasst werden (z. B. Anrede „für mein Kind“ oder „Du“). Zusätzlich sollte eine kindgerechte Version des Aufklärungsbogens über Psychotherapie (PTV10) entwickelt werden.
Adressierung der Kostenzusage an den/die Psychotherapeut*in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	
Gegenstand	Anlage 1 der Psychotherapievereinbarung
Grundlage	Ergebnis der Abschlusskonferenz
Problemstellung	Bislang muss die Kostenzusage einer Psychotherapie bei einsichts- und urteilsfähigen Jugendlichen an das Elternhaus adressiert werden, auch wenn eine Einbindung des Elternhauses für die Therapiebeantragung nicht notwendig und mitunter nicht beabsichtigt ist.
Empfehlung	Wir empfehlen, dass die Kostenzusage bei einsichts- und urteilsfähigen Jugendlichen an den/die behandelnde/n Psychotherapeut*in versendet werden kann, sofern dies von dem/der jugendliche/n Patient*in gewünscht und aus therapeutischer Sicht sinnvoll ist. Auf dem PTV1 sollte ein entsprechender Vermerk optional zur Verfügung stehen (z. B. Ankreuzfeld zur Adressierung der Kostenzusage an den/die Psychotherapeut*in).
Telefonziffer über pandemische Lage hinaus ermöglichen	
Gegenstand	EBM Ziffer 01433
Grundlage	Ergebnis der Abschlusskonferenz
Problemstellung	Die im Rahmen der Corona-Pandemie eingeführte Telefonziffer EBM 01433 ist auf die pandemische Lage (aktuell bis 31.03.2022) beschränkt.
Empfehlung	Um Patient*innen mit besonderen Einschränkungen (z. B. immobile oder technisch nicht ausreichend für Videobehandlungen versierte/ausgestattete Patient*innen) auch nach der pandemischen Lage übergangsweise telefonische Gespräche anbieten zu können, sollte die EBM-Ziffer 01433 entfristet werden.

EBM=Einheitlicher Bewertungsmaßstab, KBV=Kassenärztliche Bundesvereinigung, KZT=Kurzzeittherapie, LZT=Langzeittherapie, GKV-Spitzenverband=Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PTV=Formular in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, SGB V=Sozialgesetzbuch V

7. Diskussion der Projektergebnisse

Der Diskussion der Ergebnisse der einzelnen APs soll eine arbeitspaketübergreifende Anmerkung vorangestellt werden: Der Fokus auf nachteilige Folgen der Reform ergibt sich aus den zum Teil problemorientierten Fragestellungen (z.B. Hürden der Psychotherapeutischen Sprechstunde, bestehende Zugangs- und Versorgungsprobleme, Hürden der Gruppentherapie), die vom G-BA im Förderschwerpunkt vorgegeben wurden. In den Interviews wurden auch positive Aspekte genannt, hinsichtlich der Psychotherapeutischen Sprechstunde beispielsweise die Triagierungsmöglichkeit und der niederschwellige Zugang.

Die Hypothese, dass sich die *Wartezeit auf ein Erstgespräch* durch die Reform verkürzt hat, konnte nicht angenommen werden: Sowohl deskriptiv und als auch im stratifizierten log Rank Test zeigte sich kein Unterschied zwischen der Wartezeit auf ein Erstgespräch vor und nach der Reform [17, 18]. Die Hypothese, dass sich die *Wartezeit auf den Behandlungsbeginn* nicht reduziert hat, wurde zum Teil bestätigt. Unterscheidet man den Behandlungsbeginn nicht nach Behandlungsform (Richtlinientherapie oder Akutbehandlung), bestand nach der Reform sogar eine längere Wartezeit [17, 18]. Unterscheidet man zwischen Richtlinientherapie und Akutbehandlung, zeigte sich nach der Reform für die Akutbehandlung eine kürzere Wartezeit als für die Richtlinientherapie vor der Reform [17], was jedoch aufgrund der unterschiedlichen bürokratischen Anforderungen nicht direkt vergleichbar ist. Stärken und Limitationen des **AP 1** wurden bereits diskutiert [16-18].

Bei der Datenerhebung via Interviews in den **APs 2-4** besteht die Möglichkeit des Interviewerbias. Als Gegenmaßnahme wurden die Interviewerinnen vorab entsprechend geschult. Die Auswertung der Daten erfolgte standardisiert unter Entwicklung eines Codebaums, der mehrmals nach Konsentierung überarbeitet wurde (siehe auch [26]). Da die Interviewpartner*innen (AP 2 und 4) retrospektiv von ihren Erfahrungen berichteten, besteht hier weiterhin die Möglichkeit eines Erinnerungsbias. Dieser könnte beispielsweise eine vermehrte Erinnerung an negativ konnotierte Erlebnisse beinhalten.

Stärken und Limitationen hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe des **AP 2** wurden bereits veröffentlicht [26]. In der Nichtteilnehmeranalyse zeichnete sich ab, dass in der Stichprobe männliche Psychotherapeuten, ärztliche Psychotherapeut*innen sowie tiefenpsychologisch und/oder psychoanalytisch tätige Psychotherapeut*innen unterrepräsentiert waren.

Im **AP 3** wurde der Einschluss einer möglichst heterogenen Gruppe an Patient*innen angestrebt, um verschiedene Hintergründe der Suche abbilden zu können. Die Nichtteilnehmer*innen waren etwas älter (MW Nichtteilnehmer*innen 46 Jahre versus MW Teilnehmer*innen 40 Jahre) und wollten u. a. aufgrund fehlender Sprachkenntnisse nicht an der Studie teilnehmen. Die Erfassung des Alters und Geschlechts sowie Ablehnungsgründe der Nicht-Teilnehmer*innen war nur für die Patient*innen möglich, die in der Psychiatrie und der Chest Pain Unit der Universitätsmedizin Mainz eingeschlossen wurden. Da die Interviews unabhängig vom Sucherfolg geführt wurden und da nur eine Person an zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t2) „lost to follow up“ war, bestand keine Selektion von Personen mit erfolgreicher Suche an t2. Per Ausschlusskriterium hatte kein*e Patient*in bereits Vorerfahrung mit der Suche nach einer Psychotherapie im Zeitraum seit Inkrafttreten der Reform. Dies wurde auch mit der Änderung der Ein- bzw. Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 5) sichergestellt. Bei der Interpretation der Fragebogendaten gibt es Limitationen. Es wurde erfragt, ob bereits ein Erstgespräch vereinbart bzw. einen Therapieplatz gefunden wurde oder einen Platz auf einer Warteliste bestand. Nach Abgleich der Angaben der Fragebögen mit den Interviews zeigte sich, dass erhebliche Unklarheiten seitens der Patient*innen bestanden, ob es sich bei Gesprächen mit Psychotherapeut*innen um einen verbindlichen Therapieplatz handelte oder ob lediglich ein Erstgespräch stattfand. Die Ergebnisse hinsichtlich des Sucherfolgs sind also mit Vorsicht zu interpretieren, da sie lediglich auf Selbstangaben beruhen und keine Überprüfung bei den jeweiligen Psychotherapeut*innen stattfand.

Weiterhin erfolgte die Einschätzung des generellen Funktionsniveaus der Patient*innen anhand der GAF-Skala [29] auf Grundlage des Interviews, ohne ein zusätzliches ausführliches Gespräch. Eine Interviewerin hatte zudem keine psychologische Ausbildung. Auch die kategorisierten „Beschwerden“ beruhten auf Selbstangaben der Symptomatik und nicht auf Patientenakten o. ä. Datenquellen.

Auch wenn die im **AP 4** mit n=23 erreichte Teilnehmerzahl gering erscheint, kann eine theoretischen Sättigung angenommen werden. Es ist also davon auszugehen, dass mit der vorliegenden Stichprobe die wesentlichen Aspekte der Weitervermittlung von Patient*innen mit Indikation für ambulante Psychotherapie erfasst wurden. Bei einem erheblichen Teil der kontaktierten Ärzt*innen (n=60, 34%) konnte kein Grund für die Nichtteilnahme ermittelt werden, da keine Rückmeldung durch die Ärzt*innen erfolgte und Kontaktaufnahmen durch die Studienmitarbeiterinnen erfolglos blieben. Weitere Diskussionspunkte u.a. zur Repräsentativität der Stichprobe finden sich in Anhang 3.3.1.

In **AP 5** nahmen alle 17 KVen teil. Dies stellt eine besondere Stärke der Datenerhebung hinsichtlich der externen Validität dar. Es sollte jedoch beachtet werden, dass erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen KVen bestanden. Auch wenn alle KVen an der Studie teilnahmen, lagen nicht für alle Variablen Daten von allen KVen vor (jedoch immer Daten von mindestens 14 KVen). Die KVen berichteten, erst im Laufe des Jahres 2018 mit der Vermittlung probatorischer Sitzungen begonnen zu haben, daher sind die Daten zu diesem Vermittlungsanliegen zum Teil nicht vorhanden, bilden nicht das ganze Jahr 2018 ab oder bilden – je nach Beginn der Vermittlung probatorischer Sitzungen – unterschiedliche Zeiträume bei verschiedenen KVen ab. Weitere Diskussionspunkte finden sich in Anhang 3.4.1).

Im **AP 6** wurden aufgrund von mangelnder interner Validität Änderungen zum Studienprotokoll vorgenommen (siehe Kapitel 4). Die erneute Stichprobenziehung hatte Auswirkungen auf die externe Validität der Ergebnisse, da die Stichprobe mit n=29 klein und wenig heterogen war. Die Ergebnisse sind also nicht repräsentativ für alle niedergelassenen Psychotherapeut*innen in Deutschland. Es ist dahingehend von einem Selektionsbias auszugehen, dass jene Psychotherapeut*innen ohne Interesse an wissenschaftlichen Studien oder mit besonders hoher zeitlicher Belastung unterrepräsentiert sind. Die Nichtteilnehmeranalyse lässt vermuten, dass Männer, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, tiefenpsychologisch und analytisch tätige Psychotherapeut*innen sowie im ländlichen Raum lokalisierte Psychotherapeut*innen unterrepräsentiert waren, wohingegen psychologische Psychotherapeut*innen aus städtischen Gebieten überrepräsentiert waren. Die erhobenen Daten zu Bürokratieaufwänden waren subjektive Einschätzungen der teilnehmenden Psychotherapeut*innen. Um den pandemiebedingten Einfluss auf die Ergebnisse gering zu halten, wurde nach den Bürokratieaufwänden „in einem gewöhnlichen Jahr“ gefragt. Da diese Einschätzungen vermutlich auf den bisherigen Erfahrungen der Psychotherapeut*innen basierten, besteht hier (wie gewöhnlicher Weise in retrospektiven Erhebungen) das Potential eines Erinnerungsbias. Die Grundlage für die Berechnungen des G-BA und auch der Studienauswertungen sind Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2014 [22]. Diese Daten wurden herangezogen, um eine Vergleichbarkeit mit den Daten in den „Tragenden Gründen“ [22] zu gewährleisten, auch wenn die Anzahl der vertragsärztlich tätigen Psychotherapeut*innen zu diesem Zeitpunkt geringer war als 2021 (2014: 28.631 [22] vs. 31.12.2021: 37.481⁵[32]).

⁵ Dies entspricht der Summe von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut*innen. Aus den „Tragenden Gründen“ [22] ist nicht ersichtlich, ob bei der für 2014 berichteten Zahl sowohl psychologische als auch ärztliche Psychotherapeut*innen berücksichtigt wurden.

Hinsichtlich der in **AP 7** formulierten Handlungsempfehlungen ist eine Stärke, dass verschiedene Vertreter*innen der kassenärztlichen Versorgung die Möglichkeit hatten, ihre Interessen einzubringen. In mehreren Überarbeitungsrunden hatten alle Konferenzteilnehmer*innen die Möglichkeit, die Handlungsempfehlungen zu kommentieren und zu priorisieren. Anders als ursprünglich geplant, entschieden wir uns für einen mehrstufigen Diskussions- und Reflektionsprozess und gegen eine formale Konsensuskonferenz.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die im Rahmen dieses Projekts durchgeführte Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform von 2017 ergab vereinzelt Verbesserungen hinsichtlich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (z. B. durch die Einführung der Akutbehandlung oder die Vermittlung von Leistungen durch die TSS), insgesamt bleibt die Versorgungslage jedoch auch nach der Reform angespannt (z. B. keine Verkürzung der Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz, belastende Therapieplatzsuche, bestehende Kapazitätsprobleme bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen).

Übergeordnetes Ziel des Projekts war die langfristige Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in Deutschland. Anhand der Projektergebnisse sowie der hieraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen können gezielt Maßnahmen ergriffen werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zur einer Verkürzung der Wartezeiten sowie einer Entlastung der verschiedenen Akteure des Versorgungssystems führen. Adressaten der Handlungsempfehlungen sind: G-BA, KBV, Bewertungsausschuss, Krankenkassen, Landes- und Zulassungsausschüsse, Landes- und Bundespsychotherapeutenkammer sowie Schulsozialarbeiter*innen und Schulseelsorger*innen.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Erfolgte Veröffentlichungen:

Singer, S., Maier, L., Paserat, A., Lang, K., Wirp, B., Kobes, J., Porsch, U., Mittag, M., Toenges, G., & Engesser, D. (2022). Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturereform. *Psychotherapeut*, 67, 176-184.
<https://doi.org/10.1007/s00278-021-00551-0>

Maier, L., Engesser, D., Petermann-Meyer, A., Paul, R., Reuter, K., & Singer, S. (2022). "Es hat so einen etwas bitteren Beigeschmack" Die Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens aus Sicht von Psychotherapeut*innen in der ambulanten Versorgung. *Psychother Psychosom Med Psychol*. <https://doi.org/10.1055/a-1850-1886>

Engesser, D., Maier, L., Mittag, M., Lang, K., Nagel-Brotzler, A., Wirp, B., Kobes, J., & Singer, S. (2022). Zustandekommen von ambulanter Psychotherapie vor und nach der Psychotherapiestrukturereform von 2017. *Gesundheitswesen* 2022; 84: 1–7.
<https://doi.org/10.1055/a-1955-9811>

Akronym: PT-REFORM

Förderkennzeichen: 01VSF19003

Singer, S., Engesser, D., Wirp, B., Lang, K., Paserat, A., Kobes, J., Porsch, U., Mittag, M., Taylor, K., Gianicolo, E., & Maier, L. (2022). Effects of a statutory reform on waiting times for outpatient psychotherapy. A multi-centre cohort study. *Couns Psychother Res 2022; (22): 982-997.*

Pantle, V., Maier, L., Schmalbach, I., Engesser, D., Lieb, K., Petrowski, K., & Singer, S. (2023). „Die passende Chemie wäre entscheidend...wenn man denn eine Wahl hätte“ - Behandlungspräferenzen von Patient:innen vor und nach der Suche nach einer ambulanten Psychotherapie Belastung(sgrenze)en für Psychotherapeut_innen. *Die Psychotherapie, 68, 311-318* <https://doi.org/10.1007/s00278-023-00656-8>

Maier, L., Engesser, D., Paul, R., Reuter, K., Petermann-Meyer, A., & Singer, S. (2023). Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturreform: Umsetzung, Nutzen und Auswirkung auf die psychotherapeutische Versorgungspraxis aus Sicht niedergelassener Psychotherapeut:innen. *Psychiatr. Praxis.* <https://doi.org/10.1055/a-2112-3549>.

Engesser, D., Maier, L., Schepers, M. & Singer, S. (2023). Vermittlung der Terminservicestellen Psychotherapie im Jahr 2019 - Eine Auswertung differenziert nach Vermittlungsanliegen. *Bundesgesundheitsbl.* <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03756-7>

Eingereichte Veröffentlichungen:

Engesser, D., Maier, L., Kemmerer, P. & Singer, S. (2022). Belastung(sgrenze)en für Psychotherapeut_innen. Ein Blick in die Praxis nach der Psychotherapie-Strukturreform. *KONTEXT.*

Kemmerer, P., Maier, L., Singer, S., Reuter, K., Engesser, D. (2023). „Das sind alles schon Neuerungen gewesen, die das spürbar erleichtert haben.“ - Angebot von ambulanter Gruppenpsychotherapie nach der Psychotherapiestrukturreform. Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik.*

Maier, L., Büttner, M., Engesser, D., Singer, S. (2023). Bürokratiekosten in der ambulanten Psychotherapie: Eine empirische Prüfung nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. *Dtsch. Ärztebl.*

Engesser, D., Singer, S., Kemmerer, P., Maier, L. (2023). Concepts of involvement psychotherapeutic care in different medical specialties. An explorative qualitative analysis. *International Journal of Mental Health Systems.*

Geplante Veröffentlichungen

Zu folgenden Themen sind weitere Veröffentlichungen geplant:

- Wie könnte die psychotherapeutische Versorgung verbessert werden? - Ideen verschiedener Akteure

10. Literaturverzeichnis

- [1] Jacobi F, Hofler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23(3): 304-19.
- [2] Robert Koch-Institut. PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND. Erkennen - Bewerten - Handeln Schwerpunktbericht Teil 1 - Erwachsene Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut; 2021 [Stand 23.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile.
- [3] Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018; 3(3): 37-45.
- [4] Koelen, J.A., et al., Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 204(1): 12-9.
- [5] Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011; 199(1): 15-22.
- [6] Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Keller W, Fiedler G, Bahrke U, Kallenbach L. et al. Psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten bei randomisierter oder präferierter Zuweisung. *Psyche* 2019; 73(2): 77-105.
- [7] Shedler J. Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2011; 56(3): 265-277.
- [8] Epping J, de Zwaan M, Geyer S. [Healthier after Psychotherapy? Analysis of Claims Data (Lower Saxony, Germany) on Sickness Absence Duration before and after Outpatient Psychotherapy]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2018; 68(8): 337-345.
- [9] Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E. Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 2011; 56: 51-60.
- [10] Albani C, Blaser G, Rusch B-D, Brähler E. Einstellungen zu Psychotherapie Repräsentative Befragung in Deutschland. *Psychotherapeut* 2013; 58: 466-473.
- [11] Bundesregierung. Drucksache 18/4095 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Berlin: Bundesregierung; 2015. S. 99-100. [Stand 24.11.2022]. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/040/1804095.pdf>.
- [12] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss; 2020. [Stand 24.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf.

- [13] Bundespsychotherapeutenkammer. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer; 2018 [Stand 23.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf.
- [14] Rabe-Menssen C, Ruh M, Dazer A. Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten. Psychotherapie Aktuell 2019; 1.2019: 25-34.
- [15] Rabe-Menssen C, Hentschel G, Ruh M. Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage – Ist-Zustand vor der Richtlinien-Reform: Erhebliche regionale Unterschiede in der Wartezeit auf Psychotherapie. Psychotherapie Aktuell 2017; 4.2017: 14-23.
- [16] Engesser D, Maier L, Mittag M, Lang K, Nagel-Brotzler A, Wirp B et al. Zustandekommen von ambulanter Psychotherapie vor und nach der Psychotherapiestrukturereform von 2017 – Daten aus Praxen mit und ohne psychoonkologischem Schwerpunkt. Gesundheitswesen 2022; (84): 1-7.
- [17] Singer S, Maier L, Paserat A, Lang K, Wirp B, Kobes J et al. Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturereform. Psychotherapeut 2022; 67: 176-184.
- [18] Singer S, Engesser D, Wirp B, Lang K, Paserat A, Kobes J et al. Effects of a statutory reform on waiting times for outpatient psychotherapy: A multicentre cohort study. Couns Psychother Res 2022; (22): 982-997.
- [19] Bundespsychotherapeutenkammer. BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer; 2011 [Stand 24.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf.
- [20] Gemeinsamer Bundesausschuss. Evaluation der Regelung zur Veränderung der Gruppengröße gemäß § 42 Absatz 3 der Psychotherapie-Richtlinie. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss; 2021. [Stand 24.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5104/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturereform-amb-PT_konsolidiert_Evaluation.pdf.
- [21] Bridler R, Orosz A, Cattapan K, Stassen H H. In need of psychiatric help--leave a message after the beep. Psychopathology 2013; 46(3): 201-5.
- [22] Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Struktureform der ambulanten Psychotherapie vom 16. Juni 2016. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss; 2016 [Stand 23.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Struktureform-amb-PT_TrG.pdf.
- [23] StataCorp. 2017. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC.
- [24] Mühlfeld C, Windolf P, Lampert N, Krueger H. Auswertungsprobleme offener Interviews. Soziale Welt 1981; 32(3): 325-352.
- [25] VERBI Software. MAXQDA 2022. Berlin: VERBI Software, 2021.
- [26] Maier L, Engesser D, Petermann-Meyer A, Paul R, Reuter K, Singer S. ["It's Left a Bitter Taste" Psychotherapists' Perspectives on the Abolition of the German Assessment Procedure for Outpatient Psychotherapy]. Psychother Psychosom Med Psychol 2022; doi: 10.1055/a-1850-1886

- [27] Statistisches Bundesamt. Mehr Zeit für Behandlung Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2015 [Stand: 03.08.2022]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Publikationen/Downloads-Buerokratiekosten/zeit-fuer-behandlung.pdf?__blob=publicationFile.
- [28] R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing; Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.
- [29] American Psychiatric Association. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe; 1996
- [30] Pantle V, Maier L, Schmalbach I, Engesser D, Lieb K, Wiegand, HF. „Die passende Chemie wäre entscheidend...wenn man denn eine Wahl hätte“ – eine qualitative Studie zu Präferenzen von Therapiesuchenden einer ambulanten Psychotherapie. Die Psychotherapie 2023 [im Druck]
- [31] Gemeinsamer Bundesausschuss. Zusammenfassende Dokumentation / Abschlussbericht Unterausschuss Bedarfsplanung (UA BPL) Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Morbiditätsfaktor. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss; 2021. [Stand 23.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7689/2021-07-15_BPL-RL_Morbiditaetsfaktor_ZD.pdf.
- [32] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister - Stand 31.12.2021. Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2021. [Stand 23.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/2021-12-31_BAR_Statistik.pdf.

11. Anhang

Anhang 1.1: Reformelemente

Anhang 1.2: Arbeitspaket 1

Anhang 1.3: Arbeitspaket 2

Anhang 1.4: Arbeitspaket 3

Anhang 1.5: Arbeitspaket 4

Anhang 1.6: Arbeitspaket 6

Anhang 1.7: Arbeitspaket 7

Anhang 2.1: Arbeitspaket 2

Anhang 2.2: Arbeitspaket 3

Anhang 2.3: Arbeitspaket 4

Anhang 2.4: Arbeitspaket 5

Anhang 2.5: Arbeitspaket 6

Anhang 3.1: Arbeitspaket 2

3.1.1: Welche Hürden gibt es bei der Implementierung der Sprechstunde?

3.1.2: Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?

3.1.3: Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

3.1.4: Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

Anhang 3.2: Arbeitspaket 3

3.2.1: Stichprobe

3.2.2: Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

Anhang 3.3: Arbeitspaket 4

3.3.1: Diskussion

Anhang 3.4: Arbeitspaket 5

3.4.1: Diskussion

Anhang 3.5: Arbeitspaket 6

3.5.1: Stichprobe

3.5.2: Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

3.5.3: Weitere Bürokratieaufwände

3.5.4: Vorschläge zur Senkung von Bürokratieaufwänden

12. Anlagen

Anlage 1: Arbeitspaket 1

Datenextraktionsbogen Praxisinhaber*innen

Datenextraktionsbogen Anfragende vor Reform

Datenextraktionsbogen Anfragende nach Reform

Anlage 2: Arbeitspaket 2

Rückmeldebogen Psychotherapeut*innen

Fragebogen Psychotherapeut*innen

Interviewleitfaden Psychotherapeut*innen

Anlage 3: Arbeitspaket 3

- Rückmeldebogen Patient*innen
- Erfassung Nichtteilnehmer*innen
- Fragebogen Patient*innen t1
- Fragebogen Eltern t1
- Fragebogen Patient*innen t2
- Fragebogen Eltern t2
- Fragebogen Patient*innen Befragung nur an t2
- Fragebogen Eltern Befragung nur an t2
- Interviewleitfaden Patient*innen t1
- Interviewleitfaden Patient*innen t1 bei Erwartung keiner Suche
- Interviewleitfaden Patient*innen t2
- Interviewleitfaden Patient*innen t2 bei nicht erfolgter Suche
- Interviewleitfaden Patient*innen Befragung nur an t2

Anlage 4: Arbeitspaket 4

- Rückmeldebogen Zuweiser*innen (Interviewteilnahme und Patienteneinschluss)
- Rückmeldebogen Zuweiser*innen (nur Interviewteilnahme)
- Rückmeldebogen Kassenärztliche Vereinigungen
- Datenblatt Zuweiser*innen
- Interviewleitfaden Zuweiser*innen
- Interviewleitfaden Kassenärztliche Vereinigungen

Anlage 5: Arbeitspaket 5

- Fragebogen Kassenärztliche Vereinigungen

Anlage 6: Arbeitspaket 6

- Fragebogen Nachziehung Psychotherapeut*innen (nach [26])

Anhang 1

Anhang 1.1: Reformelemente	4
Anhang 1.2: Arbeitspaket 1	5
Anhang 1.3: Arbeitspaket 2	15
Anhang 1.4: Arbeitspaket 3	18
Anhang 1.5: Arbeitspaket 4	20
Anhang 1.6: Arbeitspaket 6	22
Anhang 1.7: Arbeitspaket 7	28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie"	28
Abbildung 1.2: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Kinder und Jugend" (1)	29
Abbildung 1.3: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Kinder und Jugend" (2)	30
Abbildung 1.4: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Kinder und Jugend" (3)	31
Abbildung 1.5: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Bürokratieaufwände"	33
Abbildung 1.6: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Patientenstimmrecht im G-BA" (1).....	35
Abbildung 1.7: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Patientenstimmrecht im G-BA" (2).....	36
Abbildung 1.8: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Patientenstimmrecht im G-BA" (3).....	37
Abbildung 1.9: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Zugang zur Versorgung" (1)	38
Abbildung 1.10: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Zugang zur Versorgung" (2)	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: AP1 Charakteristika datenliefernder Praxen	5
Tabelle 1.2: AP1 Soziodemografische Merkmale und Diagnosen (n=1548)	6
Tabelle 1.3: AP1 Vergleich Sensitivitätsanalysen Hauptanalyse	8
Tabelle 1.4: AP1 Unterschiede Praxen Zustandekommen einer Behandlung	9
Tabelle 1.5: AP1 Zustandekommen einer Behandlung nach Patientencharakteristika	10
Tabelle 1.6: AP2 Vergleich (Nicht-)Teilnehmer*innen	15
Tabelle 1.7: AP2 weitere Charakteristika Teilnehmer*innen	16
Tabelle 1.8: AP3 Begleitfragebogen t1	18
Tabelle 1.9: AP3 Begleitfragebogen t2	18
Tabelle 1.10: AP4 Kategorien der qualitativen Auswertung Mitarbeiter*innen Kassenärztliche Vereinigungen	20
Tabelle 1.11: AP6 Bürokratieaufwände (Zeit in Minuten) stratifiziert nach Praxisform und Kassensitz	22
Tabelle 1.12: AP6 Bürokratieaufwände (Zeit in Minuten) stratifiziert nach Therapieverfahren und Patientenstunden pro Woche	23
Tabelle 1.13: AP6 Bürokratieaufwände (Zeit in Minuten) stratifiziert nach Praxismitarbeiter*in und Durchführung Gruppentherapie	25

Anhang 1.1: Reformelemente

Die nachfolgenden Regelungen sind der Psychotherapie-Richtlinie [12] entnommen; Zeitangaben gelten für Psychotherapeut*innen mit vollem Versorgungsauftrag.

Telefonische Erreichbarkeit

Psychotherapeut*innen wurden verpflichtet, 200 min pro Woche telefonisch erreichbar zu sein und diese Erreichbarkeitszeiten an die KV zu melden. Mindesteinheit sind 25 min.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Seit April 2017 müssen alle Therapeut*innen 100 min pro Woche Psychotherapeutische Sprechstunde anbieten. Diese dient der diagnostischen Abklärung und soll ermöglichen, zeitnah festzustellen, ob ein/e Patient*in eine ambulante Psychotherapie oder eine andere Behandlungsform benötigt.

Akutbehandlung

Vor der Reform gab es zwei Therapieformen (KZTen und LZTen), die beantragt werden mussten. Die Akutbehandlung ist eine mit der Reform neu eingeführte Behandlungsform mit 12 Therapieeinheiten (50 min). Diese muss nicht beantragt, sondern nur angezeigt werden und bietet somit die Möglichkeit eines schnellen Behandlungsbeginns.

Rezidivprophylaxe

Die Rezidivprophylaxe bietet die Möglichkeit, einem/r Patient*in auch nach formaler Beendigung einer LZT Behandlungsstunden zu gewähren. Hierfür werden Stunden aus dem beantragten Therapiekontingent „aufgespart“. Dies hat vor allem Auswirkungen auf Abrechnung und Beantragung einer neuen Therapie.

Gruppentherapie

Seit der Reform ist eine flexiblere Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie möglich. Zudem wurde zum 1.7.2017 die Vergütung unter Berücksichtigung der Gruppengröße neu geregelt.

Antragsverfahren für Kurz- und Langzeittherapien

Die Reform hat das Antragsverfahren neu geregelt. So muss bei einem Antrag auf KZT kein Bericht an den Gutachter mehr verfasst werden. Dafür wurde ein zweiter Bewilligungsschritt nach 12 Stunden Psychotherapie eingeführt (d.h. nach 12 Stunden muss ein neuer Psychotherapieantrag gestellt werden; insgesamt können 24 Stunden KZT beantragt werden). Bei der LZT kann beim ersten Fortführungsantrag einer Psychotherapie bereits das maximale Stundenkontingent beantragt werden. Ein Bericht an den Gutachter ist hierfür nur nach Ermessen der Krankenkasse nötig.

Anhang 1.2: Arbeitspaket 1

Tabelle 1.1: AP1 Charakteristika datenliefernder Praxen

		N	%
Geschlecht	männlich	2	22%
	weiblich	7	78%
Alter (MW, SD, Min., Max.)	MW 59 Jahre, SD 7 Jahre, Min. 51 Jahre, Max. 74 Jahre	8	
Praxisform	Einzelpraxis	7	78%
	Gemeinschaftspraxis	0	0%
	andere Praxisform (z. B. Ausbildungsambulanz)	2	22%
Kassensitz vor der Reform	kein Kassensitz	1	11%
	halber Kassensitz	3	33%
	voller Kassensitz	5	56%
Kassensitz nach der Reform	kein Kassensitz	1	11%
	halber Kassensitz	4	44,5%
	voller Kassensitz	4	44,5%
Beruf (Mehr als ein Beruf pro Praxisinhaber*in möglich)	Ärzt*in	4	
	Psycholog*in	6	
	Anderer (z. B. Pädagogik, Sozialpädagogik)	1	
Abrechnungsgenehmigung	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	2	22%
	Verhaltenstherapie	5	56%
	Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	2	22%
Altersschwerpunkt	Kinder und Jugendliche	0	0%
	Erwachsene	7	78%
	beide Gruppen	2	22%
Ergänzungsqualifikation	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	2	22%
Psychoonkologischer Schwerpunkt	ja	7	78%
Kreistyp	Typ 1	7	78%
	Typ 2	0	0%
	Typ 3	1	11%
	Typ 4	1	11%
Anzahl Therapiestunden vor Reform (MW, SD, Min., Max.)	MW 30h, SD 25h, Min. 8h, Max. 92h	9	

Tabelle 1.1: AP1 Charakteristika datenliefernder Praxen (Fortsetzung)

		N	%
Anzahl Arbeitsstunden nach Reform (MW, SD, Min., Max.)	MW 31h, SD 26h, Min. 12h, Max. 92h	8	
Angebot probatorische Sitzung nur bei freiem Therapieplatz vor Reform	ja	5	55%
	nein	4	44%
Dauer telefonische Erreichbarkeit vor Reform (MW, SD, Min., Max.)	MW 76min, SD 123min, Min. 0min, Max. 340min	7	
Dauer telefonische Erreichbarkeit nach Reform (MW, SD, Min., Max.)	MW 154min, SD 117min, Min. 0min, Max. 370min	7	
Kontaktaufnahme per Telefon (Vor und nach)	ja	9	100%
Kontaktaufnahme per Mail	ja	7 (vor) 8 (nach)	78% (vor) 89% (nach)
	nein	2 (vor) 1 (nach)	22% (vor) 11% (nach)
Kontaktaufnahme per Onlineformular	ja	2 (vor) 1 (nach)	22% (vor) 11% (nach)
	nein	7 (vor) 8 (nach)	78% (vor) 89% (nach)

MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min.=Minimum, Max.=Maximum ergänzt nach [16-18]

Tabelle 1.2: AP1 Soziodemografische Merkmale und Diagnosen (n=1548)

	vor Reform		nach Reform		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Geschlecht						
männlich	182	24%	203	26%	385	25%
weiblich	573	76%	589	74%	1162	75%
divers	0	0%	1	0,1%	1	0,1%

Tabelle 1.2: AP1 Soziodemografische Merkmale und Diagnosen (n=1548) (Fortsetzung)

	vor Reform		nach Reform		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Altersgruppen						
≤ 21 Jahre	95	13%	111	14%	206	13%
22-30 Jahre	71	9%	57	7%	128	8%
31-44 Jahre	164	22%	177	22%	341	22%
45-59 Jahre	274	36%	277	35%	551	36%
≥ 60 Jahre	151	20%	171	22%	322	21%
Schulbildung						
kein Schulabschluss	5	1%	5	0,5%	10	1%
Hauptschule	101	13%	94	12%	195	13%
Realschule	158	21%	145	18%	303	19%
Fachhochschulreife	29	4%	32	4%	61	4%
Abitur	256	34%	277	35%	533	34%
anderer Schulabschluss	7	1%	5	0,5%	12	1%
noch Schüler oder noch nicht im schulfähigen Alter	54	7%	70	9%	124	8%
unbekannt	145	19%	165	21%	310	20%
Schultyp*						
noch nicht im schulfähigen Alter	7	13%*	11	16%*	18	15%*
Realschule	6	11%*	12	17%*	18	15%*
Gesamtschule	0	0%*	10	14%*	10	8%*
Gymnasium	11	20%*	6	9%*	17	14%*
anderer Schultyp	22	41%*	26	37%*	48	39%*
unbekannt	8	15%*	5	7%*	13	10%*
Berufliche Bildung						
keine Berufsausbildung	89	12%	95	12%	184	12%
Lehre	212	28%	235	30%	447	29%
Fachschule	90	12%	81	10%	171	11%
Fachhochschule	54	7%	42	5%	96	6%
Universität, Hochschule	183	24%	212	27%	395	25%
andere Berufsausbildung	8	1%	4	0%	12	1%
unbekannt	119	16%	124	16%	243	16%
Krankenversicherung						
gesetzlich	652	86%	685	86%	1337	86%
privat	70	9%	55	7%	125	8%
Beihilfe	26	4%	42	5%	68	5%
sonstiges	7	1%	11	2%	18	1%

Tabelle 1.2: AP1 Soziodemografische Merkmale und Diagnosen (n=1548) (Fortsetzung)

	vor Reform		nach Reform		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Krankgeschrieben bei Erstkontakt						
nein	403	53%	353	44%	756	49%
ja	261	35%	324	41%	585	38%
unbekannt	91	12%	116	15%	207	13%
F-Diagnosen (mehrere pro Person möglich)						
F0 – Organische Störungen	0	0%	4	1%	4	0,3%
F1 – Psychische, Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	12	2%	13	2%	25	2%
F2 – Schizophrenie, schizotype, wahnhaftige Störungen	5	1%	3	0,4%	8	1%
F3 – Affektive Störungen	184	24%	170	21%	354	23%
F4 – Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	584	77%	614	77%	1198	77%
F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	40	5%	40	5%	80	5%
F6 – Persönlichkeits-, Verhaltensstörungen	47	6%	42	5%	89	6%
F7 – Intelligenzminderung	2	0,3%	1	0,1%	3	0,2%
F8 – Entwicklungsstörungen	1	0,1%	2	0,3%	3	0,2%
F9 – Verhaltens-, emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	39	5%	58	7%	97	6%

*Prozentangaben beziehen sich auf Grundgesamtheit aller 124 Personen, die noch nicht schulfähig oder Schüler sind
Ergänzt nach [16-18]

Tabelle 1.3: AP1 Vergleich Sensitivitätsanalysen Hauptanalyse

Wartezeit in Wochen	N	Mittelwert	SD	Median	Minimum; Maximum	Stratifizierter Log Rank Test
Hauptanalyse						
Vor Reform						
Erstkontakt bis Erstgespräch	755	3,2	3,9	2,0	0,0; 48,7	
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn	303	17,9	12,6	14,7	1,6; 76,1	
Nach Reform						
Erstkontakt bis Erstgespräch	793	3,2	3,9	2,0	0,0; 37,1	chi ² =1,7; p=0,2
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn	360	20,2	11,3	18,7	0,6; 101,3	chi ² =12,7; p<,05

Tabelle 1.3: AP1 Vergleich Sensitivitätsanalysen Hauptanalyse (Fortsetzung)

Wartezeit in Wochen	N	Mittelwert	SD	Median	Minimum; Maximum	Stratifizierter Log Rank Test
Sensitivitätsanalyse 1						
Vor Reform						
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn	303	18,5	13,6	15,1	1,6; 90,1	
Nach Reform						
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn	360	20,3	11,4	18,9	0,6; 101,3	chi ² =11,6; p<,05
Sensitivitätsanalyse 2						
Vor Reform						
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn	298	17,3	11,7	14,3	1,6; 76,1	
Nach Reform						
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn	352	19,4	10,2	18,1	0,6; 101,3	chi ² =12,2; p<,05
Sensitivitätsanalyse 3						
Vor Reform						
Erstkontakt bis Erstgespräch	730	3,1	3,6	2,0	0,0; 40,1	chi ² =1,3; p=0,3
Erstkontakt bis Behandlungsbeginn	286	17,4	12,2	14,2	1,6; 76,1	chi ² =20,7; p<,05

SD=Standardabweichung, nach [17-18]

Tabelle 1.4: AP1 Unterschiede Praxen Zustandekommen einer Behandlung

Praxis Nr.	Anteil Erstgespräch mit Behandlungsfolge			Zusammensetzung Behandlungen nach Reform	Rangfolge Anteil Akutbehandlungen
	vor Reform	Änderung	nach Reform (RLT+AB) (Rang)		
9	15 15%	+ 39%	53 54% (4)	RLT: 47 (89%) AB: 6 (11%)	5
3	22 24%	+ 20%	62 44% (5)	RLT: 28 (45%) AB: 34 (55%)	2
2	42 55%	+ 10%	30 65% (2)	RLT: 29 (97%) AB: 1 (3%)	7
4	58 58%	+ 8%	66 66% (1)	RLT: 25 (38%) AB: 41 (62%)	1
8	71 57%	+ 5%	77 62% (3)	RLT: 69 (90%) AB: 8 (10%)	6
1	23 23%	- 4%	19 19% (7)	RLT: 12 (63%) AB: 7 (37%)	3
5	21 51%	- 7%	19 44% (5)	RLT: 19 (100%) AB: 0 (0%)	8

Tabelle 1.4: AP1 Unterschiede Praxen Zustandekommen einer Behandlung (Fortsetzung)

Praxis Nr.	Anteil Erstgespräch mit Behandlungsfolge			Zusammensetzung Behandlungen nach Reform	Rangfolge Anteil Akutbehandlungen
	vor Reform	Änderung	nach Reform (RLT+AB) (Rang)		
6	21	- 7%	18	RLT: 14 (78%)	4
	25%		18% (8)	AB: 4 (22%)	
7	30	- 40%	16	RLT: 16 (100%)	8
	79%		39% (6)	AB: 0 (0%)	
Gesamt	303		360	RLT: 259 (72%)	
	40%		46%	AB: 101 (28%)	

RLT=Richtlinientherapie, AB=Akutbehandlung, nach [16]

Tabelle 1.5: AP1 Zustandekommen einer Behandlung nach Patientencharakteristika

	Zustandekommen einer Behandlung							
	vor Reform			nach Reform				
	Nein	Ja	Total	Nein	Ja, RLT	Ja, AB	Unb.	Total
Geschlecht								
männlich	119 65%	63 35%	182 100%	119 59%	61 30%	23 11%	0 0%	203 100%
weiblich	333 58%	240 42%	573 100%	312 53%	198 34%	78 13%	1 0%	589 100%
divers	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%
Altersgruppen								
≤ 21 Jahre	77 81%	18 19%	95 100%	52 47%	47 42%	11 10%	1 1%	111 100%
22-30 Jahre	46 65%	25 35%	71 100%	42 74%	10 17%	5 9%	0 0%	57 100%
31-44 Jahre	97 59%	67 41%	164 100%	106 60%	50 28%	21 12%	0 0%	177 100%
45-59 Jahre	146 53%	128 47%	274 100%	132 48%	101 36%	44 16%	0 0%	277 100%
≥ 60 Jahre	86 57%	65 43%	151 100%	100 58%	51 30%	20 12%	0 0%	171 100%

Tabelle 1.5: AP1 Zustandekommen einer Behandlung nach Patientencharakteristika (Fortsetzung)

	Zustandekommen einer Behandlung							
	vor Reform			nach Reform				
	Nein	Ja	Total	Nein	Ja, RLT	Ja, AB	Unb.	Total
Schulbildung								
(noch) kein Schulabschluss	49 83%	10 17%	59 100%	35 47%	35 47%	4 5%	1 1%	75 100%
Hauptschule	47 47%	54 53%	101 100%	44 47%	34 36%	16 17%	0 0%	94 100%
Realschule	93 59%	65 41%	158 100%	68 47%	55 38%	22 15%	0 0%	145 100%
Fachhochschulreife	15 52%	14 48%	29 100%	20 62 %	6 19%	6 19%	0 0%	32 100%
Abitur	132 52%	124 48%	256 100%	130 47%	101 36%	46 17%	0 0%	277 100%
anderer Schulabschluss	0 0%	7 100%	7 100%	1 20%	2 40%	2 40%	0 0%	5 100%
unbekannt	116 80%	29 20%	145 100%	134 81%	26 16%	5 3%	0 0%	165 100%
Berufliche Bildung								
keine Berufsausbildung	73 82%	16 18%	89 100%	43 45%	43 45%	8 9%	1 1%	95 100%
Lehre	96 45%	116 55%	212 100%	116 49%	87 37%	32 14%	0 0%	235 100%
Fachschule	55 61%	35 39%	90 100%	35 43%	24 30%	22 27%	0 0%	81 100%
Fachhochschule	26 48%	28 52%	54 100%	24 57%	13 31%	5 12%	0 0%	42 100%
Universität, Hochschule	95 52%	88 48%	183 100%	105 50%	77 36%	30 14%	0 0%	212 100%
andere Berufsausbildung	5 62,5 %	3 37,5 %	8 100%	1 25%	3 75%	0 0%	0 0%	4 100%
unbekannt	102 86%	17 14%	119 100%	108 87%	12 10%	4 3%	0 0%	124 100%
Krankenversicherung								
gesetzlich	387 59%	265 41%	652 100%	370 54%	213 31%	101 15%	1 0%	685 100%
privat	51 73%	19 27%	70 100%	35 64%	20 36%	0 0%	0 0%	55 100%
Beihilfe	10 38%	16 62%	26 100%	19 45%	23 55%	0 0%	0 0%	42 100%
sonstiges	4 57%	3 43%	7 100%	8 73%	3 27%	0 0%	0 0%	11 100%

Tabelle 1.5: AP1 Zustandekommen einer Behandlung nach Patientencharakteristika (Fortsetzung)

	Zustandekommen einer Behandlung							
	vor Reform			nach Reform				
	Nein	Ja	Total	Nein	Ja, RLT	Ja, AB	Unb.	Total
Krankgeschrieben bei Erstkontakt								
nein	245 61%	158 39%	403 100%	200 57%	116 33%	36 10%	1 0%	353 100%
ja	137 52%	124 48%	261 100%	161 50%	104 32%	59 18%	0 0%	324 100%
unbekannt	70 77%	21 23%	91 100%	71 61%	39 34%	6 5%	0 0%	116 100%
F-Diagnosen (mehrere pro Person möglich)								
F0 – Organische Störungen								
nein	452 60 %	303 40 %	755 100%	430 54 %	258 33 %	100 13 %	1 0 %	789 100%
ja	0 0%	0 0%	0 0%	2 50 %	1 25 %	1 25 %	0 0%	4 100%
F1 – Psychische, Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen								
nein	443 60%	300 40%	743 100%	422 54%	27 33%	100 13%	1 0%	780 100%
ja	9 75%	3 25%	12 100%	10 77%	2 15%	1 8%	0 0%	13 100%
F2 – Schizophrenie, schizotype, wahnhaftige Störungen								
nein	448 60%	302 40%	750 100%	429 54%	259 33%	101 13%	1 0%	790 100%
ja	4 80%	1 20%	5 100%	3 100%	0 0%	0 0%	0 0%	3 100%
F3 – Affektive Störungen								
nein	358 63%	213 37%	571 100%	332 53%	208 34%	82 13%	1 0%	623 100%
ja	94 51%	90 49%	184 100%	100 59%	51 30%	19 11%	0 0%	170 100%
F4 – Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen								
nein	114 67%	57 33%	171 100%	117 65%	52 29%	9 5%	1 1%	179 100%
ja	338 58%	246 42%	584 100%	315 51%	207 34%	92 15%	0 0%	614 100%
F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren								
nein	425 59%	290 41%	715 100%	405 54%	248 33%	99 13%	1 0%	753 100%
ja	27 67,5%	13 32,5%	40 100%	27 67,5%	11 27,5%	2 5%	0 0%	40 100%

Tabelle 1.5: AP1 Zustandekommen einer Behandlung nach Patientencharakteristika (Fortsetzung)

	Zustandekommen einer Behandlung							
	vor Reform			nach Reform				
	Nein	Ja	Total	Nein	Ja, RLT	Ja, AB	Unb.	Total
F6 – Persönlichkeits-, Verhaltensstörungen								
nein	420 59%	288 41%	708 100%	409 54%	244 33%	97 13%	1 0%	751 100%
ja	32 68%	15 32%	47 100%	23 55%	15 36%	4 9%	0 0%	42 100%
F7 – Intelligenzminderung								
nein	450 60%	303 40%	753 100%	432 55%	258 32%	101 13%	1 0%	792 100%
ja	2 100%	0 0%	2 100%	0 0%	1 100%	0 0%	0 0%	1 100%
F8 – Entwicklungsstörungen								
nein	451 60%	303 40%	754 100%	432 55%	257 32%	101 13%	1 0%	791 100%
ja	1 100%	0 0%	1 100%	0 0%	2 100%	0 0%	0 0%	2 100%
F9 – Verhaltens-, emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend								
nein	421 59%	295 41%	716 100%	404 55%	231 31%	100 14%	0 0%	735 100%
ja	31 79%	8 21%	39 100%	28 48%	28 48%	1 2%	1 2%	58 100%
Anzahl Diagnosen								
1	317 59%	216 41%	533 100%	311 54%	186 33%	75 13%	1 0%	573 100%
2	93 61%	60 39%	153 100%	88 53%	59 35%	20 12%	0 0%	167 100%
3	16 46%	19 54%	35 100%	13 43%	12 40%	5 17%	0 0%	30 100%
4	8 57%	6 43%	14 100%	6 67%	2 22%	1 11%	0 0%	9 100%
5	1 33%	2 67%	3 100%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%
keine Diagnose (fehlende Indikation für ambulante Psychotherapie)	7 100%	0 0%	7 100%	13 100%	0 0%	0 0%	0 0%	13 100%
unbekannte Diagnose	10 100%	0 0%	10 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%

Tabelle 1.5: AP1 Zustandekommen einer Behandlung nach Patientencharakteristika (Fortsetzung)

	Zustandekommen einer Behandlung							
	vor Reform			nach Reform				
	Nein	Ja	Total	Nein	Ja, RLT	Ja, AB	Unb.	Total
Psychoonkologischer Praxisschwerpunkt								
nein	161 81%	38 19%	199 100%	126 63%	59 30%	13 7%	1 0%	199 100%
ja	291 52%	265 48 %	755 100%	306 51%	200 34%	88 15%	0 0%	594 100%

RLT=Richtlinientherapie, AB=Akutbehandlung, unb.=unbekanntes Zustandekommen

Anhang 1.3: Arbeitspaket 2

Tabelle 1.6: AP2 Vergleich (Nicht-)Teilnehmer*innen

		Teilnehmend		Nicht teilnehmend		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%
Geschlecht	weiblich	30	73%	55	63%	85	66%
	männlich	11	27%	32	37%	43	34%
Berufsgruppe	ärztlich	10	24,5%	36	41,5%	46	36%
	psychologisch	21	51%	36	41,5%	57	45%
	andere Berufsgruppe	10	24,5%	14	16%	24	19%
	unbekannt	0	0%	1	1%	1	1%
Altersschwerpunkt	Kinder- und Jugendliche	13	32%	27	31%	40	31%
	Erwachsene	22	54%	59	68%	81	63%
	beides	6	14%	1	1%	7	6%
Verfahren	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	5	12%	35	40%	40	31%
	Analytische Psychotherapie	0	0%	25	29%	25	20%
	Verhaltenstherapie	15	37%	21	24%	36	28%
	Tiefenpsych. fundierte + analyt. Psychotherapie	16	39%	3	4%	19	15%
	Tiefenpsych. fundierte Psychotherapie + Verhaltenstherapie	2	5%	2	2%	4	3%
	Tiefenpsych. fundierte + analyt. Psychotherapie + Verhaltenstherapie	3	7%	1	1%	4	3%
Praxisform	Einzelpraxis	28	68%	56	64%	84	66%
	Gemeinschaftspraxis	7	17%	23	26%	30	23%
	andere Praxisform	6	15%	3	4%	9	7%
	unbekannt	0	0%	5	6%	5	4%
Lokalisation	städtisch	18	44%	49	56%	67	52%
	ländlich	23	56%	38	44%	61	48%
Organisation telefonische Erreichbarkeit	keine persönliche Anrufannahme	0	0%	18	21%	18	14%
	persönliche Anrufannahme	41	100%	56	64%	97	76%
	unbekannt	0	0%	13	15%	13	10%

Tabelle 1.6: AP2 Vergleich (Nicht-)Teilnehmer*innen (Fortsetzung)

		Teilnehmend		Nicht teilnehmend		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%
Anrufannahme durch	Psychotherapeut*in	29	71%	11	20%	40	41%
	Praxismitarbeiter*in	12	29%	17	30%	29	30%
	unbekannt	0	0%	28	50%	28	29%

siehe auch [26]

Tabelle 1.7: AP2 weitere Charakteristika Teilnehmer*innen

	n	%		n	%
Geschlecht			Erreichbarkeit Telefon		
weiblich	30	73%	ja	41	100%
männlich	11	27%	Erreichbarkeit Anrufbeantworter		
Verfahren			ja	35	85%
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	5	12%	unbekannt	6	15%
Analytische Psychotherapie	0	0%	Erreichbarkeit Mail		
Verhaltenstherapie	15	37%	ja	34	83%
Tiefenpsych. fundierte + analyt. Psychotherapie	16	39%	nein	7	17%
Tiefenpsych. fundierte Psychotherapie + Verhaltenstherapie	2	5%	Erreichbarkeit Onlineformular		
Tiefenpsych. fundierte + analyt. Psychotherapie + Verhaltenstherapie	3	7%	ja	5	12%
Altersschwerpunkt			nein	36	88%
Kinder und Jugendliche	13	32%	Organisation telefonische Erreichbarkeit		
	n	%		n	%
Erwachsene	22	54%	keine persönliche Anrufannahme	0	0%
beides	6	14%	persönliche Anrufannahme	41	100%

Tabelle 1.7: AP2 weitere Charakteristika Teilnehmer*innen (Fortsetzung)

	n	%		n	%
Berufsgruppe			Anrufannahme		
ärztlich	10	24,5%	Psychotherapeut*in	29	71%
psychologisch	21	51%	Praxismitarbeiter*in	12	29%
andere Berufsgruppe	10	24,5%	Erfahrung mit Zeit vor Reform		
Praxisform			ja	35	85%
Einzelpraxis	28	68%	nein	6	15%
Gemeinschaftspraxis	7	17%	Angebot Gruppentherapie		
andere Praxisform	6	15%	ja	10	24%
Kassensitz			nein	31	76%
voll	17	42%	Lokalisation		
halb	23	56%	städtisch	18	44%
kein Kassensitz	1	2%	ländlich	23	56%

siehe auch [26]

Anhang 1.4: Arbeitspaket 3

Tabelle 1.8: AP3 Begleitfragebogen t1

	n	%		n	%
Präferenz Kontaktaufnahme telefonisch			Subjektive Belastung		
ja	30	65%	leicht	1	2%
nein	16	35%	mittel	20	44%
Präferenz Kontaktaufnahme per Mail			schwer	25	54%
ja	12	26%	Anzahl Therapien bisher		
nein	34	74%	1	1	2%
Präferenz Kontaktaufnahme per Onlineformular			2	1	2%
ja	3	7%	3	2	5%
nein	43	93%	unbekannt/nicht zutreffend	42	91%
Präferenz Kontaktaufnahme per Post			Präferenz Geschlecht Psychotherapeut*in		
ja	2	4%	männlich bevorzugt	2	4%
nein	44	96%	weiblich bevorzugt	13	28%
Präferenz Kontaktaufnahme Sonstiges			egal	31	68%
ja	1	2%	vermutete Dauer bis 1. Termin		
nein	45	98%	<1 Monat	3	6%
Präferenz Therapieverfahren			1-3 Monate	21	46%
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	7	15%	4-6 Monate	10	22%
analytische Psychotherapie	2	5%	7-9 Monate	2	4%
Verhaltenstherapie	19	41%	>12 Monate	1	2%
Therapieverfahren nicht bekannt oder keine Präferenz	18	39%	undefinierte Zeitangabe	9	20%

Tabelle 1.9: AP3 Begleitfragebogen t2

	n	%		n	%
Kontaktaufnahme telefonisch			Erstgespräch stattgefunden (laut Interview)		
ja	35	83%	ja	15	33%
nein	7	17%	nein	27	60%
Kontaktaufnahme per Mail			Keine Suche	3	7%
ja	18	43%	Therapieplatz gefunden (laut Fragebogen)		
nein	24	57%	ja	24	53%
Kontaktaufnahme per Onlineformular			nein	20	45%
ja	1	2%	unbekannt/missing	1	2%

Tabelle 1.9: AP3 Begleitfragebogen t2 (Fortsetzung)

	n	%		n	%
nein	41	98%	Therapieplatz gefunden (laut Interview)		
Kontaktaufnahme per Post			ja	14	31%
ja	0	0%	nein	28	62%
nein	42	100%	keine Suche	3	7%
Kontaktaufnahme Sonstiges			Auf Warteliste (laut Fragebogen)		
ja	2	5%	ja	10	22%
nein	40	95%	nein	27	60%
Häufigkeit Inanspruchnahme TSS			unbekannt/missing	8	18%
0	27	62%	Auf Warteliste (laut Interview)		
1	11	25%	ja	10	22%
3	3	7%	nein	26	58%
5	1	2%	keine Suche	3	7%
6	1	2%	unbekannt/missing	6	13%
10	1	2%	Erhaltenes Therapieverfahren (laut Fragebogen)		
Anzahl vereinbarter Erstgespräche (TSS und direkt bei Psychotherapeut*in)			tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	3	12%
0	14	32%	analytische Psychotherapie	1	4%
1	19	43%	Verhaltenstherapie	16	67%
2	8	18%	Therapieverfahren unbekannt oder keine Präferenz	4	17%
3	1	2%	Geschlecht Psychotherapeut*in (laut Fragebogen)		
4	2	5%	männlich	7	29%
			weiblich	17	71%

Anhang 1.5: Arbeitspaket 4

Tabelle 1.10: AP4 Kategorien der qualitativen Auswertung Mitarbeiter*innen Kassenärztliche Vereinigungen

hoher Informationsaufwand durch Reform (11;3)*
Die Größe der Reform hat umfangreiche Information aller beteiligten Akteure, d.h. Mitarbeiter*innen der KVen, der Psychotherapeut*innen und Zuweiser*innen erfordert.
heterogenes Vermittlungsvorgehen (7;3)
Es besteht ein heterogenes Vorgehen der verschiedenen KVen im Umgang mit hohem Vermittlungsbedarf. Dies bezieht sich einerseits auf die Bereitstellung von Terminen durch die Psychotherapeut*innen (appellative Aufforderung zur Meldung freier Termine vs. verpflichtendes Listenprinzip) andererseits auf die Art der Vermittlung zwischen Psychotherapeut*innen und Patient*innen (digitale Termindatenbank für Sprechstunde oder Vermittlung von Telefonnummern).
hoher Inanspruchnahme der TSS Psychotherapie (20;3)
Die psychotherapeutische Terminvermittlung wird am meisten angefragt und ist - aufgrund des hohen Informationsbedarfs, der fehlenden Aufklärung durch Zuweiser*innen sowie des hohen Leidensdrucks der Patient*innen - aufwändig und herausfordernd.
Notwendigkeit restriktiver Vermittlungspolitik (5;2)
Es besteht eine Diskrepanz zwischen dem hohen Anfrageaufkommen, der mangelnden Terminkapazitäten von Psychotherapeut*innen sowie den zeitlichen Forderungen des Gesetzgebers, wodurch eine restriktive Vermittlungspolitik (z. B. Vermittlung probatorischer Sitzungen nur bei entsprechender Kodierung auf PTV-11) notwendig werden.
mangelndes Wissen über TSS fördert Unzufriedenheit (12;2)
Die Unkenntnis von Zuweiser*innen über einzelne Reformelemente sowie die mangelnde Aufklärung von Patient*innen über den Ablauf und die Bedeutung der einzelnen Vermittlungsleistungen, fördern eine unsachgemäße Inanspruchnahme von Leistungen und Unzufriedenheit bei den Patienten sowie Aufklärungsaufwände bei den KVen.
Unverbindlichkeit der TSS (9;3)
Die Anonymität der TSS vermittelt Unverbindlichkeit, fördert Verunsicherung und erhöht das Risiko fehlender Passung zwischen Psychotherapeut*innen und Patient*innen. Hierdurch kommt es einerseits zu einer erhöhten Nicht-Einhaltung von Terminen durch Patient*innen und damit zu Honorarausfällen bei den Psychotherapeut*innen. Andererseits zu vermehrten Weiterverweisungen durch die Psychotherapeut*innen.
Zusatzaufwände für Psychotherapeut*innen durch Reform (14;3)
Aus Sicht der KVen hat die PT-Reform viele Neuerungen für Psychotherapeut*innen erbracht, wobei die bürokratiereichere Beantragung von Kurzzeittherapien, verpflichtende Sprechstunden sowie unausgereifte Terminvergabesysteme Zusatzaufwände in den Praxen verursachen, welche sich aufgrund der hohen Bereitschaft der Psychotherapeut*innen zu Mehrarbeit sowie Erleichterungen durch die Reduktion der Berichte jedoch nur in Einzelfällen zulasten von Richtlinien-therapie auswirken.
positive Aspekte der Reform allgemein (14;3)
Die neue Psychotherapie-Richtlinie betont den Versorgungsauftrag der Psychotherapeut*innen, erleichtert die telefonische Kontaktaufnahme durch Patient*innen und ermöglicht einen niederschwelligeren Zugang zu psychotherapeutischen Terminen (Erstterminen), was gemeinsam, mit der Zunahme an halben Kassensitzen, zu einer verbesserten Versorgungslage führt.

Tabelle 1.10: AP4 Kategorien der qualitativen Auswertung Mitarbeiter*innen Kassenärztliche Vereinigungen (Fortsetzung)

positive Aspekte der Reform für Psychotherapeut*innen (8;7)
Die Unverbindlichkeit von Sprechstundenterminen, eine angemessene Vergütung sowie die Möglichkeit Behandlungslücken unkompliziert zu füllen, führen zu einer hohen Bereitschaft zur Bereitstellung von Sprechstundenterminen seitens Psychotherapeut*innen, wodurch eine zeitnahe Bedarfsklärung gewährleistet wird.
vordergründiger Nutzen der neuen Richtlinie (4;2)
Durch den niederschweligen Zugang zu Erstgesprächen suggeriert neue Richtlinie einen schnellen Einstieg in Psychotherapie, hat jedoch nur vordergründigen Nutzen und schafft keine neuen Therapieplätze zur Bedarfsdeckung.
Versorgungssituation (10;3)
Die Akutbehandlung unterstreicht die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung und dient der Stabilisierung zur Überbrückung von kapazitär bzw. versorgungsrechtlich bedingten (2-Jahres-Frist) Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz, führt aber aufgrund der zeitlichen Begrenzung sowie häufig fehlender Übernahmekapazitäten durch den Psychotherapeut*innen auch zu Enttäuschungen und Ablehnung seitens der Patient*innen.
heterogene Vermittlungskapazitäten zwischen KVen (12;3)
Es besteht eine heterogene Versorgungssituation hinsichtlich der Vermittlungskapazitäten in den einzelnen KV-Gebieten. Während Sprechstundentermine, auch durch das hohe Engagement der Mitarbeiter*innen der TSS, in der Regel fristgerecht vereinbart werden können, machen fehlende Behandlungskapazitäten seitens Psychotherapeut*innen in manchen KV-Gebieten Wartelisten für probatorische Sitzungen und Akutbehandlungen bei der TSS erforderlich.
Wartezeit (3;1)
Die neue Richtlinie ermöglicht mehr Zwischenkontakte wodurch die "reale Wartezeit" auf Richtlinientherapie verkürzt wird.
Vermittlung von Sprechstundenterminen (5;3)
Die Vermittlung von Sprechstundenterminen über die TSS erfolgt in der Regel zeitnah, im ländlichen Bereich müssen Patienten jedoch häufig eine weite Anfahrt auf sich nehmen.
Verkomplizierung durch Vielzahl Akteure (3;1)
Durch die vielen Akteure im Zusammenhang mit der TSS (Krankenkassen, Psychotherapeut*innen, KV), wird der Vermittlungsvorgang oft kompliziert und löst bei den Patient*innen ein Gefühl des Hingehalten-Werdens aus. Falsche Information durch zuweisende Stellen (z. B. Krankenkassen) oder Einmischungen von Krankenkassen in den Vermittlungsablauf führen zu falschen Erwartungen bei Patient*innen (z. B. dass KV Psychotherapieplätze vermittelt).
Vermittlungserfolg (7;3)
Viele Patient*innen wenden sich mit einer großen Erwartungshaltung an die TSS, eine fristgerechte und erfolgreiche Vermittlung, insbesondere von komplex erkrankten Personen, ist allerdings aufgrund der unzureichenden Bedarfsdeckung nur eingeschränkt möglich.

*(Anzahl Textsegmente; Anzahl Interviews, die dieser Kategorie zugewiesen wurden), KV=Kassenärztliche Vereinigung, TSS=Terminservicestelle, PTV= Formular in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung,

Anhang 1.6: Arbeitspaket 6

Tabelle 1.11: AP6 Bürokratieaufwände (Zeit in Minuten) stratifiziert nach Praxisform und Kassensitz

	Einzelpraxis (n=25)	Gemeinschaftspraxis/ andere Form (n=4)	Halber Kassensitz (n=22)	Voller Kassensitz (n=7)
Telefonische Erreichbarkeit (Zeit in Minuten)				
Datenübermittlung und Veröffentlichung	7,5	7,5	10,0	5,0
Individuelle Patienteninformation				
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5,0	9,0	10,0	5,0
Archivierung individuelle Patienteninformation				
Kopieren, Archivieren, Verteilen	3,0	4,0	5,0	0,0
Anzeige Akutbehandlung (Zeit in Minuten)				
Beschaffung der Daten	5,0	5,0	5,0	6,0
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	5,0	4,5	5,0	5,0
Überprüfung der Daten und Eingaben	2,0	2,0	2,0	2,0
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5,0	3,0	3,5	5,0
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5,0	6,0	5,0	5,0
Summe	22,0	20,5	20,5	23,0
Beantragung Kurzzeittherapie (Zeit in Minuten)				
Beschaffung der Daten	10,0	10,0	10,0	10,0
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	10,0	10,0	10,0	5,0
Überprüfung der Daten und Eingaben	2,0	4,0	2,0	3,0
Datenübermittlung und Veröffentlichung	2,5	5,0	5,0	5,0
Kopieren, Archivieren, Verteilen	8,0	10,0	10,0	8,0
weitere Informationsbeschaffung	10,0	15,0	10,0	10,0
Summe	42,5	54,0	47,0	38,0

Tabelle 1.11: AP6 Bürokratiekosten (Zeit) stratifiziert nach Praxisform und Kassensitz (Fortsetzung)

	Einzelpraxis (n=25)	Gemeinschaftspraxis/ andere Form (n=4)	Halber Kassensitz (n=22)	Voller Kassensitz (n=7)
Beantragung Langzeittherapie (Zeit in Minuten)				
Beschaffung der Daten	20,0	15,0	20,0	7,5
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	15,0	13,0	15,0	11,0
Überprüfung der Daten und Eingaben	5,0	4,0	7,5	5,0
Aufbereitung der Daten	180,0	225,0	180,0	150,0
Datenübermittlung und Veröffentlichung	10,0	10,0	10,0	10,0
Kopieren, Archivieren, Verteilen	10,0	12,5	10,0	10,0
weitere Informations- beschaffung	17,5	9,0	20,0	10,0
Summe	257,5	288,5	262,5	203,5
Angabe Rezidivprophylaxe (Zeit in Minuten)				
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	2,0	3,0	1,5	2,0

Tabelle 1.12: AP6 Bürokratieaufwände (Zeit in Minuten) stratifiziert nach Therapieverfahren und Patientenstunden pro Woche

	TP (n=6)	VT (n=13)	TP+AT (n=9)	<20 Patien- tenstunden /Woche (n=7)	20-29 Patienten- stunden/ Woche (n=15)	≥30 Patienten- stunden/ Woche (n=5)
Telefonische Erreichbarkeit (Zeit in Minuten)						
Datenübermittlung und Veröffentlichung	7,5	10,0	5,0	10,6	10,0	5,0
Individuelle Patienteninformation						
Datenübermittlung und Veröffentlichung	6,5	7,5	10,0	10,0	9,0	3,0
Archivierung individuelle Patienteninformation						
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2,5	3,0	5,0	5,0	3,0	0

Tabelle 1.12: AP6 Bürokratiekosten (Zeit) stratifiziert nach Therapieverfahren und Patientenstunden pro Woche (Fortsetzung)

	TP (n=6)	VT (n=13)	TP+AT (n=9)	<20 Patienten- stunden/ Woche (n=7)	20-29 Patienten- stunden/ Woche (n=15)	≥30 Patienten- stunden/ Woche (n=5)
Anzeige Akutbehandlung (Zeit in Minuten)						
Beschaffung der Daten	17,5	0,5	10,0	5,0	5,0	6,0
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	10,0	4,0	5,0	10,0	5,0	4,0
Überprüfung der Daten und Eingaben	10,0	0	2,0	2,0	2,0	1,0
Datenübermittlung und Veröffentlichung	7,5	0	5,0	5,0	5,0	5,0
Kopieren, Archivieren, Verteilen	10,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Summe	55,0	9,5	27,0	27,0	22,0	21,0
Beantragung Kurzzeittherapie (Zeit in Minuten)						
Beschaffung der Daten	16,5	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	10,0	5,0	10,0	10,0	10,0	5,0
Überprüfung der Daten und Eingaben	10,0	2,0	5,0	2,0	2,0	3,0
Datenübermittlung und Veröffentlichung	7,5	4,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Kopieren, Archivieren, Verteilen	10,0	5,0	10,0	10,0	5,0	5,0
weitere Informationsbeschaffung	15,0	7,5	7,5	0	15,0	10,0
Summe	69,0	33,5	47,5	37,0	47,0	38,0
Beantragung Langzeittherapie (Zeit in Minuten)						
Beschaffung der Daten	25,0	20,0	20,0	20,0	20,0	32,5
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	17,5	11,0	15,0	15,0	12,0	15,0
Überprüfung der Daten und Eingaben	10,0	5,0	5,0	5,0	10,0	5,0

Tabelle 1.12: AP6 Bürokratieaufwände (Zeit in Minuten) stratifiziert nach Therapieverfahren und Patientenstunden pro Woche (Fortsetzung)

	TP (n=6)	VT (n=13)	TP+AT (n=9)	<20 Patienten- stunden/ Woche (n=7)	20-29 Patienten- stunden/ Woche (n=15)	≥30 Patienten- stunden/ Woche (n=5)
Aufbereitung der Daten	180,0	150,0	180,0	180,0	180,0	240,0
Datenübermittlung und Veröffentlichung	7,5	5,0	10,0	10,0	7,5	12,0
Kopieren, Archivieren, Verteilen	12,5	10,0	10,0	12,5	10,0	10,0
weitere Informationsbeschaffung	17,5	15,0	17,5	20,0	20,0	10,0
Summe	270,0	216,0	257,5	262,5	259,5	324,5
Angabe Rezidivprophylaxe (Zeit in Minuten)						
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	3,0	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0

TP=Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, VT=Verhaltenstherapie, AP=Analytische Psychotherapie

Tabelle 1.13: AP6 Bürokratieaufwände (Zeit in Minuten) stratifiziert nach Praxismitarbeiter*in und Durchführung Gruppentherapie

	Praxismit- arbeiter*in Ja (n=3)	Praxismit- arbeiter*in Nein (n=26)	Gruppen- therapie Ja (n=3)	Gruppen- therapie Nein (n=26)
Telefonische Erreichbarkeit (Zeit in Minuten)				
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5,0	10,0	5,0	10,0
Individuelle Patienteninformation (Zeit in Minuten)				
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15,0	5,0	5,0	8,0
Archivierung individuelle Patienteninformation				
Kopieren, Archivieren, Verteilen	3,0	3,0	1,0	4,0

Tabelle 1.13: AP6 Bürokratieaufwände (Zeit in Minuten) stratifiziert nach Praxismitarbeiter*in und Durchführung Gruppentherapie (Fortsetzung)

	Praxismitarbeiter*in Ja (n=3)	Praxismitarbeiter*in Nein (n=26)	Gruppentherapie Ja (n=3)	Gruppentherapie Nein (n=26)
Anzeige Akutbehandlung (Zeit in Minuten)				
Beschaffung der Daten	15,0	5,0	15,0	5,0
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	10,0	5,0	5,0	5,0
Überprüfung der Daten und Eingaben	3,0	2,0	2,0	2,0
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5,0	5,0	5,0	5,0
Kopieren, Archivieren, Verteilen	10,0	5,0	5,0	5,0
Summe	43,0	22,0	32,0	22,0
Beantragung Kurzzeittherapie (Zeit in Minuten)				
Beschaffung der Daten	15,0	10,0	60,0	10,0
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	3,0	10,0	10,0	10,0
Überprüfung der Daten und Eingaben	2,0	2,5	10,0	2,0
Datenübermittlung und Veröffentlichung	5,0	5,0	10,0	5,0
Kopieren, Archivieren, Verteilen	10,0	9,0	10,0	9,0
weitere Informationsbeschaffung	5,0	10,0	10,0	7,5
Summe	40,0	46,5	110,0	41,5

Tabelle 1.13: AP6 Bürokratieaufwände (Zeit in Minuten) stratifiziert nach Praxismitarbeiter*in und Durchführung Gruppentherapie (Fortsetzung)

	Praxismitarbeiter*in Ja (n=3)	Praxismitarbeiter*in Nein (n=26)	Gruppentherapie Ja (n=3)	Gruppentherapie Nein (n=26)
Beantragung Langzeittherapie (Zeit in Minuten)				
Beschaffung der Daten	20,0	20,0	60,0	20,0
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	25,0	15,0	20,0	13,5
Überprüfung der Daten und Eingaben	5,0	5,0	10,0	5,0
Aufbereitung der Daten	240,0	180,0	240,0	180,0
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15,0	10,0	20,0	10,0
Kopieren, Archivieren, Verteilen	10,0	10,0	10,0	10,0
weitere Informationsbeschaffung	60,0	15,0	15,0	17,5
Summe	375,0	255,0	375,0	256,0
Angabe Rezidivprophylaxe (Zeit in Minuten)				
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	5,0	1,0	1,0	2,0

Anhang 1.7: Arbeitspaket 7

Ergebnisse Arbeitsgruppen Abschlusskonferenz

Arbeitsgruppe „Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie“

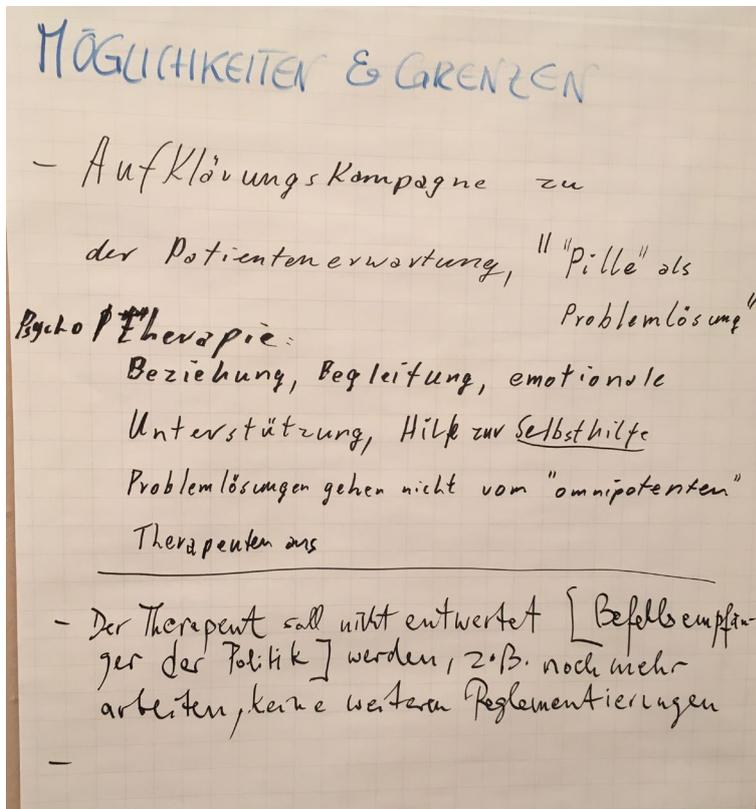


Abbildung 1.1: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie"

Protokoll Diskussion:

Aufklärung

- Aufklärungskampagne zu Psychotherapie/Psychotherapeut*innen, um hoher Erwartungshaltung von Patient*innen, eine Therapie sei die „Pille zur Problemlösung“, entgegenzuwirken

Was macht Psychotherapie aus?

- Beziehung, Begleitung, emotionale Unterstützung, Hilfe zur Selbsthilfe, Problemlösung gehen nicht vom omnipotenten Therapeuten aus

Entwertung von Psychotherapeut*innen

- Psychotherapeut*innen sollen nicht zu „Befehlsempfängern“ der Politik degradiert werden, daher keine weiteren Reglementierungen und Anreize für Mehrarbeit gewünscht

Arbeitsgruppe „Kinder und Jugend“

Kinder und Jugend

- PTV 11 für Ki Ju formulieren ("Ihr Kind", "Du")
- Gruppentherapie mit 2 Personen ^{Pat. einmügl.} (im Verhinderungsfall) ~~und Gruppe mit 2 PT~~
- Grundsatz Erlaubnis für Maximalkontakt ~~von~~ vom getrennt lebenden Elternteil
- ^{Möglichkeit der} Kostenzuschuss der KK an Therapeuten bei Jugendlichen (Formular nötig, 17 → PTV 1 ab 15y statt an Pat / Eltern (bzw. Brief für Jgd. an PT adressieren))
- TSS sollte Pat. / Eltern informieren, dass Einverständnis beider Sorgeberechtigten nötig ist
- Rechtliche Klärung, ob für Sprechstunde auch Einverständnis nur 1 Sorgb. genügt (Niedrigschwelligkeit erhalten)
→ bundesweit einheitliche Regelung (bei Kd bis 14y)
~~Einverständnis~~
- Informierung der Jugendlichen über das Recht, selbst PT zu beauftragen
- Gruppe mit zwei PT: andere Saisonal (78. 7.5)

www.ursus-paper.com
Ursus

Abbildung 1.2: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Kinder und Jugend" (1)

- Sauglingsbehandlung / Kliniken
 - Veränderung des Betreuungspersonalkontakts
 - Klärung, dass Arbeit mit Eltern primär ist
 - dabei klar behalten, dass diese Arbeit von KJG-PT ggf. zu leisten ist (Regulationsstö.)
 - ~~behandelt wird die~~ Flexibilisierung: PT sollte facultativ entscheiden können, mit wem in welcher Stunde gearbeitet wird

- Präventives Arbeiten ermggl. (ermöglichen) (z.B. 10h für Kd. kranker Eltern, oder in Krisen), dh. ohne eigene F-Diagnose (und Geschwister)
 - Kriterien:
 - Eltern mit F-Diagnose
 - Eltern mit bestim. somat. Diagnose
 - Tod von Elternteil
 - hochstrahlige Eltern
 - Ziel: Verhinderung des Entw. eines patholog. Musters
 ↳ dann auch extra Formulare nötig

- Sprechstunden außerhalb des Praxisräumchik (z.B. in der Schule, Kinderärzte usw.)
 - wegzüchten Kräfte
 - Ziel: niedrigschwelliger Zugang =>
 - PTV 10:
 - in einfacher Sprache
 - in kindgerechter Sprache (Altersgruppen)
 - altersgruppengetreue Sprache
 - PTV 1: Du/Sie - Option anklückerbar incl. Version für Eltern

Abbildung 1.3: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Kinder und Jugend" (2)

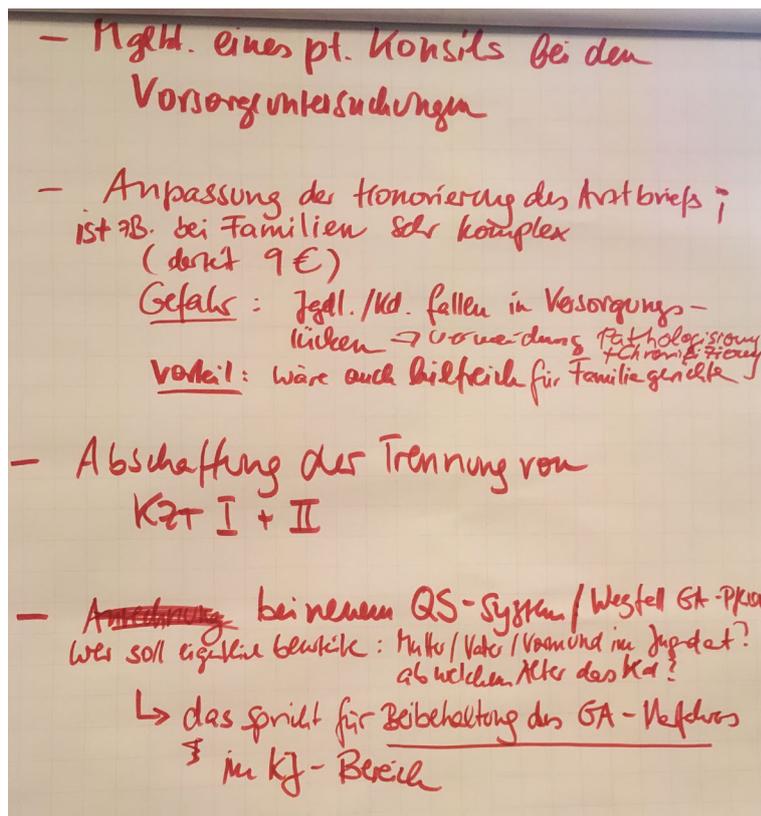


Abbildung 1.4: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Kinder und Jugend" (3)

Protokoll Diskussion:

Umformulierung PTV11

- PTV11 sollte kindgerecht umformuliert werden („Ihr Kind“ oder „Du“)

Gruppentherapie

- Gruppentherapie soll im Verhinderungsfall auch mit 2 Patient*innen ermöglicht werden (Hintergrund: Wenn bei einer 3er Gruppe ein Kind kurzfristig nicht kommen kann, soll Therapiesitzung mit anderen Kindern durchführbar sein. Also nicht grundsätzlich, sondern nur im Verhinderungsfall)

Grundsaterlaubnis durch ein Elternteil

- Problem: bei getrennt lebenden Eltern muss Erlaubnis für Sprechstunde und Therapie von beiden Elternteilen eingeholt werden, was oft aufwändig ist
- Daher soll ermöglicht werden, dass Erlaubnis für Durchführung einer Sprechstunde oder des Maximalkontingents an Therapie nur von einem Elternteil ausreichend ist
- Dies muss rechtlich geklärt werden und sollte bei Kindern bis 14 Jahren bundesweit einheitlich geregelt sein

Möglichkeit der Kostenzusage der Krankenkasse adressiert an Psychotherapeut*innen

- Hintergrund: Möglichkeit, dass Kostenzusage nicht an Elternhaus adressiert werden muss bei Jugendlichen ab 15 Jahren, sodass Therapie auch ohne Wissen der Eltern stattfinden kann
- Bei PTV1 sollte es ein ankreuzbares Kästchen geben, mit dem bestimmt werden kann, dass Brief an Psychotherapeut*in und nicht an Eltern adressiert werden soll

Aufklärung der Eltern durch TSS

- TSS soll Eltern bereits im Vorfeld darüber aufklären, dass Einverständnis beider Sorgeberechtigten vorliegen muss (nach aktueller Regelung, Änderung wünschenswert siehe Punkt „Grundsaterlaubnis durch ein Elternteil“)

Informierung von Jugendlichen über Therapiebeantragung

- Es sollte z.B. in Schulen mehr Aufklärung darüber geben, dass Jugendliche ab 14 Jahren selbst ohne Einwilligung der Eltern eine Psychotherapie beantragen können

Gruppen mit zwei Psychotherapeut*innen

Bezugspersonenstunden bei Säuglings-, Kleinkindbehandlung

- Bezugspersonenkontingent sollte verändert werden
- Klarstellung: Arbeit mit Eltern ist primär und ist von Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen zu leisten
- Flexibilisierung: Psychotherapeut*in sollte frei entscheiden können, mit welcher Bezugsperson in welcher Stunde gearbeitet wird

Präventives Arbeiten ermöglichen

- Ermöglichung von (z.B. 10 stündiger) Behandlung von Kindern kranker Eltern oder Geschwister, ohne dass Kinder eigene F-Diagnose erhalten müssen, um behandelt werden zu können. So soll verhindert werden, dass diese Kinder pathologisiert werden und durch F-Diagnose Nachteile erfahren (Versicherung, Verbeamtung)
- Kriterien, für welche Kinder das zutreffen soll, könnten sein: Eltern mit F-Diagnosen, Eltern mit bestimmten somatischen Diagnosen, Tod von Elternteil

Sprechstunde außerhalb der Praxisräumlichkeiten ermöglichen

- Ziel: niedrigschwelliger Zugang
- bspw. in Schulen oder bei Kinderärzten
- dabei sollten Wegzeiten vergütet werden

Umformulierung PTV10

- Umformulierung in einfache, kind- bzw. altersgruppengerechte Sprache

Anrede PTV1

- Option Du oder Sie, Version für Eltern

Psychotherapeutisches Konsil bei Vorsorgeuntersuchungen

- Möglichkeit schaffen, bei Vorsorgeuntersuchungen psychotherapeutisches Konsil einzuholen

Anpassung Honorierung „Arztbrief“ und Bericht an den Gutachter

- Hintergrund: Arztbrief ist aufwändig und nötig für weitere Maßnahmen (z.B. Jugendhilfe) bzw. hilfreich für Familiengerichte
- derzeitige Vergütung von 9€ wird Komplexität nicht gerecht
- dadurch Verhinderung von Versorgungslücken, Pathologisierung, Chronifizierung

Bürokratie

- Trennung von KZT1 und 2 soll aufgehoben werden

Konsequenzen Wegfall Gutachterpflicht

- bei Kindern/Jugendlichen fraglich: wer soll Behandlung evaluieren? Eltern/Vormund? Jugendliche selbst ab welchem Alter?
- daher Befürwortung der Beibehaltung des GA Verfahrens im Kinder und Jugend Bereich

Arbeitsgruppe Bürokratieaufwände

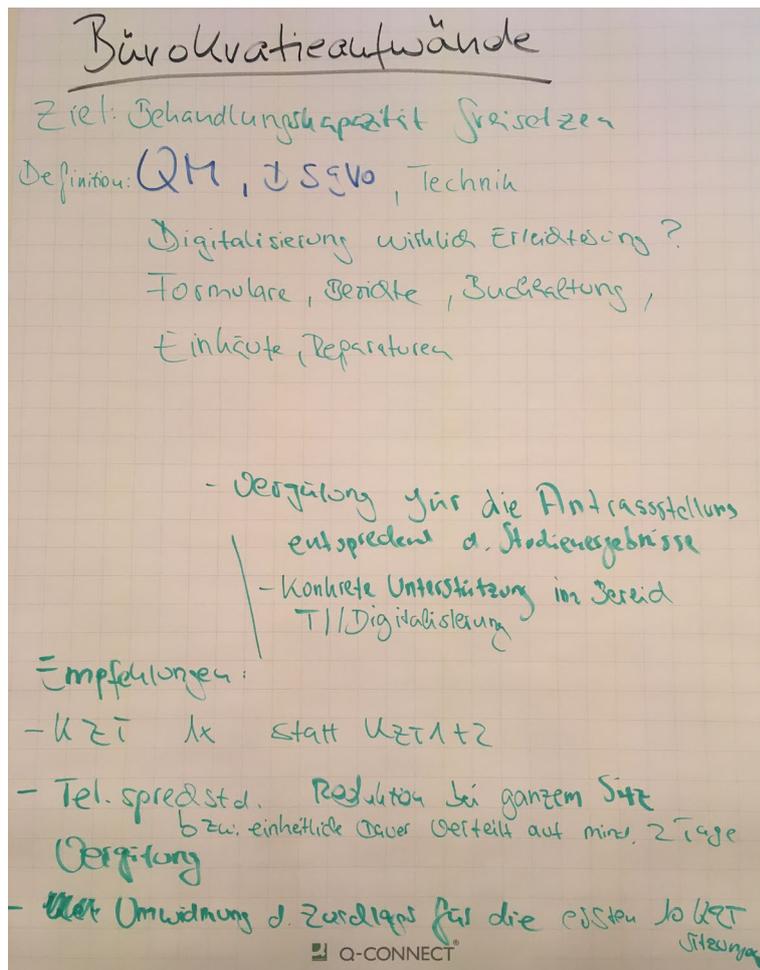


Abbildung 1.5: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Bürokratieaufwände"

Protokoll Diskussion:

Definition

- Zu Bürokratieaufwänden gehören Qualitätsmanagement, Datenschutzgrundverordnung, Technik, Formulare, Berichte, Buchhaltung, Einkäufe und Reparaturen

Ziel

- Durch Änderungen bei Bürokratieaufwänden sollen Behandlungskapazitäten freigesetzt werden

Empfehlungen für Änderungen

- Trennung Kurzzeittherapie aufheben
- keine Sondervergütung der ersten 10 Stunden um Fokussierung auf Kurzzeittherapie entgegenzuwirken, Gelder umwidmen
- Telefonische Erreichbarkeit: Zeitdauer reduzieren bei ganzem Kassensitz oder einheitliche Dauer verteilt auf mind. 2 Tage einführen. Eigenständige Entscheidung der/des Psychotherapeut*in ermöglichen, wie Erreichbarkeit gestaltet wird (Mails sind auch Bürokratieaufwand).
- Verbesserung der Vergütung für Antragstellung (entsprechend Studienergebnissen)
- konkrete Unterstützung im Bereich TI/Digitalisierung

Sonstiges

- z.B. KBV sollte neue Gesetze aufarbeiten und einheitliche Hinweise für die Praxis geben, sodass nicht jede*r Psychotherapeut*in Gesetzesänderungen selbst aufarbeiten muss und es nicht zu unterschiedlichen Empfehlungen verschiedener Verbände kommt
- Dem G-BA sollte bewusst gemacht werden, welche Bürokratiekosten beschlossene Änderungen verursachen
- Änderungen in der IT müssen verständlich und einheitlich seitens KBV erklärt werden

Arbeitsgruppe Patientenstimmrecht im G-BA

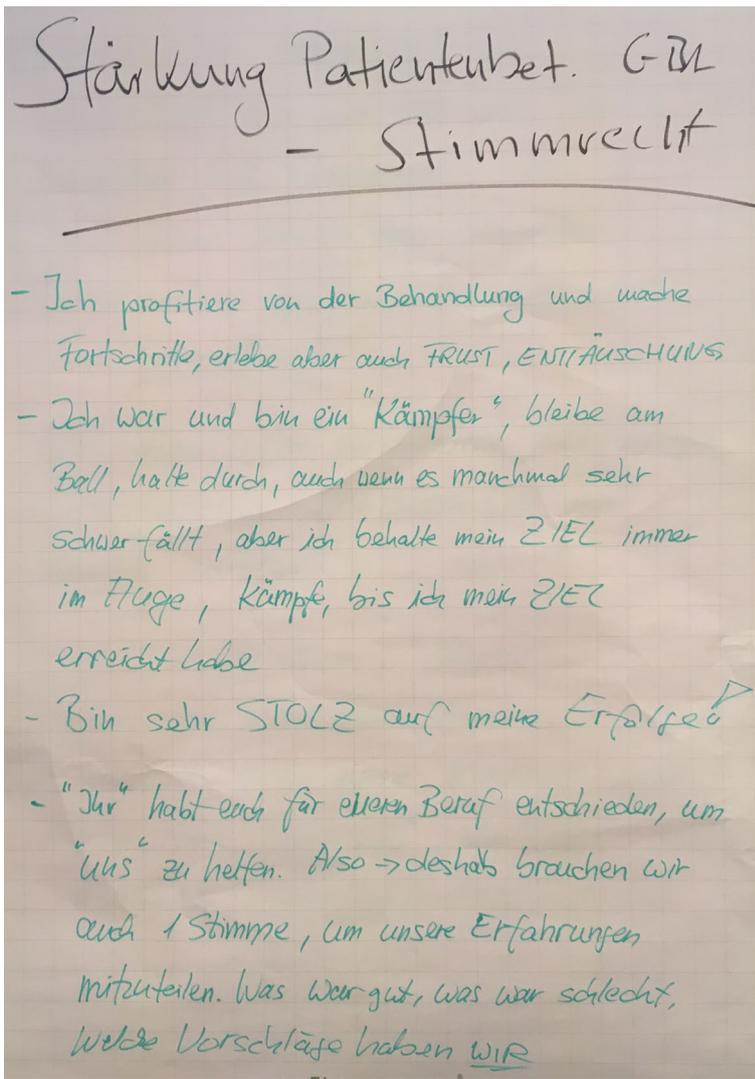


Abbildung 1.6: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Patientenstimmrecht im G-BA" (1)

- Behandlungen kosten viel Geld.
Leider wird aber auch viel Geld "unnötig" ausgegeben, z.B. Bürokratie. → Ein Teil dieses Geldes könnte man sinnvoller "investieren", in UNS, in unsere Gesundheit und Behandlung!
- WIR durchlaufen verschiedene Behandlungen, Therapieformen. Also müssen WIR auch darüber berichten!
- Lehrbuch, Studium, "Theorie"
- "WIR" sind unsere eigenen "Experten"
Wir haben unsere eigene "Krankheit", und sind keine "Diagnose", WIR SIND Menschen, und kein Lehrbuch

Abbildung 1.7: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Patientenstimmrecht im G-BA" (2)

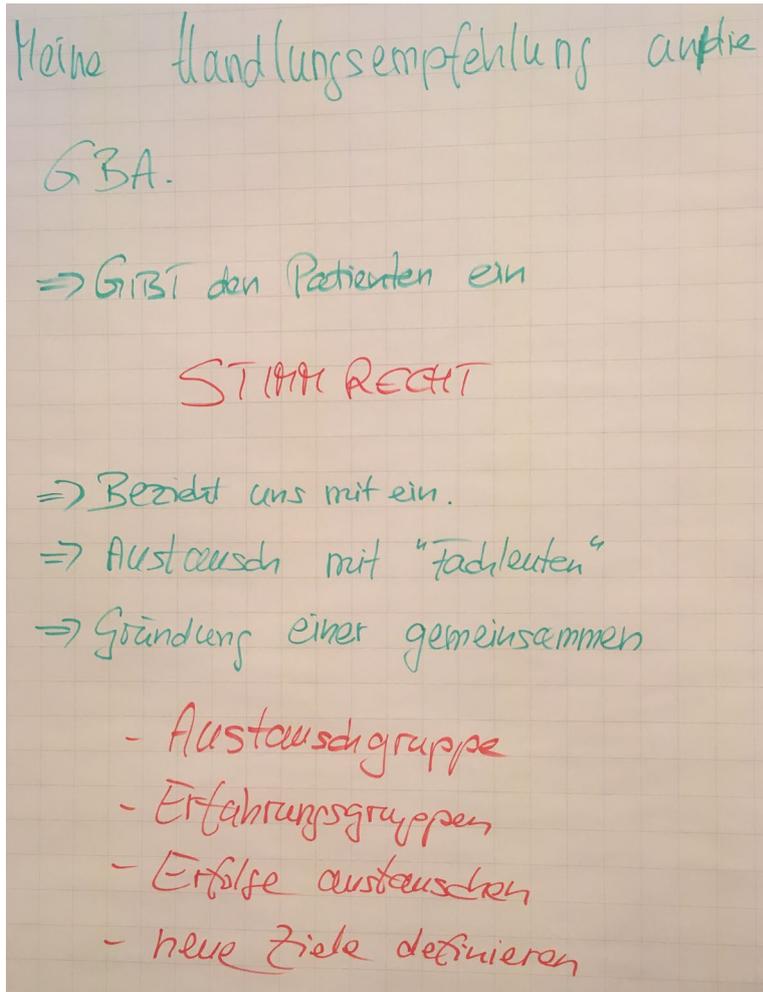


Abbildung 1.8: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Patientenstimmrecht im G-BA" (3)

Protokoll Diskussion:

- Patientenvertreter*in soll Stimmrecht bekommen
- Patient*innen sollen einbezogen werden und sich mit „Fachleuten“ über Erfahrungen, Erfolge austauschen und neue Ziele definieren

Arbeitsgruppe „Zugang zur Versorgung“

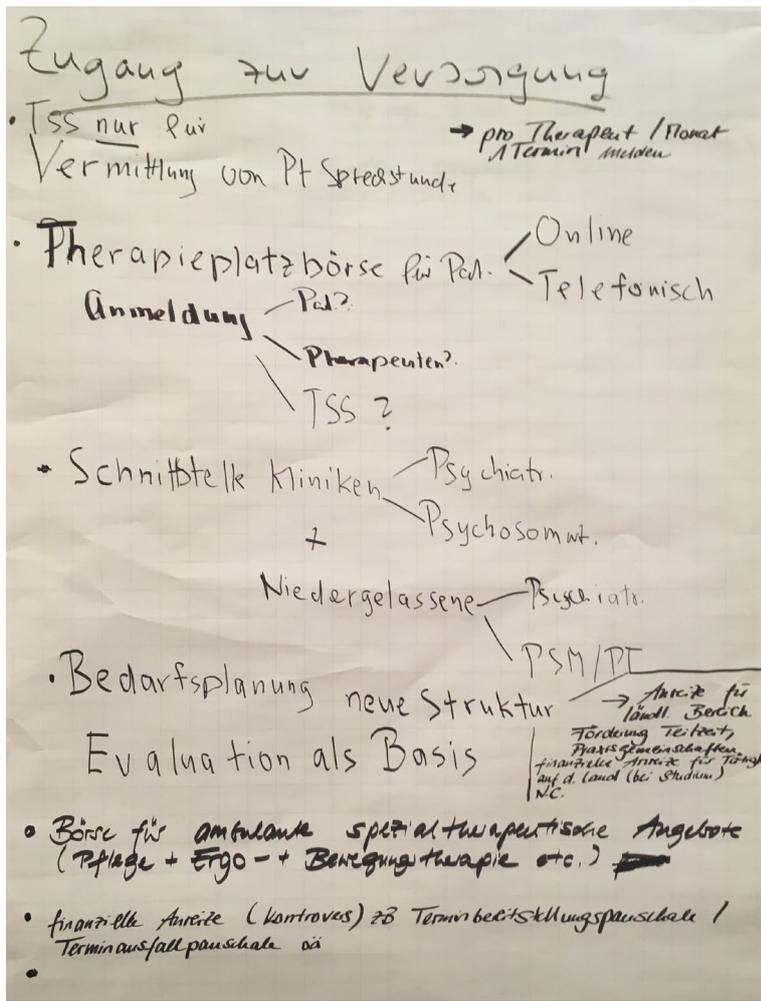


Abbildung 1.9: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Zugang zur Versorgung" (1)

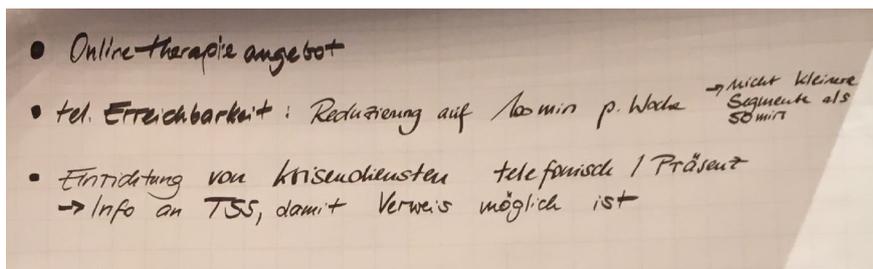


Abbildung 1.10: Ergebnisse Arbeitsgruppe "Zugang zur Versorgung" (2)

Protokoll Diskussion:

TSS

- sollte nur Sprechstunden vermitteln
- Um Vermittlung zu erleichtern, sollte jede*r Psychotherapeut*in 1 Sprechstunde pro Monat melden (Verpflichtung?)
- finanzielle Anreize für Bereitstellung von Terminen durch Terminbereitstellungspauschale oder Terminausfallpauschale
- wichtig ist, dass das Erstzugangsrecht erhalten bleibt /nicht geschwächt wird

- Vorgaben für TSS müssen, entsprechend der Versorgungssituation, bundeslandspezifisch angepasst werden

Einrichtung einer Therapieplatzbörse nach Vorbild Münster („Therapeut sucht sich Patient“)

- Anmeldung der/des Patient*in in Datenbank erfolgt über Patient*in selbst (telefonisch oder online), über die TSS oder durch Psychotherapeut*innen
- Vermerk über freie Zeiträume und Beschwerdebereich
- bei Anmeldung über TSS: ggf. bei Beschwerdebereich z.B. Kategorien vorgeben oder ähnliches, sodass nicht geschulte TSS Mitarbeiter*innen nicht mit Beschwerdeberichten überfordert werden
- auch Kliniken sollten hier eingebunden sein, sodass die Übernahme stationärer Patient*innen in ambulante Behandlung erleichtert wird (z. B. Anmeldung in Datenbank auch über Klinik)
- Therapeut*innen suchen bei freien Kapazitäten dann passende Patient*innen
- Börse könnte z.B. über TSS organisiert werden
- funktioniert nur in Gebieten mit ausreichender Versorgung, fraglich ob das in unterversorgten Regionen machbar ist

Schnittstelle stationäre/ambulante Versorgung

- Einbindung in Börse siehe oben
- Gruppentherapie nach Klinikaufenthalt als Überbrückung: Nach Klinikentlassung könnten niedergelassene Psychotherapeut*innen in Klinikräumlichkeiten Gruppentherapie als „Überbrückung“ bis ambulante Behandlung gefunden ist durchführen (Hintergrund: niedergelassene Psychotherapeut*innen haben oft keine Räumlichkeiten)

Bedarfsplanung

- sollte neu strukturiert und die Evaluation des Bedarfs (2015 in Auftrag gegebenes Gutachten des G-BA) als Basis verwendet werden
- Problem: bereits vorhandene Kassensitze auf dem Land können zum Teil nicht vergeben werden, in städtischen Gebieten gibt es zu wenig Sitze. Daher sollten zusätzlich zu mehr Kassensitzen auch Anreize für eine Niederlassung im ländlichen Bereich geschaffen werden. Beispiele für solche Anreize sind: Förderung von Teilzeitarbeit und Gründung von Praxisgemeinschaften, finanzielle Anreize z.B. bei der Studiumsfinanzierung (ähnlich wie bei Medizin)

Börse für ambulante spezialtherapeutische Angebote

- minder strukturierte Patient*innen sollen aufgefangen werden, indem sie mit Angeboten zusätzlich zu einer Psychotherapie versorgt werden, dazu gehören z.B. Pflege, Ergo- oder Bewegungstherapie
- Verordnung solcher Angebote durch Psychotherapeut*innen?

Onlinetherapieangebot

- im Rahmen der Coronapandemie eingeführte Möglichkeiten zur Onlinetherapie (nicht nur Sprechstunde, sondern ganze Therapie) weiterhin ermöglichen, um immobile oder Patient*innen mit weiten Anfahrtswegen besser versorgen zu können

Telefonische Erreichbarkeit

- Reduktion des Zeitumfangs auf 100 Minuten pro Woche
- Zeiteinheiten von weniger als 50 Min werden kritisiert

Einrichtung von Krisendiensten

- Einrichtung eines psychotherapeutischen Krisendienstes, der vor Ort oder telefonisch erreichbar ist
- TSS soll darauf verweisen können

Ausführliche Version der Handlungsempfehlungen

Evaluation neu eingeführter Reformelemente

Unsere Studienergebnisse zeigen, wie die mit der Reform neu eingeführten Elemente in der Versorgungsrealität umgesetzt werden. Die dringende Notwendigkeit von Veränderungen wurde besonders deutlich hinsichtlich der

- Fusionierung der KZT 1 und 2 (Nr. 2)
- Rezidivprophylaxe als Zusatzkontingent (Nr. 3)
- Flexibilisierung der telefonischen Erreichbarkeit (Nr. 4)

Fusionierung der KZT 1 und 2 (Nr. 2): §29 der Psychotherapie-Richtlinie sieht seit der Reform eine Teilung der KZT in zwei Bewilligungsschritte vor, weswegen nach 12 Behandlungsstunden eine erneute Beantragung für die KZT erforderlich ist. Die in unserer Studie befragten Psychotherapeut*innen sahen in der erneuten Beantragung mitunter einen sinnlosen Mehraufwand, da eine KZT im Regelfall nicht nach 12 Behandlungsstunden beendet sei. Manche sahen darin die Unterstellung, Therapien unnötig in die Länge zu ziehen. Mit der Fusionierung der KZTen könnten Psychotherapeut*innen nicht nur zeitlichen Aufwand einsparen: Unsere Bürokratiekostenermittlung zeigte, dass damit auch die Kosten für die Beantragung von KZTen gesenkt werden könnten. Daher empfehlen wir, die KZT 1 und 2 wieder zu fusionieren. Dafür fand sich auch im Rahmen der Abschlusskonferenz ein breiter Konsens.

Adressat dieser Empfehlung ist der G-BA.

Rezidivprophylaxe als Zusatzkontingent (Nr. 3): Im §14 Abs. 2 der Psychotherapierichtlinie wird geregelt, dass für die Rezidivprophylaxe Stunden aus dem bewilligten Behandlungskontingent verwendet werden. Psychotherapeut*innen kritisierten, dass für die Rezidivprophylaxe Stunden des bewilligten Behandlungskontingentes abgezogen werden. Daher empfehlen wir, dass für die Rezidivprophylaxe ein zusätzliches Stundenkontingent zu Verfügung gestellt wird. Konkret bedeutet dies: bei mindestens 40 Stunden LZT zusätzlich maximal 8 Stunden Rezidivprophylaxe, bei mindestens 60 Stunden LZT zusätzlich maximal 16 Stunden Rezidivprophylaxe.

Adressat dieser Empfehlung ist der G-BA.

Flexibilisierung der telefonischen Erreichbarkeit (Nr. 4): §1 Abs. 8 der Psychotherapierichtlinie schreibt, neben der Dauer der telefonischen Erreichbarkeit, auch vor, dass diese zu festgelegten Zeiten stattfinden sollen. Nachteile dieser Regelung wurden in unserer Studie sowohl aus der Sicht von Psychotherapeut*innen als auch von Patient*innen und Zuweiser*innen deutlich. Erstere kritisierten u.a. die fehlende Flexibilität, die sich mitunter nachteilig für Patient*innen auswirke (z. B. wenn diese in den festgelegten Erreichbarkeitszeiten nicht telefonieren können). Zudem berichteten die Psychotherapeut*innen, dass Patient*innen auch außerhalb der Sprechzeiten anrufen würden. Patient*innen und Zuweiser*innen berichteten Probleme mit der Erreichbarkeit bzw. der unterschiedlichen Erreichbarkeitszeiten von Psychotherapeut*innen. Auch im Rahmen der Abschlusskonferenz wurde die Reduktion der Belastungen für Psychotherapeut*innen kontrovers diskutiert. Um für alle Seiten eine Verbesserung zu erreichen, empfehlen wir eine Flexibilisierung der telefonischen Sprechzeiten unter Gewährleistung von guter Erreichbarkeit. So können Psychotherapeut*innen beispielsweise auf Rückruf- oder Terminwünsche von Patient*innen besser eingehen.

Adressat dieser Empfehlung ist der G-BA.

Empfehlungen zu bestehenden Versorgungselementen

In Bezug auf die bestehenden Versorgungselemente ermittelten wir in unserer Studie Handlungsbedarf hinsichtlich:

- Abschaffung der Verpflichtung zur Einholung eines Konsiliarberichts (Nr. 8)
- Anpassung Vergütungsmaßstab bei der Therapiebeantragung (Nr. 7)

Abschaffung der Verpflichtung zur Einholung eines Konsiliarberichts (Nr. 8): Das Sozialgesetzbuch V §28 Abs. 3 schreibt das Einholen eines Konsiliarberichts als Voraussetzung für den Beginn einer Psychotherapie vor. Unsere Studienergebnisse zeigen, dass der Konsiliarbericht von Psychotherapeut*innen mitunter als bürokratische Hürde mit wenig Mehrwert angesehen wird, die den Beginn einer Psychotherapie verzögern kann (z. B. dann, wenn Patient*innen mit der Vereinbarung eines Zusatztermins überfordert sind oder Termine bei ärztlichen Zuweiser*innen zusätzliche Wartezeit verursachen). Um Verzögerungen des Therapiebeginns sowie Bürokratieaufwände zu reduzieren, empfehlen wir die Abschaffung des Konsiliarberichts als notwendige Voraussetzung für den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie. Es sollte die Möglichkeit bestehen bleiben, den Konsiliarbericht im Bedarfsfall anfordern zu können. Adressat dieser Empfehlung ist der Gesetzgeber.

Anpassung Vergütungsmaßstab bei der Therapiebeantragung (Nr. 7): In den Tragenden Gründen zur Psychotherapiestrukturereform stellte der G-BA Schätzungen zu Bürokratiekosten an. Unsere Studienergebnisse stimmen mit der Schätzung des G-BA für den Zeitaufwand der Beantragung einer LZT überein. Der Tarif von 50,30 € pro Stunde für die Vergütung der Therapiebeantragung entspricht jedoch nicht der Komplexität des anfallenden Arbeitsaufwands, insbesondere bei der Beantragung von LZT. Dies spiegelte sich sowohl in den Interviews mit Psychotherapeut*innen als auch in den Diskussionen bei der Abschlusskonferenz wider. Wir empfehlen deswegen eine Überarbeitung des Vergütungsmaßstabs bei der Therapiebeantragung bzw. bei künftigen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Der zugrundeliegende Tarif sollte entsprechend der Komplexität des anfallenden Aufwands angehoben werden. Adressat dieser Empfehlung ist der Bewertungsausschuss.

Gewährleistung bedarfsgerechter Versorgung

Sowohl in den Interviews im Rahmen der Studie als auch bei der Abschlusskonferenz wurde über einzelne Versorgungselemente hinaus auch die gesamte Versorgungssituation thematisiert. Folgende Maßnahmen könnten zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen:

- Reform der Bedarfsplanung (Nr. 1)
- Einheitliches Kostenerstattungsverfahren (Nr. 9)
- Vergütung von Koordinationsleistungen (Nr. 6)
- Telefanziffer über pandemische Lage hinaus (Nr. 12)

Reform der Bedarfsplanung (Nr. 1): Die Ergebnisse unserer Wartezeitanalysen ergaben, dass durch die Reform keine Verkürzung von Wartezeiten erreicht werden konnte. Auch Psychotherapeut*innen gaben an, dass sie sich nicht dazu in der Lage sehen, Wartezeiten auf einen Therapieplatz in ihren Praxen weiter zu verkürzen. Patient*innen sowie Haus- und Fachärzt*innen beklagten die langen Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung. Unsere Studie zeigt also aus verschiedenen Perspektiven, dass die Nachfrage an

Psychotherapie durch das bestehende Angebot kassenärztlich tätiger Psychotherapeut*innen nicht gedeckt werden kann. Auch bei der Abschlusskonferenz gab es hierzu breiten Konsens. Daher empfehlen wir eine Reform der Bedarfsplanung. Deren Ausgestaltung könnte, wie von der Bundespsychotherapeuten-kammer vorgeschlagen [31], eine Modifikation der Verhältniszahlen beinhalten, die sich weniger an der Altersstruktur der Gesellschaft und mehr an der psychischen Morbidität in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung über die Zeit orientiert.

Adressaten dieser Empfehlung sind der G-BA sowie die Landes- und Zulassungsausschüsse.

Einheitliches Kostenerstattungsverfahren (Nr. 9): Im Zuge des unzureichenden Angebots an Psychotherapie in kassenärztlichen Praxen wurde im Rahmen der Interviews auch der Wunsch nach der Umsetzung des Kostenerstattungsverfahrens geäußert. Um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu schaffen, empfehlen wir, klare, einheitliche Kriterien für die Gewährung der Kostenerstattung bei approbierten Psychotherapeut*innen mit Fachkunde zu definieren. Zudem sollte jede Krankenkasse die in der Kostenerstattung erbrachten Leistungen offenlegen.

Adressaten dieser Empfehlung sind die Gesetzlichen Krankenkassen.

Vergütung von Koordinationsleistungen (Nr. 6): Eine gute psychotherapeutische Versorgung erfordert in Einzelfällen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Behandler. Dies ist der Fall, wenn eine patientenbezogene, interdisziplinäre oder komplexe Fragestellung vorliegt, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Koordination erfordert. Seit dem 1. Oktober 2020 können solche Koordinationsleistungen als Telekonsilium abgerechnet werden. Telefonische Kontakte werden durch diese Ziffer nicht abgedeckt (Vereinbarung gemäß § 291g Absatz 6 SGB V (Telekonsilien-Vereinbarung)), sind in der Praxis jedoch häufig notwendig. Unsere Studienergebnisse bestätigten dies insofern, dass sich Zuweiser*innen und Psychotherapeut*innen für eine engere berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit aussprachen. Dies betrifft auch Patient*innen, die nicht durch die neue KSVPsych-RL (Komplex-Richtlinie) adressiert werden.

Um notwendigen sektorenübergreifenden Behandlungsbedarf zu fördern, empfehlen wir die Einführung einer Abrechnungsziffer für die telefonische Kommunikation zwischen unterschiedlichen Behandler*innen.

Adressat dieser Empfehlung ist der Bewertungsausschuss.

Telefonziffer über pandemische Lage hinaus ermöglichen (Nr. 12): Die Sonderregelungen zur Corona Pandemie ermöglichte die Abrechnung telefonischer Gespräche mithilfe der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) Ziffer 01433. Diese Regelung ist aktuell jedoch bis zum 31.03.2022 beschränkt. Im Rahmen der Abschlusskonferenz wurde thematisiert, dass Patient*innen mit besonderen Einschränkungen (z. B. immobile oder technisch nicht ausreichend für Videobehandlungen versierte/ausgestattete Patient*innen) unabhängig von der pandemischen Lage auf telefonische Gespräche angewiesen sind, beispielsweise um die Zeit bis zu einem möglichen Präsenzkontakt zu überbrücken. Um telefonische Konsultationen für Patient*innen mit solchen Einschränkungen auch künftig gewährleisten zu können, sollte die im Rahmen der Corona-Pandemie eingeführte Telefonziffer EBM 01433 über die pandemische Lage hinaus abgerechnet werden können. Voraussetzung für telefonische oder videobasierte Gespräche sollte, außer in begründeten Ausnahmefällen, mindestens ein Präsenzkontakt sein.

Adressaten dieser Empfehlung sind die KBV sowie der GKV-Spitzenverband.

Berücksichtigung von Besonderheiten in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Im Rahmen der Abschlusskonferenz wurden weitere Themen für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie identifiziert, bei denen Veränderungsbedarf besteht:

- Kindgerechte Umformulierung der Formblätter für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (PTV 1, PTV 10, PTV 11) (Nr. 10)
- Möglichkeit zur Adressierung der Kostenzusage an den/die Psychotherapeut*in anstelle der Sorgeberechtigten bei einsichts- und urteilsfähigen jugendlichen Patient*innen (i.d.R. ab 14 Jahren) (Nr. 11)
- Erlaubnis zur Durchführung von Psychotherapie in Kleinstgruppen im kurzfristigen Verhinderungsfall von Patient*innen (Nr. 5)

Kindgerechte Umformulierung der Formblätter für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (Nr. 10): Anlage 1 der Psychotherapievereinbarung enthält die Vorlagen für die PTV-Formulare. Diese sind im gegenwärtigen Zustand ausschließlich auf die Beantragung von Erwachsenentherapie ausgerichtet, obwohl auch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapien mit diesen Formularen beantragt werden. Formulierungen für die Beantragung einer Psychotherapie für ein Kind oder nicht einsichtsfähigen Jugendlichen durch die Eltern sowie die Beantragung einer Psychotherapie eines einsichts- und urteilsfähigen Jugendlichen für sich selbst sind nicht aufgeführt. Wir empfehlen, dass die Formulierungen im PTV1, PTV10 und PTV11 angepasst werden, sodass sie auch Kinder/Jugendliche und Eltern bzw. Sorgeberechtigte adressieren. Beispielsweise sollte bei der Beantragung einer Psychotherapie zwischen „für mich“ und „für mein Kind“ unterschieden werden. Zusätzlich sollte eine kindgerechte Version des Aufklärungsbogens über Psychotherapie (PTV10) entwickelt werden.

Adressaten dieser Empfehlung sind die KBV sowie der GKV-Spitzenverband.

Möglichkeit zur Adressierung der Kostenzusage an den/die Psychotherapeut*in anstelle der Sorgeberechtigten bei einsichts- und urteilsfähigen jugendlichen Patient*innen ab (i.d.R. ab 14 Jahren) (Nr. 11): Bei einsichts- und urteilsfähigen Jugendlichen muss aktuell die Kostenzusage an das Elternhaus adressiert werden, auch wenn eine Einbindung des Elternhauses für die Therapiebeantragung nicht notwendig (und mitunter nicht beabsichtigt bzw. durch den/die Jugendliche*n nicht gewünscht) ist. Um eine zwingende Einbindung des Elternhauses zu unterbinden, empfehlen wir, dass auf dem PTV1 ein Ankreuzfeld eingefügt wird, das einen Vermerk der Adressierung der Kostenzusage für eine Therapie an den/die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*in enthält.

Adressaten dieser Empfehlung sind die KBV sowie der GKV-Spitzenverband.

Erlaubnis zur Durchführung von Psychotherapie in Kleinstgruppen im kurzfristigen Verhinderungsfall von Patient*innen (Nr. 5): §21 Abs. 1 Satz 2 der Psychotherapierichtlinie schreibt vor, dass eine Gruppentherapie ab einer Teilnehmerzahl von 3 Personen durchführbar ist. Sinkt die Gruppengröße, zum Beispiel durch die kurzfristige Stundenabsage von Gruppenmitgliedern, unter die Schwelle der bislang vorgeschriebenen 3 Personen, kann keine Gruppentherapie mit den verbleibenden beiden Gruppenmitgliedern durchgeführt werden. Kinder können, anders als Erwachsene, nicht einfach nach Hause geschickt werden. Psychotherapeut*innen stehen vor dem Dilemma, die Kinder und Jugendlichen beaufsichtigen zu müssen ohne Gruppentherapie durchführen zu dürfen. Eine ersatzweise Durchführung von Einzeltherapien kann nicht mit der Aufsichtspflicht für das zweite Kind vereinbart werden und ist somit keine Alternative. Wir empfehlen deswegen, dass Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche auch unterhalb der bisher vorgeschriebenen Gruppengröße von drei Personen zugelassen werden sollte, falls ein Gruppenmitglied kurzfristig verhindert ist.

Adressat dieser Empfehlung ist der G-BA.

Vorschläge ohne Konsens

Die folgenden Punkte kamen im Rahmen der Studie oder der zweitägigen Abschlusskonferenz auf und stellen Anregungen zur Diskussion in den genannten Institutionen dar.

Adressat: G-BA

- A. Keine Patientenevaluation bei zukünftigen Qualitätssicherungsmaßnahmen, da diese durch behandlungsimmanente Krisen oder der zu behandelnden Symptomatik selbst verzerrt sein können
- B. Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie verschiedener Verfahren in Einzelfällen
- C. Durchführung von Gruppentherapie mit zwei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen ab einer Gruppengröße von 4 Kindern/Jugendlichen

Adressat: Gesetzgeber

- D. Aufnahme vorsorglicher psychotherapeutischer Maßnahmen ohne F-Diagnose als Leistung zur Krankheitsprävention in das Präventionsgesetz

Adressat: Bewertungsausschuss

- E. Erhöhung Vergütung Arztbrief: Aktuelles Honorar wird dem Aufwand für die Schilderung komplexer Sachverhalte nicht gerecht
- F. Diskussion über generelle Vergütung telefonischer Erreichbarkeitszeiten

Adressaten: Jugendämter

- G. Einheitliche Regelung zur Kostenübernahme für fallbezogene Dokumente von den anfordernden Stellen (z. B. Jugendämtern)

Adressat: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

- H. Bessere Aufklärung von Kinderärzt*innen und Sorgeberechtigten über Möglichkeit einer diagnostischen Abklärung psychischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen

Adressaten: In Schulen tätige Sozialarbeiter*innen und Seelsorger*innen

- I. Aufklärung von Jugendlichen über Möglichkeit der eigenständigen Beantragung einer Psychotherapie durch Sozialarbeiter*innen und Seelsorger*innen

Anhang 2

Anhang 2.1: Arbeitspaket 2	4
Anhang 2.2: Arbeitspaket 3	12
Anhang 2.3: Arbeitspaket 4	19
Anhang 2.4: Arbeitspaket 5	23
Anhang 2.5: Arbeitspaket 6	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: AP4 Personengruppen mit schwierigem Versorgungszugang.....	22
Abbildung 2.2: AP5 Anzahl Psychotherapeut*innen mit Gruppentherapiezulassung	24
Abbildung 2.3: AP5 Anzahl abgerechneter Gruppentherapieleistungen pro KV.....	24
Abbildung 2.4: AP5 Durchschnittliche Anzahl Gruppentherapieleistungen pro Psychotherapeut*in mit Gruppentherapiezulassung pro KV	25
Abbildung 2.5: AP5 Vermittlung Psychotherapeutische Sprechstunde.....	26
Abbildung 2.6: AP5 Prozentsatz erfolgreicher Vermittlung Psychotherapeutische Sprechstunde.....	27
Abbildung 2.7: AP5 Vermittlung Akutbehandlung.....	28
Abbildung 2.8: AP5 Prozentsatz erfolgreicher Vermittlung Akutbehandlung	28
Abbildung 2.9: AP5 Vermittlung Probatorische Sitzungen	29
Abbildung 2.10: AP5 Prozentsatz erfolgreicher Vermittlung Probatorische Sitzung.....	30

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: AP2 Kategorien der qualitativen Auswertung.....	4
Tabelle 2.2: AP3 Charakteristika Teilnehmer*innen.....	12
Tabelle 2.3: AP3 Kategorien der qualitativen Auswertung.....	13
Tabelle 2.4: AP4 Response und Ablehnungsgründe	19
Tabelle 2.5: AP4 Stichprobe (Nicht-)Teilnehmer*innen Haus- und Fachärzt*innen	19
Tabelle 2.6: AP4 Kategorien der qualitativen Auswertung Haus- und Fachärzt*innen.....	20
Tabelle 2.7: AP4 Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter*innen Kassenärztlicher Vereinigungen	22
Tabelle 2.8: AP5 Gruppentherapie.....	23
Tabelle 2.9: AP5 Gesamtzahlen Anfragen und Terminvereinbarungen aller datenliefernden KVen	25
Tabelle 2.10: AP5 Vermittlung Psychotherapeutische Sprechstunde pro KV.....	26
Tabelle 2.11: AP5 Vermittlung Akutbehandlung pro KV.....	27
Tabelle 2.12: AP5 Vermittlung Probatorische Sitzungen pro KV	29
Tabelle 2.13: AP5 Gesamtanzahlen Anfragen und Terminvereinbarungen pro KV.....	30
Tabelle 2.14: AP5 Zusammensetzung Anfragen.....	31
Tabelle 2.15: AP6 Charakteristika der befragten Psychotherapeut*innen zur Ermittlung der Bürokratiekosten.....	33
Tabelle 2.16: AP6 Vergleich Teilnehmer*innen und Nichtteilnehmer*innen	33
Tabelle 2.17: AP6 Gesamtkosten Tragende Gründe vs. PT-REFORM	35
Tabelle 2.18: AP6 Einzelne Bürokratiekosten Tragende Gründe vs PT-REFORM	35

Anhang 2.1: Arbeitspaket 2

Tabelle 2.1: AP2 Kategorien der qualitativen Auswertung

Akutbehandlung	
Gründe für Nutzung	Nutzung als Erstbehandlung (25;8)*
	Nutzung als Überbrückung (10;8)
	Vorteil kein Konsiliarbericht notwendig (12;9)
	Nutzung wegen schneller, unbürokratischer Handhabung (31;22)
	Nutzung als Nachbehandlung (19; 11)
Probleme	Folgen/allg. Probleme (17;13)
	Kapazitäten (18;11)
	Konzept (27;17)
	allein nicht ausreichend (11;8)
Häufigkeit Nutzung	nicht genutzt (14;11)
	seltene Nutzung (16;13)
	Regelmäßige Nutzung (4;3)
Verbesserungsvorschläge	bzgl. Abrechnung (5;5)
	bzgl. Durchführung (8;6)
	Streichen (5;3)
Belastungen durch die Reform	
zeitliche Belastungen	Gründe zeitliche Belastung (22;18)
	Gründe für zeitliche Entlastung (11;7)
emotionale Belastungen	Flexibilität (8;7)
	Einstellung auf Neues (9;5)
	Druck/Stress (20;14)
	Ärger/Frustration (10;9)
	positive Aspekte (9;6)
	Abweisen von Patient*innen in Not (10;10)
Belastungsfolgen	keine Änderung der Arbeitsbelastung (10;8)
	auf Wohlbefinden (16;16)
	auf Krankheitstage (23;23)
Beurteilung wichtigster Elemente der Reform	
größte Schwachstellen für Patient*innen	Anreiz kurze Therapien (4;2)
	Therapieplätze (19;11)
	(Verständnis von) Sprechstunde (17;16)
	Zugang (8;7)
	Anderes (7;6)

Tabelle 2.1: AP2 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

größte Schwachstellen für Psychotherapeut*innen	Außenwelt (8;7)
	Anderes (10;9)
	Gutachterberichte (7;7)
	Vermittlung (8;8)
	Bürokratie (13;11)
	Verpflichtungen (11;11)
	Kapazitäten (7;7)
größte Verbesserungen für Patient*innen	keine Verbesserungen (16;15)
	Sprechstunde (21;20)
	andere Reformelemente (10;9)
	Akutbehandlung/Rezidivprophylaxe (12;9)
	telefonische Erreichbarkeit (8;7)
	Anderes (5;5)
größte Verbesserungen für Psychotherapeut*innen	Antragsverfahren (25;20)
	Behandlungsflexibilität (14;12)
	Vergütung (14;12)
	keine Verbesserungen (6;6)
	Anderes (6;5)
Bürokratieaufwand	
Verbesserungsvorschläge	Änderungen Gutachter Verfahren (10;8)
	keine Idee/ Notwendigkeit (7;7)
	KZT Zusammenlegen (12;11)
	Telefonische Erreichbarkeit (2;2)
	KZT 1/Akutbehandlung (3;2)
	Vereinfachungen (4;4)
	Konsiliarbericht abschaffen (4;4)
	Sprechstunde (5;3)
	Digitalisierung (5;4)
	Sonstiges (2;2)
	Vergütung (3;3)
	Hürden abschaffen (7;7)
	unspezifisch (4;3)
Veränderungen durch die Reform	generell Aufwand erhöht (16;16)
	Mehraufwand telefonische Erreichbarkeit (4;4)
	Mehraufwand KZT Beantragung (8;8)
	Mehraufwand Formulare/Dokumentation (11;11)
	Mehraufwand Sonstiges (5;5)
	keine Veränderungen (10;10)
	generell Aufwand reduziert (5;5)
	Reduktion Aufwand Antragsverfahren (8;7)
	Sonstige positive Änderungen durch Reform (4;3)
	Sonstige negative Änderungen durch Reform (3;3)
Sonstiges (4;4)	

Tabelle 2.1: AP2 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

Abweichungen von der Reform	
Meldung von Sprechstundenterminen (18;13)	
Anliegen an den Gemeinsamen Bundesausschuss	
Vereinfachung (20;14)	
weniger Verpflichtung und mehr Flexibilität (21;16)	
finanzielle Aspekte (9;7)	
Gutachter-Verfahren (18;5)	
Mehr Niederlassungen (9;5)	
Kooperation und Einbezug (5;5)	
Neuerungen (4;4)	
Ökonomisierung (2;2)	
Qualitätssicherung (3;3)	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (5;3)	
Rest (4;4)	
Gruppentherapie	
Gründe für fehlendes Angebot	Fehlen der Abrechnungsgenehmigung (20;16)
	Persönliche Gründe (23;17)
	Organisation (10;10)
	kein Bedürfnis auf Seiten der Patient*innen (5;4)
	Ressourcenaufwand (14;11)
Spezifika von Gruppentherapie	positive Haltung (17;14)
	spezifisches Indikationsgebiet (19;13)
	Gruppensetting als Vorteil (13;10)
negative Aspekte in Zusammenhang mit Gruppentherapie	Kritik am Konzept der Gruppentherapie (12;8)
	Erschwerende Rahmenbedingungen (19;14)
	negative Erwartungen Kombinationsbehandlung (8;4)
	Versorgungsdefizite (10;9)
	persönliche Gründe für unverändertes Angebot (11;7)
Verbesserungen durch die Reform	Förderung des Gruppentherapie-Angebots durch Flexibilisierung und Kombinationsbehandlung (24;19)
	höhere Vergütung (10;7)
	vereinfachte Beantragung / Gutachterverfahren (13;10)
Verbesserungsvorschläge	Barrieren abbauen (11;7)
	Zugang zu Gruppentherapie verbessern (8;5)
	Versorgungsqualität verbessern (21;11)
	Beantragung von Gruppentherapie weiter vereinfachen (7;3)

Tabelle 2.1: AP2 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

Sprechstunde	
Nutzen	kein Mehrwert (14;8)
	sinnvoll (6;6)
Inanspruchnahme durch Patient*innen	Ablehnung bei fehlenden Therapieplatzkapazitäten (12;7)
	hohe Inanspruchnahme (5;5)
Vorteile Patient*innen (30;21)	
Nachteile Patient*innen	Unkenntnis (21;14)
	Anderes (6;6)
Vorteile Psychotherapeut*innen (48;24)	
Nachteile Psychotherapeut*innen	Honorarausfälle (10;7)
	Belastung durch Abweisung (3;3)
Umsetzung	Vordiagnostik (3;2)
	Terminierung (23;17)
	TSS (3;3)
	Dauer (10;9)
	Organisationsaufwand (9;7)
	Ablauf (13;10)
	inhaltliche Aspekte (12;6)
Nutzen/Triagefunktion (27; 17)	
zeitliche Aspekte (15;14)	
Verpflichtung	unproblematisch (8;7)
	Eingriff in Autonomie (9;6)
Verbesserungsvorschläge	Unterstützung durch Dritte (8;7)
	Konzeptualisierung (7;5)
	Abschaffung Verpflichtung (4;4)
	größeres Angebot (5;4)
	Stundenabsagen (2;2)
	Sonstiges (4;4)
keine (14;14)	
Versorgungssituation	
Bedarfsplanung (31;21)	
Wünsche bzgl. Reformelementen	Sprechstunde (5;5)
	Reduktion Bürokratieaufwand (4;4)
	TSS (4;3)
Positives bzgl. Reformelementen (10;9)	
Probleme bzgl. Reformelementen (7;6)	
Wünsche generell	Personal in Beratungsstellen (5;5)
	Vereinfachungen (6;6)
	Notdienst/Screening (5;4)

Tabelle 2.1: AP2 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

Positives generell (10;9)	
Probleme generell	Mangel an Therapieplätzen (9;9)
	Anderes (5;4)
Aufklärung (13;9)	
Gesellschaft (9;7)	
Stand Vernetzung (10;8)	
Wünsche bzgl. Konsiliarbericht /Kommunikation mit Ärzt*innen	bessere Vernetzung (15;12)
	Koordination Versorgung nach Klinikaufenthalt (4;4)
zentrale Therapieplatzvergabe (5;4)	
keine Notwendigkeit/Möglichkeit/Idee zur Verbesserung (13;11)	
Nicht leistbares	
Angebot Akutbehandlung/Therapieplätze (11;8)	
Verkürzung Wartezeit (16;16)	
Sprechstunde (5;5)	
Anderes (5;5)	
Gruppentherapie (4;4)	
Rezidivprophylaxe	
Nachteile Rezidivprophylaxe	Organisation (21;15)
	keine Schwierigkeiten/nicht beurteilbar (13;13)
	bzgl. Patient*innen (12;9)
Vorteile Rezidivprophylaxe	Abrechnung/Organisation (25;17)
	bzgl. Patient*innen (24;19)
Verbesserungsvorschläge + wünschenswerter Behandlungsabschluss	„Gut so wie es ist“ (9;9)
	andere Wünsche (10;10)
	zusätzliches Kontingent (11;5)
Einfluss (Arbeitsweise mit Rezidivprophylaxe) /Umsetzung	Beantragung - ja (20;20) - nicht absehbar (9;8) - nein (11;11)
	Beantragung – wie - ja – wie (18;15) - nicht absehbar – wie (13;7) - nein – wie (13;8)
	Änderung gegenüber früher (17;12)

Tabelle 2.1: AP2 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

Telefonische Erreichbarkeit	
Inanspruchnahme	wer/für was (19;15)
	Häufigkeit (26;22)
	Einhaltung Zeiten vs. Anrufbeantworter/Rückruf vs. Mail (50;30)
Nachteile	Zeitdauer/Flexibilität (23;17)
	Bezahlung (8;8)
	Belastungen (10;5)
	Sinnhaftigkeit (11;8)
Zeitlicher Einsatz: Organisation (36;26)	
Einfluss: keine Änderung zu vorher (20;15)	
Vorteile	persönlicher Ansprechpartner*in (15;13)
	Strukturgebung (3;3)
	Verpflichtung (11;8)
Verbesserungsvorschläge	Dauer verkürzen (6;5)
	alternative Organisation (7;7)
Sonstiges (4;3)	
Therapiebeantragung	
Antragsverfahren KZT: Wegfall Gutachterpflicht bei KZTen	keine Änderung, da bereits vorher von Gutachterpflicht befreit (25;23)
	Konzeptualisierung: Veränderung (15;12)
	Konzeptualisierung: keine Veränderung (18;14)
	Nachteile (17;13)
	Vorteile (31;22)
Antragsverfahren KZT: Zweiter Bewilligungsschritt KZTen	Nachteile (42;34)
	Unterstellung unnötig langer Therapien (11;10)
	Vorteile (10;9)
Antragsverfahren LZT: Reduktion Bewilligungsschritte bei LZTen	Nachteile (7;6)
	Vorteile (39;31)
Antragsverfahren LZT: Wegfall Gutachterverfahren bei Fortführung	Nachteile (4;3)
	Vorteile (8;8)
Verbesserungsvorschläge	Gutachterverfahren (9;7)
	Kontingente (6;5)
	Konsilbericht (3;2)
	Benutzerfreundlichkeit (1;1)
Sonstiges	Aufwand (4;4)
	Rest (6;5)

Tabelle 2.1: AP2 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

Wartezeiten	
Maßnahmen zur Verkürzung von Wartezeit	keine Notwendigkeit (15;10)
	Angebot Gruppentherapie (8;5)
	Arbeitsweise (5;5)
	Terminvergabe (15;13)
	Weiterverweisung (2;2)
	keine Möglichkeit/keine Idee (15;15)
	Patientenselektion (6;4)
Verbesserungsvorschläge	mehr Zulassungen/Kassensitze (30;22)
	weitere einzelne Vorschläge (15;9)
	Ausfüllen Versorgungsauftrag (9;8)
	Reaktivierung Kostenerstattungsverfahren (3;3)
Wartezeit zwischen Erstgespräch und Richtlinientherapie	Änderungen (13;12)
	Beschreibung (Determinanten der) Dauer (45;31)
	keine Veränderung durch Reform (26;23)
Wartezeit zwischen Erstkontakt und Erstgespräch	keine Veränderung durch Reform (27;21)
	Beschreibung (Determinanten der) Dauer (38;30)
	Handhabung Erstgespräch (31;21)
	Veränderungen durch Reform (12;10)
Sonstiges	Probleme (7;5)
Vorgehen bei fehlenden Behandlungskapazitäten	
Verweis an Institute (3;2)	
Verweis an bekannte Psychotherapeut*innen (24;18)	
Verweis auf Liste (21;17)	
kein Verweis/Verweis ohne Erfolgsaussicht (17;13)	
Verweis an TSS (21;15)	
Verweis an Beratungsstellen/Selbsthilfegruppen (10;7)	
Verweis an (Tages-)Klinik/Ambulanz/Psychiater (29;18)	
persönliches Kümmern (14;10)	
Vergabe Dringlichkeitscode (11;9)	
Angebot Wiedervorstellung (3;3)	
Aufklärung weitere Suchmöglichkeiten (11;7)	
Aufklärung Kostenerstattungsverfahren/Verweis an Privatpraxen (4;4)	
inhaltliche Aufklärung (4;4)	

Tabelle 2.1: AP2 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

keine Warteliste (6;4)	
Führen einer Warteliste (17;13)	
Angebot Überbrückungstermine (6;5)	
Warteliste Modalitäten (13;11)	
Wartezeiten (3;3)	
Angebot Behandlung (7;7)	
Sonstiges (3;3)	

*(Anzahl Textsegmente; Anzahl Interviews, die dieser Kategorie zugewiesen wurden), KZT=Kurzzeittherapie, LZT=Langzeittherapie, TSS=Terminservicestelle

Anhang 2.2: Arbeitspaket 3

Tabelle 2.2: AP3 Charakteristika Teilnehmer*innen

	n	%		n	%
Geschlecht			Höchster Schulabschluss		
weiblich	25	54%	kein Schulabschluss	1	2%
männlich	21	46%	Hauptschule	4	9%
Familienstand			Realschule	10	22%
ledig	27	59%	Fachhochschulreife	3	6,5%
verheiratet	12	26%	Abitur	26	56,5%
verwitwet	1	2%	anderer Schulabschluss	1	2%
geschieden	5	11%	unbekannt	1	2%
unbekannt/uneindeutig	1	2%	Berufsausbildung		
Aktuell Krankgeschrieben			keine Berufsausbildung	7	15%
ja	21	46%	Lehre	14	30%
nein	25	54%	Fachschule	3	7%
Beschwerden*			Fachhochschule	1	2%
Depression	37	80%	Universität, Hochschule	18	39%
Ängste/Panikattacken	26	57%	andere Berufsausbildung	3	7%
PTBS/Belastungen	5	11%	Krankenversicherung		
Somatische Beschwerden	10	22%	gesetzlich	41	89%
Stress/Burnout	4	9%	Beihilfe	1	2%
Interaktionelle Probleme	11	24%	privat	4	9%
Suizidgedanken	4	9%	Geburtsland		
ADS/ADHS	3	7%	Deutschland	39	85%
Essstörungen	2	4%	EU Ausland	3	6%
Zwangsstörung	2	4%	Nicht EU Ausland	4	9%
Alkoholabhängigkeit	2	4%			

Erläuterungen: *=kategorisierte Freitextantworten, mehrere Kategorien pro Person möglich, PTBS=Posttraumatische Belastungsstörung, ADS=Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, ADHS=Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung

Tabelle 2.3: AP3 Kategorien der qualitativen Auswertung

t1	Erwartungen/Präferenzen	
	Psychotherapeut*in/ Psychotherapie	konkrete Inhalte Therapie (inhaltl. Ebene) (33;23)*
		Passung, Chemie, Zwischenmenschliches (Beziehungsebene) (35;19)
		Therapieform (13;11)
		Geschlecht (14;12)
		Eigenschaften (9;7)
		Zeitaspekte, Entfernung (6;6)
		Professionalität (3;2)
		keine Präferenz (4;4)
unklare Basisinformationen (9;9)		
Suchprozess	Erreichbarkeit, Kontaktaufnahme (10;9)	
	optimistisch (7;6)	
	fehlende Informationen (9;7)	
	lange Wartezeiten (20;15)	
	Frust, Pessimismus (10;9)	
TSS	TSS als Informationsstelle (5;5)	
	Erwartung: schnelle Terminvermittlung (5;3)	
	neutrale + positive Einstellung, Zustimmung (17;12)	
	Frustration, Erwartung eines Psychotherapieplatzes (17;4)	
Grundeinstellungen		
Sonstiges: Einstellungen, Präferenzen, Annahmen (5;6)		
Neutralität, eher Gleichmut (2;2)		
geringe Selbstwirksamkeitserwartung, Negativität, externe Attribution (13;21)		
positive Einstellung, Selbstwirksamkeitserfahrung (5;7)		
Hürden		
externe Hürden	Erreichbarkeit (5;5)	
	Entfernung (15;8)	
	keine freien Kapazitäten (23;18)	
	lange Dauer, lange Wartelisten (38;20)	
	fehlende Informationen, geringe Unterstützung (27;17)	

Tabelle 2.3: AP3 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

	COVID-19 (8;4)
	geringe Aktualität der Liste, fehlende Übersicht (4;2)
	Vereinbarkeit von Beruf und Therapie (16;10)
	Diagnose als Hürde (4;3)
	mangelhafte Passung/Chemie (8;6)
	private vs. gesetzliche Krankenversicherung (9;5)
	Präferenzen bzgl. Psychotherapeut*innen (5;3)
	Sonstiges, Restkategorie (6;6)
interne Hürden	Frustration, Resignation, Widerwille (19;11)
	Diagnose, Persönlichkeitseigenschaften sind hinderlich (33;17)
	Eigenschaften des Suchenden/Individuelle Vorstellungen (8;7)
Informationsstand über Suche	
Informationsstand	kaum Hilfe (20;26)
	Klinik/Teilklinik (6;7)
	Bekannte/Freunde (4;4)
	Internet (10;11)
TSS	keinerlei Vorwissen bzgl. der TSS (11;13)
	kennen die TSS (8;9)
	kennen die TSS, wussten aber nicht, dass diese auch für Psychotherapie gilt (4;4)
	Erwartung an die TSS, dass auch Therapieplätze vergeben werden können (1;1)
	Nutzung und Terminvermittlung TSS (4;3)
	TSS nicht nutzbar (2;1)
	Unzufriedenheit (4;3)
Erfahrungen	Erreichbarkeit (6;6)
	Sonstiges (7;3)
	emotionale Belastung (5;5)
	lange Wartezeit (7;5)
	frühere Vorgehensweise (7;7)
	unklarer Informationsstand (3;2)
	positive Erfahrungen (1;1)
Vorgehen bei der Suche	
externe Unterstützung	Bekannte, Freunde (23;12)
	Hausarzt*in (10;6)
	Klinik (10;6)
	TSS (7;7)
	Beratungsstellen (2;2)
	Arbeitgeber (1;1)
	Krankenkassen (5;3)

Tabelle 2.3: AP3 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

	eigenständige Suche	Internet (36;22)
		Telefonate (22;15)
		Liste + Telefonate (19;13)
		E-Mail (3;3)
		sonstige Strategien (13;13)
		sonstige Recherche (6;5)
Verbesserungsvorschläge		
	Krankenkasse, Priorisierung, Erreichbarkeit, Erstgespräch (6;5)	
	Internet (13;8)	
	Anbindung Klinik (18;14)	
	Beratungsstelle (23;14)	
	Anbindung Hausärzt*in (13;9)	
Informationsquellen		
	Sonstiges (6;5)	
	andere Ärzt*innen (5;5)	
	Hausärzt*innen (13;10)	
	Klinik/Teilklinik Einrichtung (14;12)	
	Freunde/Bekannte/Familie (7;4)	
	Internet (5;4)	
	Liste (unbekannt) (2;2)	
	Sonstiges	
t2	Erfahrungen mit der Suche	
	negative Erfahrungen (27;38)	
	positive Erfahrungen (10;12)	
	unzureichende Informationen (5;5)	
	innere Hürden (5;5)	
	alternatives Vorgehen (4;4)	
	stationärer Aufenthalt (3;3)	
	Sonstiges (2;1)	
	Erfahrungen nach der Suche	
	Wartezeit/Übergangsphase (3;3)	
	andauernde Suche (4;3)	
	positive Erfahrungen (3;3)	
	Sonstiges (3;3)	

Tabelle 2.3: AP3 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

Persönliche Aspekte bei der Suche	
Ratschläge	Durchhalten (18;17)
	Unterstützung einfordern (7;7)
	Empfehlungen (4;4)
	TSS (6;5)
	Kostenerstattungsverfahren (3;3)
	Organisation/Struktur (4;4)
	Hilfsbedürftigkeit eingestehen (2;2)
	probatorische Sitzungen nutzen (2;2)
Präferenzen	Präferenzen wurden beibehalten (25;18)
	Präferenzen wurden gelöst (24;19)
emotionale Belastungen	Frustration (59;30)
	Erleichterung (5;7)
	Gleichgültigkeit (8;6)
Erreichbarkeit	
schlechte Erreichbarkeit (51;27)	
telefonischer Kontakt (12;10)	
Kontakt per Mail (5;5)	
sowohl telefonischer Kontakt als auch per Mail (15;13)	
durchschnittlich/ausgeglichen (12;8)	
positive Erfahrung (10;7)	
Hürde (10;8)	
Verbesserungsvorschlag (4;3)	
Hürden	
andere Hürden	keine Kapazitäten (35;24)
	Mangel an Informationen, belastender Suchprozess (27;12)
	Art der Krankenversicherung (14;11)
	hoher Andrang durch COVID-19 (6;6)
	zu große Entfernung zu Praxen (6;6)
	schwierige Vereinbarkeit Beruf und Therapie (8;4)
	fehlende Empfehlungen/Vernetzung (7;7)
	Individuelles (4;2)
innere Hürden	Frustration (22;13)
	Erkrankung (25;16)
	emotionale Belastung, Einstellung Suche als "Bewerbungsprozess (14;9)
	Sonstiges, Persönliches (10;7)

Tabelle 2.3: AP3 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

TSS	
nicht genutzt (17;16)	
genutzt, unzufrieden (7;5)	
genutzt, Sprechstunde (10;7)	
genutzt, Therapie (2;2)	
nicht bekannt, Interesse (6;6)	
unbekannt (1;1)	
Vorgehensweise	
Liste (30;19)	
Internet (25;16)	
Telefon und/oder Mail (17;14)	
Klinik/Teilklinik (9;6)	
(Haus-)Ärzt*in (8;6)	
Empfehlungen/Unterstützung von Freunden (11;10)	
Krankenkasse/Kostenerstattungsverfahren (8;7)	
TSS (3;3)	
sonstiges Vorgehen (11;10)	
Verbesserungsvorschläge	
Beratungs-/Anlaufstelle (23;10)	
Notfalltelefon (6;4)	
Unterstützung durch Krankenkasse/KV (8;5)	
bessere Erreichbarkeit telefonisch und per Mail (15;13)	
engere Vernetzung der Behandelnden (29;18)	
mehr Kassensitze (5;3)	
mehr Empfehlungen von Vertrauenspersonen (6;4)	
mehr Informationen über Psychotherapeut*innen im Internet (19;12)	
administrative Assistenz für Psychotherapeut*innen (10;7)	
sonstige Vorschläge (11;8)	
keine Suche	
alternative Behandlung (6;6)	
kein Bedarf (2;2)	
Empfehlung (2;2)	
Hürden (2;2)	

Tabelle 2.3: AP3 Kategorien der qualitativen Auswertung (Fortsetzung)

Sucherfolg (quantitative Auswertung)	
kein Platz (n=28)	
Platz gefunden (n=14)	
Erstgespräch hat stattgefunden (n=15)	
Wartezeit	
etwa 12 Monate oder länger auf Beginn einer Psychotherapie (5;4)	
etwa 6-12 Monate auf Beginn einer Psychotherapie (19;15)	
etwa 2-3 Monate auf Beginn einer Psychotherapie (2;2)	
Wartezeit Erstgespräch (19;17)	
Sonstiges (8;7)	

*(Anzahl Textsegmente; Anzahl Interviews, die dieser Kategorie zugewiesen wurden), KV=Kassenärztliche Vereinigung, TSS=Terminservicestelle

Anhang 2.3: Arbeitspaket 4

Tabelle 2.4: AP4 Response und Ablehnungsgründe

Response	n	%
Teilnahme	23	13%
Teilnahme nur Weitergabe Studienunterlagen an Patient*innen	2	1%
keine Teilnahme aus strukturellen Gründen*	5	3%
keine Rückmeldung	60	34%
Ablehnung	86	49%
Summe	176	100%
Ablehnungsgrund	n	%
keine Zeit	31	36%
grundsätzliche Ablehnung von Studienteilnahmen	9	11%
fehlende Kompetenz	7	8%
kein Interesse	12	14%
unbekannt	27	31%
Summe	86	100%

Tabelle 2.5: AP4 Stichprobe (Nicht-)Teilnehmer*innen Haus- und Fachärzt*innen

		Teilnehmend		Nicht teilnehmend		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%
Geschlecht	weiblich	9	39%	60	39%	69	39%
	männlich	14	61%	93	61%	107	61%
Fachrichtung	hausärztlich	13	56%	94	61%	107	61%
	kinderärztlich	5	22%	13	9%	18	10%
	psychiatrisch	2	9%	17	11%	19	11%
	gastroenterologisch	0	0%	15	10%	15	9%
	onkologisch	3	13%	14	9%	17	9%
Zusatzqualifikation	ja	4	17%	10	7%	14	8%
Psychotherapie	nein	19	83%	143	93%	162	92%
Angebot psychosomatischer Grundversorgung	ja	17	74%	99	65%	116	66%
	nein	6	26%	54	35%	60	34%
Praxisform	Einzelpraxis	7	30%	59	38%	66	37%
	Gemeinschaftspraxis	13	57%	82	54%	95	54%
	andere Praxisform	2	9%	8	5%	10	6%
	unbekannt	1	4%	4	3%	5	3%
Lokalisation	städtisch	17	74%	71	46%	88	50%
	ländlich	6	26%	82	54%	88	50%

Tabelle 2.6: AP4 Kategorien der qualitativen Auswertung Haus- und Fachärzt*innen

Kenntnisstand Psychotherapierichtlinie	
keine Kenntnisse (17;13)*	
Gründe für Unkenntnis (3;3)	
bekannte Aspekte (22;11)	
Informationsquellen (17;13)	
Weitervermittlung	
Vermittlung über Psychotherapeut*innen Netzwerk	Aktivierung Psychotherapeut*innen Netzwerks nur in Notfällen (13;8)
	Psychotherapeut*innen fordern eigene Meldung der Patient*innen ein (8;6)
Vermittlung über Psychotherapeut*innen Liste (19;13)	
Vermittlung über externe Stellen (11;10)	
Vermittlung über TSS	Motive für Vermittlung über TSS (2;2)
	Inanspruchnahme TSS (12;11)
	Beurteilung TSS (24;14)
Vermittlung an anderes (11;7)	
Vermittlungserfolg	Erschwerende Faktoren (7;6)
	Begünstige Faktoren (16;9)
telefonische Erreichbarkeit von Psychotherapeut*innen (10;8)	
Wartezeiten	
Verkürzung der Wartezeiten	Gründe für Verkürzung der Wartezeiten (8;5)
keine Verkürzung der Wartezeiten	Gründe für fehlende Verkürzung der Wartezeiten (29;16)
lange Wartezeit bestimmter Patientengruppen (21;13)	
keine Kenntnis über Wartezeiten (7;4)	
Erwartungshaltung (6;2)	
(Haus-)Ärztliche Einbindung in psychotherapeutische Versorgung	
Einbindung durch eigene Behandlung (14;9)	Zusätzlich Bildung übergeordneter Kategorien zum Rollenverständnis der einzelnen Zuweiser*innen unter Einbezug aller Aussagen eines/einer Zuweiser*in - Minimale Einbindung (7 Zuweiser*innen) - Indikationsstellung und begleitende Hilfestellung
keine Eingebundenheit nötig (8;6)	
Einbindung durch Lotsenfunktion (11;8)	
begleitende Hilfestellung (10;9)	
Limitationen (18;8)	

Tabelle 2.6: AP4 Kategorien der qualitativen Auswertung Haus- und Fachärzt*innen (Fortsetzung)

keine Rückmeldungen (12;9)	(7 Zuweiser*innen) - zunächst eigene Behandlung (9 Zuweiser*innen)
Einbindung nur durch Konsiliarbericht (8;5)	
Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen (11;7)	
Einbindung anderes (10;8)	
Häufigkeit (3;3)	
Ablauf Vermittlung (8;6)	
Verbesserungsvorschläge/Wünsche	
Vernetzung / Rückmeldung (21;13)	
spezifischer Behandlungsbedarf (4;3)	
kurzfristiger Psychotherapeut*innen-Kontakt (10;7)	
Vergabe von Psychotherapie-Plätzen (8;4)	
mehr Psychotherapie-Plätze (43;18)	
Reglementierung (6;3)	
weitere Verbesserungsvorschläge (7;6)	
Wünsche (2;2)	
keine Idee (4;3)	
Gesamtbeurteilung	
schnellere Terminvergabe (5;3)	
Inhalte Reform (7;4)	
allgemein positive Veränderungen durch Reform (7;4)	
Bedarfsdeckung (8;6)	
schwere Fälle (8;6)	
Sprechstunde (7;4)	
TSS / andere reformbedingte Probleme (4;3)	
keine Veränderung (14;11)	
Bürokratie Änderungen (4;3)	
allgemeine Aussagen (12;9)	
Sonstiges (Unklarheiten)	
TSS (5;3)	
Arbeit Psychotherapeut*innen (7;3)	
Inhalte Reform (2;2)	

*(Anzahl Textsegmente; Anzahl Interviews, die dieser Kategorie zugewiesen wurden), TSS=Terminservicestelle

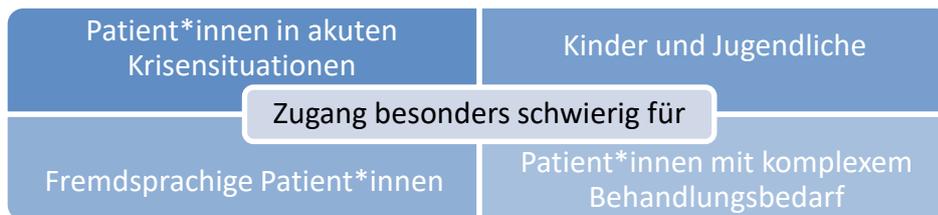


Abbildung 2.1: AP4 Personengruppen mit schwierigem Versorgungszugang

Tabelle 2.7: AP4 Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter*innen Kassenärztlicher Vereinigungen

Verbesserungsvorschläge (8;3)
<p>Zur Verbesserung der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungssituation sowie zur Erhöhung der Zufriedenheit aller beteiligten Akteure, plädieren die befragten Mitarbeiter*innen der KVen (TSS) für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine bessere Aufklärung von Patient*innen durch Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen oder Krankenkassen - einheitliche Regelungen zum Kostenerstattungsverfahren - eine bessere Vergütung von Koordinierungsleistungen (z. B. Schnittstelle Psychotherapeut*in/Psychiater*in) zur effizienteren Versorgung von stark belasteten Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf - die Bereitstellung finanzieller Mittel für mehr Zulassungen und angemessene Bezahlung Psychotherapeut*innen - die Einrichtung einer spezifischen Therapieplatzbörse, bei der Psychotherapeut*innen freie Behandlungsplätze zur Weitervermittlung durch die TSS hinterlegen könnten und die den Mitarbeitern der TSS eine gezielte Weiterverweisung freier Therapieplätze ermöglichen würde

*(Anzahl Textsegmente; Anzahl Interviews, die dieser Kategorie zugewiesen wurden), KV=Kassenärztliche Vereinigung, TSS=Terminservicestelle, PTV= Formular in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Anhang 2.4: Arbeitspaket 5

Tabelle 2.8: AP5 Gruppentherapie

Jahr	n	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Psychotherapeut*innen mit Gruppentherapiezulassung pro KV*						
2016	16	652	667	333	59	2 200
2018	16	711	674	391	134	2 021
Anzahl abgerechneter Gruppentherapie-Leistungen pro KV**						
2016	16	36 180	30 378	22 758	2 919	98 782
2018	16	39 140	32 759	28 428	4 389	106 329
Anzahl abgerechneter Gruppentherapie-Leistungen pro Psychotherapeut*in mit Gruppentherapiezulassung pro KV***						
2016	16	65	20	66	28	101
2018	16	60	16	61	28	84
Jahr	Gesamtanzahl 15 KVen					
Anzahl Psychotherapeut*innen mit Gruppentherapiezulassung						
2016	10 432					
2018	11 376					
Anzahl abgerechneter Gruppentherapie-Leistungen						
2016	578 880					
2018	626 236					
Anzahl abgerechneter Gruppentherapie-Leistungen pro Psychotherapeut*in mit Gruppentherapiezulassung						
2016	55					
2018	55					

*statistisch signifikanter Unterschied: Wilcoxon Rangsummentest: $z=-2,69$, $p=0,005$

**Unterschied nicht statistisch signifikant: Wilcoxon Rangsummentest: $z=-0,78$, $p=0,46$

*** Unterschied nicht statistisch signifikant: Wilcoxon Rangsummentest: $z=-1,34$, $p=0,19$

SD=Standardabweichung

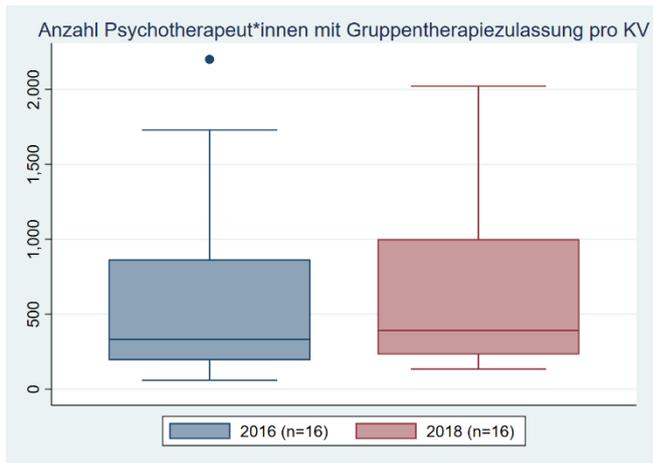


Abbildung 2.2: AP5 Anzahl Psychotherapeut*innen mit Gruppentherapiezulassung

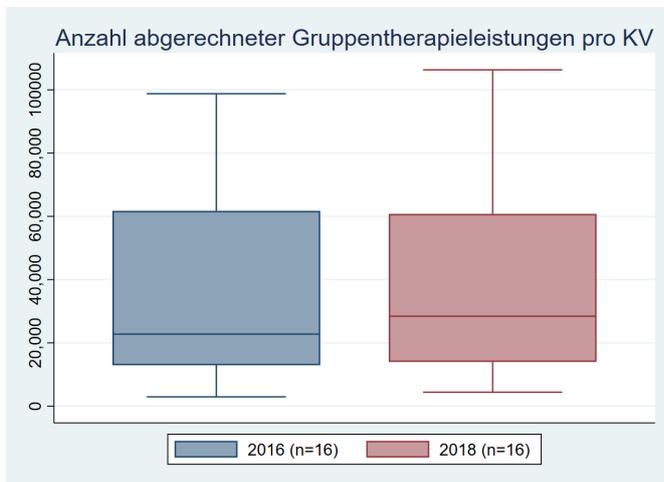


Abbildung 2.3: AP5 Anzahl abgerechneter Gruppentherapieleistungen pro KV

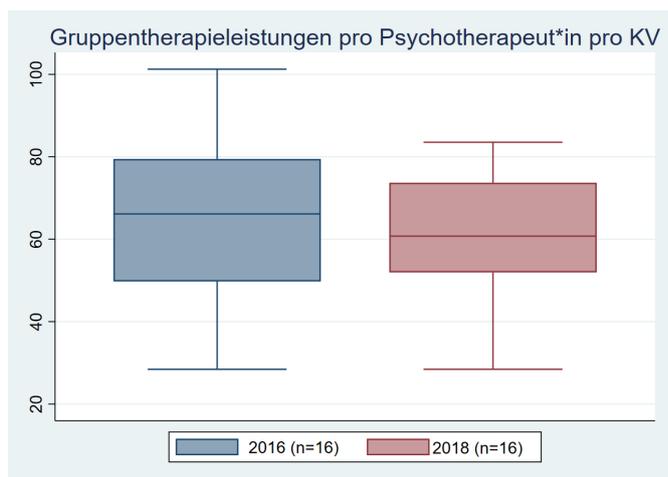


Abbildung 2.4: AP5 Durchschnittliche Anzahl Gruppentherapieleistungen pro Psychotherapeut*in mit Gruppentherapiezulassung pro KV

Tabelle 2.9: AP5 Gesamtzahlen Anfragen und Terminvereinbarungen aller datenliefernden KVen

	n	Anzahl Anfragen	n	Anzahl Terminvereinbarungen	n	Prozentsatz erfolgreich vermittelter Anfragen
2018						
Sprechstunde	15	94 902	16	81 101	15	75%
Akutbehandlung	15	3 890	16	3 591	15	70%
probatorische Sitzung	14	591	15	570	12	68%
Gesamt*	14	86 820	15	76 370	14	75%
2019						
Sprechstunde	16	134 886	17	121 204	16	81%
Akutbehandlung	16	8 358	17	6 239	16	62%
probatorische Sitzung	16	8 433	17	7 135	16	71%
Gesamt*	16	151 677	17	134 578	16	79%
2018+2019						
Sprechstunde	15	226 633	16	199 784	15	78%
Akutbehandlung	15	12 178	16	9 776	15	64%
probatorische Sitzung	14	6 437	15	6 038	14	73%
Gesamt*	14	218 497	15	195 840	14	78%

*Gesamt = Summe aus Psychotherapeutischer Sprechstunde, Akutbehandlung und probatorischer Sitzung

Tabelle 2.10: AP5 Vermittlung Psychotherapeutische Sprechstunde pro KV

Jahr	n	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Anfragen pro KV						
2018	15	6 327	5 846	6 372	189	18 289
2019	16	8 430	7 481	8 047	184	26 572
2018+2019	15	15 109	13 233	13 882	373	44 753
Anzahl Terminvereinbarungen pro KV						
2018	16	5 069	3 519	5 814	189	10 913
2019	17	7 130	5 542	6 729	184	18 443
2018+2019	16	12 487	8 976	14 052	373	29 356
Prozentsatz erfolgreich vermitteltel Anfragen pro KV						
2018	15	87 %	18	100 %	44 %	100 %
2019	16	87 %	14	87 %	56 %	100 %
2018+2019	15	87 %	15	87 %	50 %	100 %

SD=Standardabweichung

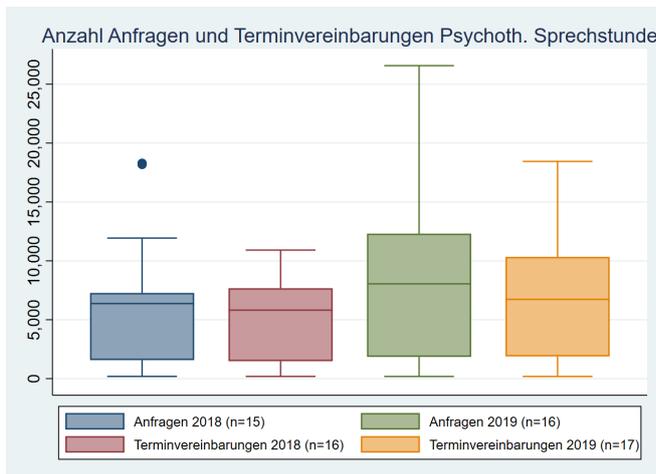


Abbildung 2.5: AP5 Vermittlung Psychotherapeutische Sprechstunde

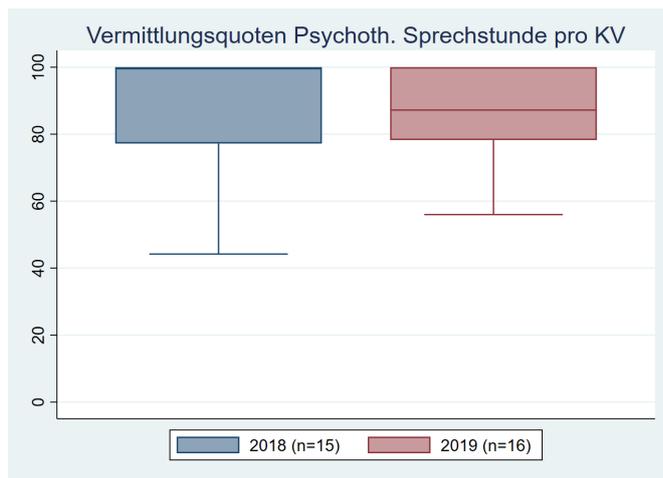


Abbildung 2.6: AP5 Prozentsatz erfolgreicher Vermittlung Psychotherapeutische Sprechstunde

Tabelle 2.11: AP5 Vermittlung Akutbehandlung pro KV

Jahr	n	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Anfragen pro KV						
2018	15	259	287	168	8	867
2019	16	522	821	153	2	3 125
2018+2019	15	812	1 105	327	10	3 955
Anzahl Terminvereinbarungen pro KV						
2018	16	224	235	170	8	860
2019	17	367	464	159	2	1 751
2018+2019	16	611	683	341	10	2 337
Prozentsatz erfolgreich vermittelter Anfragen pro KV						
2018	15	88%	21	100%	25%	100%
2019	16	84%	21	96%	29%	100%
2018+2019	15	86%	21	96%	28%	100%

SD=Standardabweichung

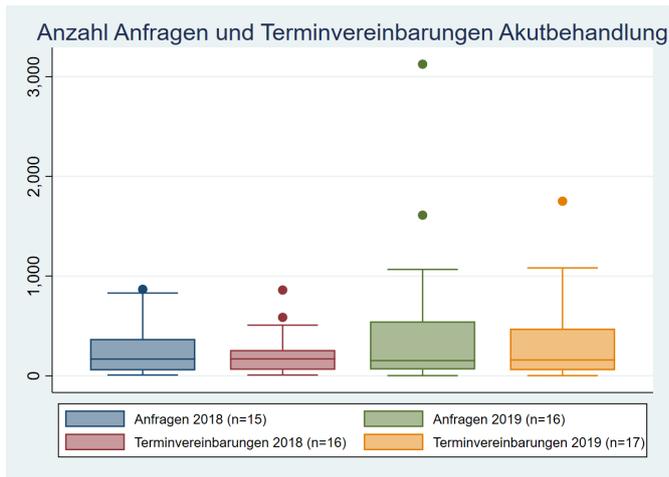


Abbildung 2.7: AP5 Vermittlung Akutbehandlung

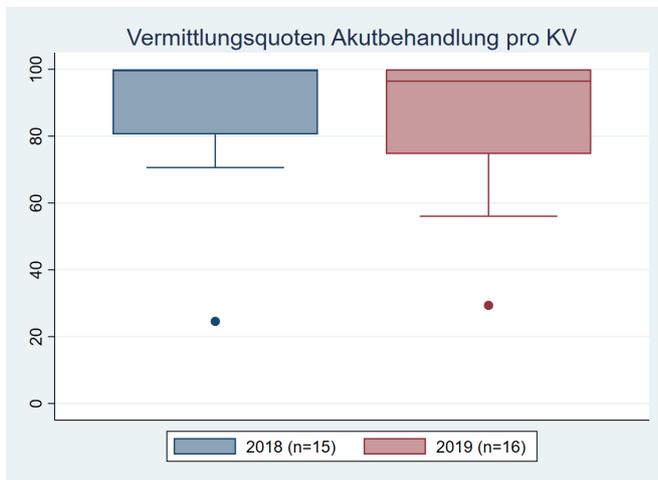


Abbildung 2.8: AP5 Prozentsatz erfolgreicher Vermittlung Akutbehandlung

Tabelle 2.12: AP5 Vermittlung Probatorische Sitzungen pro KV

Jahr	n	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Anfragen pro KV						
2018	14	42	54	19	0	181
2019	16	527	630	287	7	2 211
2018+2019	14	460	522	206	9	1 908
Anzahl Terminvereinbarungen pro KV						
2018	15	38	48	20	0	170
2019	17	420	501	228	7	1 616
2018+2019	15	403	503	229	9	1 734
Prozentsatz erfolgreich vermittelter Anfragen pro KV						
2018	12	83%	23	100%	42%	100%
2019	16	81%	24	97%	27%	100%
2018+2019	14	83%	25	100%	29%	100%

SD=Standardabweichung

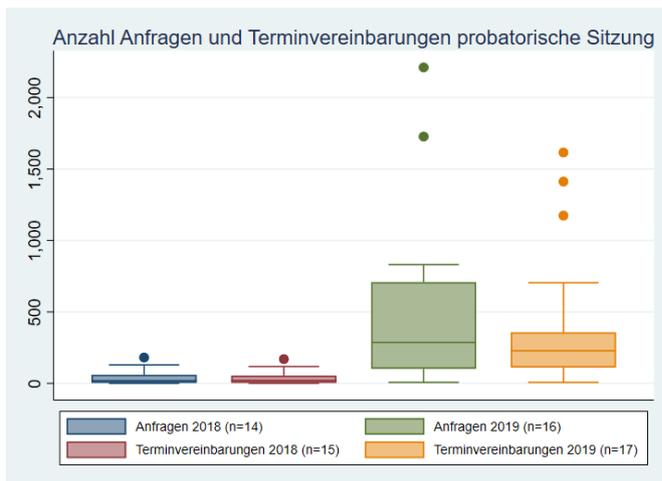


Abbildung 2.9: AP5 Vermittlung Probatorische Sitzungen

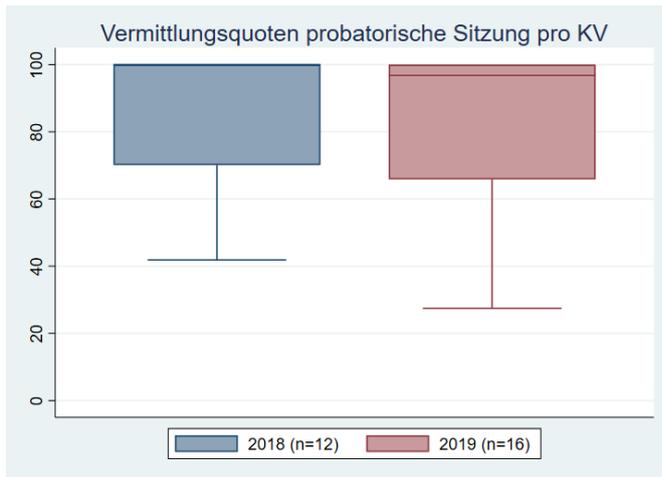


Abbildung 2.10: AP5 Prozentsatz erfolgreicher Vermittlung Probatorische Sitzung

Tabelle 2.13: AP5 Gesamtanzahlen Anfragen und Terminvereinbarungen pro KV

Jahr	n	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Anfragen (Psychotherapeutische Sprechstunde + Akutbehandlung + probatorische Sitzung) pro KV						
2018	14	6 201	6 153	5 169	199	19 285
2019	16	9 480	8 680	9 011	193	31 424
2018+2019	14	15 607	14 905	14 389	392	50 616
Anzahl Terminvereinbarungen (Psychotherapeutische Sprechstunde + Akutbehandlung + probatorische Sitzung) pro KV						
2018	15	5 091	3 730	5 609	199	11 617
2019	17	7 916	6 301	7 501	193	21 810
2018+2019	15	13 056	10 085	13 110	392	33 427
Anteil erfolgreich vermittelt Anfragen (Psychotherapeutische Sprechstunde + Akutbehandlung + probatorische Sitzung) pro KV						
2018	14	88%	18%	100%	43%	100%
2019	16	86%	14%	86%	53%	100%
2018+2019	14	88%	16%	91%	48%	100%

Fußnote Tabelle: Ein Kruskal Wallis Test ergab keine Hinweise darauf, dass sich der Anteil erfolgreich vermittelt Anfragen zwischen Sprechstunde, Akutbehandlung und probatorischer Sitzung im Jahr 2019 unterschieden ($\chi^2=0,02$; $p=0,99$)

SD=Standardabweichung

Tabelle 2.14: AP5 Zusammensetzung Anfragen

Element	n	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Zusammensetzung aller Anfragen pro KV						
2018						
Sprechstunde	14	95%	3	95%	89%	99%
Akutbehandlung	14	4%	3	4%	1%	10%
Probatorische Sitzung	14	1%	1	1%	0%	2%
2019						
Sprechstunde	16	90%	5	89%	80%	98%
Akutbehandlung	16	4%	3	3%	1%	10%
Probatorische Sitzung	16	6%	4	4%	1%	13%
2018+2019						
Sprechstunde	14	93%	4	93%	88%	98%
Akutbehandlung	14	4%	2	4%	1%	8%
Probatorische Sitzung	14	3%	2	3%	1%	7%
Zusammensetzung aller Terminvereinbarungen pro KV						
2018						
Sprechstunde	15	95%	3	95%	87%	98%
Akutbehandlung	15	4%	3	4%	1%	12%
Probatorische Sitzung	15	1%	1	1%	0%	2%
2019						
Sprechstunde	17	91%	5	92%	82%	98%
Akutbehandlung	17	4%	2	4%	1%	8%
Probatorische Sitzung	17	5%	4	4%	1%	13%
2018+2019						
Sprechstunde	15	93%	4	95%	87%	98%
Akutbehandlung	15	4%	2	4%	1%	9%
Probatorische Sitzung	15	3%	2	2%	1%	7%
Zusammensetzung aller Anfragen aller KVen zusammen						
2018						
Sprechstunde	14	95%				
Akutbehandlung		4%				
Probatorische Sitzung		1%				
2019						
Sprechstunde	16	89%				
Akutbehandlung		5%				
Probatorische Sitzung		6%				
2018+2019						
Sprechstunde	14	92%				
Akutbehandlung		5%				
Probatorische Sitzung		3%				

Tabelle 2.14: AP5 Zusammensetzung Anfragen (Fortsetzung)

Zusammensetzung aller Terminvereinbarungen aller KVen zusammen		
2018		
Sprechstunde	15	95%
Akutbehandlung		4%
Probatorische Sitzung		1%
2019		
Sprechstunde	17	90%
Akutbehandlung		5%
Probatorische Sitzung		5%
2018+2019		
Sprechstunde	15	93%
Akutbehandlung		4%
Probatorische Sitzung		3%

SD=Standardabweichung

Anhang 2.5: Arbeitspaket 6

Tabelle 2.15: AP6 Charakteristika der befragten Psychotherapeut*innen zur Ermittlung der Bürokratiekosten

Charakteristik	Mittelwert (SD) oder n(%)	Charakteristik	Mittelwert (SD) oder n(%)
Alter		Arbeitsstunden pro Woche	
Mittelwert (SD)	47,5 (12,4)	Mittelwert (SD)	32,4 (9,3)
Median (Min.;Max.)	44,3 (32,1;69,0)	Median (Min.;Max.)	32 (18;60)
fehlend	2 (6,9%)	Durchführung Gruppentherapie	
Geschlecht		nein	26 (89,7)
männlich	5 (17,2)	ja	3 (10,3)
weiblich	24 (82,8)	Zulassung Gruppentherapie	
Berufsgruppe		nein	23 (79,3)
Ärztin/Arzt	4 (13,8)	ja	6 (20,7)
Psychologin/Psychologe	21 (72,4)	Erreichbarkeit über Telefon	
Andere Berufsgruppe	4 (13,8)	nein	0
Altersschwerpunkt		ja	29 (100)
Kinder- und Jugendliche	5 (17,2)	Erreichbarkeit über AB	
Erwachsene	19 (65,5)	nein	2 (6,9)
beides	5 (17,2)	ja	27 (93,1)
Verfahren		Erreichbarkeit über Mail	
TP	6 (20,7)	nein	4 (13,8)
Verhaltenstherapie	13 (44,8)	ja	25 (86,2)
TP und Analyt. Psychoth.	9 (31,0)	Erreichbarkeit über Onlineformular	
TP und Verhaltenstherapie	1 (3,5)	nein	25 (86,2)
Kassensitz		ja	4 (13,8)
voller Kassensitz	7 (24,1)	Organisation Erreichbarkeit	
halber Kassensitz	22 (75,9)	persönlich	26 (89,6)
Praxisform		Praxismitarbeiter*in	3 (10,3)
Einzelpraxis	25 (86,2)	Telefonische Erreichbarkeit (in min/Woche)	
Gemeinschaftspraxis	2 (6,9)	Mittelwert (SD)	140,5 (77,1)
andere Praxisform	2 (6,9)	Median (Min.;Max.)	100 (50;360)
Patientenstunden pro Woche		Beantwortung Terminanfragen (Anteil in %)	
Mittelwert (SD)	23,6 (6,0)	Mittelwert (SD)	73,6 (33,7)
Median (Min.;Max.)	23 (14;40)	Median (Min.;Max.)	90 (0;100)

SD=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum, TP=tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, AB=Anrufbeantworter

Tabelle 2.16: AP6 Vergleich Teilnehmer*innen und Nichtteilnehmer*innen

		Teilnehmend		Nicht teilnehmend		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%
Geschlecht	weiblich	24	83%	16	76%	40	80%
	männlich	5	17%	5	24%	10	20%
Berufsgruppe	ärztlich	4	14%	4	19%	8	16%
	psychologisch	21	72%	10	48%	31	62%
	andere Berufsgruppe	4	14%	4	19%	8	16%
	unbekannte Berufsgruppe	0	0%	3	14%	3	6%
Altersschwerpunkt	Kinder und Jugendliche	5	17%	7	33%	12	24%
	Erwachsene	19	66%	11	52%	30	60%
	Doppelapprobation od. Ergänzungsqualifikation	5	17%	3	14%	8	16%
Verfahren	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	6	21%	1	5%	7	14%
	Analytische Psychotherapie	0	0%	5	24%	5	10%
	Verhaltenstherapie	13	45%	9	43%	22	44%
	Tiefenpsych. fund. Psychotherapie + Analyt. Psychotherapie	9	31%	6	28%	15	30%
	Tiefenpsych. fund. Psychotherapie + Verhaltenstherapie	1	3%	0	0%	1	2%
Praxisform	Einzelpraxis	25	86%	2	10%	27	54%
	Gemeinschaftspraxis	2	7%	0	0%	2	4%
	andere Praxisform	2	7%	0	0%	2	4%
	unbekannt	0	0%	19	90%	19	38%
Lokalisation	städtisch	29	100%	21	100%	50	100%
	ländlich	0	0%	0	0%	0	0%

Tabelle 2.17: AP6 Gesamtkosten Tragende Gründe vs. PT-REFORM

Gesamtkosten (in €)		
	Tragende Gründe	PT-Reform
Telefonische Erreichbarkeit und Sprechstunde – Mitteilung Erreichbarkeit an die KV	288 600	480 048
Individuelle Patienteninformation	9 268 762	3 432 332
Angabe Rezidivprophylaxe bei Antrag Langzeittherapie	53 104	384 037
Beantragung Kurzzeittherapie	14 410 929	22 179 691
Beantragung Langzeittherapie	10 001 182	48 291 144
Anzeigeverfahren Akutbehandlung	1 399 375	2 091 165
Archivierung individuelle Patienteninformation	779 753	601 251
Gesamtsumme	36 201 705	77 459 668

Quelle [22]

Tabelle 2.18: AP6 Einzelne Bürokratiekosten Tragende Gründe vs PT-REFORM

	Zeit (in min)	Tarif (€/h)	Kosten/ einmaliger Durchführung (in €)	Häufigkeit pro Jahr	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/Jahr)
Telefonische Erreichbarkeit und Sprechstunde - Mitteilung Erreichbarkeit an die KV						
Datenübermittlung und Veröffentlichung						
PT-REFORM	10	50,30	8,40	2	57 262	480 048
G-BA	2	50,30	1,68	6	171 786	288 600
Individuelle Patienteninformation						
Datenübermittlung und Veröffentlichung						
PT-REFORM	6.5	50,30	4,45	22	629 882	3 432 332
G-BA	15	50,30	12,60		735 616	9 268 762
Angabe Rezidivprophylaxe bei Antrag Langzeittherapie						
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung						
PT-REFORM	2	50,30	1,68	8	229 048	384 037
G-BA	0.25	50,30	0,21		252 875	53 104

Tabelle 2.18: AP6 Einzelne Bürokratiekosten Tragende Gründe vs PT-REFORM (Fortsetzung)

	Zeit (in min)	Tarif (€/h)	Kosten/ einmaliger Durchführung (in €)	Häufigkeit pro Jahr	Jährliche Fallzahl	Bürokratie kosten (in €/Jahr)
Beantragung Kurzzeittherapie						
Beschaffung der Daten						
PT-REFORM	10	50,30	8,40			
G-BA	10	50,30	8,40			
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung						
PT-REFORM	10	50,30	8,40			
G-BA	10	50,30	8,40			
Überprüfung der Daten und Eingaben						
PT-REFORM	2	50,30	1,68			
G-BA	5	50,30	4,20			
Datenübermittlung und Veröffentlichung						
PT-REFORM	5	50,30	4,20			
G-BA	5	50,30	4,20			
Kopieren, Archivieren, Verteilen						
PT-REFORM	10	31,50	5,25			
G-BA	5	31,50	2,65			
weitere Informationsbeschaffung						
PT-REFORM	10	50,30	8,40			
G-BA	2.5	50,30	2,10			
Gesamt-brutto						
PT-REFORM	42.50		36,33 (+1,45 ZK)			
G-BA	37.50		29,95 (+1,45 ZK)			
Gesamt-netto						
PT-REFORM	36.13		30,88 (+1,45 ZK)	24	687 144	22 179 691
G-BA	32		25,46 (+1,45 ZK)		535 981	14 410 929

Tabelle 2.18: AP6 Einzelne Bürokratiekosten Tragende Gründe vs PT-REFORM (Fortsetzung)

	Zeit (in min)	Tarif (€/h)	Kosten/ einmaliger Durchführung (in €)	Häufigkeit pro Jahr	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/Jahr)
Beantragung Langzeittherapie						
Beschaffung der Daten						
PT-REFORM	20	50,30	16,77			
G-BA	30	50,30	25,20			
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung						
PT-REFORM	15	50,30	12,60			
G-BA	15	50,30	12,60			
Überprüfung der Daten und Eingaben						
PT-REFORM	5	50,30	4,20			
G-BA	5	50,30	4,20			
Aufbereitung der Daten						
PT-REFORM	180	50,30	151,20			
G-BA	180	50,30	151,20			
Datenübermittlung und Veröffentlichung						
PT-REFORM	10	50,30	8,40			
G-BA	5	50,30	4,20			
Kopieren, Archivieren, Verteilen						
PT-REFORM	10	31,50	5,25			
G-BA	5	31,50	2,65			
weitere Informationsbeschaffung						
PT-REFORM	15	50,30	12,60			
G-BA	6	50,30	5,40			
Gesamt-brutto						
PT-REFORM	255		211,02 (+1,45 ZK)			
G-BA	246.00		205,09 (+1,45 ZK)			
Gesamt-netto						
PT-REFORM	229.50		189,92 (+1,45 ZK)	8	229 048	48 291 144
G-BA	221.40		184,58 (+1,45 ZK)		53 761	10 001 182

Tabelle 2.18: AP6 Einzelne Bürokratiekosten Tragende Gründe vs PT-REFORM (Fortsetzung)

	Zeit (in min)	Tarif (€/h)	Kosten/ einmaliger Durchführung (in €)	Häufigkeit pro Jahr	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/Jahr)
Anzeige Akutbehandlung						
Beschaffung der Daten						
PT-REFORM	10	50,30	8,40			
G-BA	10	50,30	8,40			
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung						
PT-REFORM	10	50,30	8,40			
G-BA	10	50,30	8,40			
Überprüfung der Daten und Eingaben						
PT-REFORM	4	50,30	3,35			
G-BA	5	50,30	4,20			
Datenübermittlung und Veröffentlichung						
PT-REFORM	5	50,30	4,20			
G-BA	5	50,30	4,20			
Kopieren, Archivieren, Verteilen						
PT-REFORM	5	31,50	5,25			
G-BA	5	31,50	2,65			
Gesamt-brutto						
PT-REFORM	34		27,0 (+1,45 ZK)			
G-BA	35		29,95 (+1,45 ZK)			
Gesamt-netto (zukünftig)						
PT-REFORM	28.90		22,95 (+1,45 ZK)	3	85 893	2 091 165
G-BA	29.75		25,46 (+1,45 ZK)		53 097	1 399 375
Archivierung individuelle Patienteninformation						
Kopieren, Archivieren, Verteilen						
PT-REFORM	4	31,50	2,10	10	286 310	601 251
G-BA	2	31,50	1,06		735 616	779 753

ZK=Zusatzkosten, Quelle [22]

Anhang 3

Anhang 3.1: Arbeitspaket 2	4
3.1.1: Welche Hürden gibt es bei der Implementierung der Sprechstunde?.....	4
3.1.2: Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?..	5
3.1.3: Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?....	6
3.1.4: Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?.....	6
Anhang 3.2: Arbeitspaket 3	9
3.2.1: Stichprobe	9
3.2.2: Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?....	9
Anhang 3.3: Arbeitspaket 4	10
3.3.1: Diskussion	10
Anhang 3.4: Arbeitspaket 5	11
3.4.1: Diskussion	11
Anhang 3.5: Arbeitspaket 6	12
3.5.1: Stichprobe	12
3.5.2: Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?.....	12
3.5.3: Weitere Bürokratieaufwände	13
3.5.4: Vorschläge zur Senkung von Bürokratieaufwänden.....	13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1: AP2 Verbesserungsvorschläge	7
Abbildung 3.2: AP3 Auszug aus Unterkategorien der Kategorie „Hürden (t2)“	9
Abbildung 3.3: AP6 Einsparpotenziale zur Senkung von Bürokratieaufwänden- und Kosten.	13

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1: AP2 Therapiebeantragung.....	7
Tabelle 3.2: AP2 Rezidivprophylaxe	8

Anhang 3.1: Arbeitspaket 2

3.1.1: Welche Hürden gibt es bei der Implementierung der Sprechstunde?

Inanspruchnahme: Ein Teil der Psychotherapeut*innen berichtete, dass die Mehrzahl an Patient*innen einen Sprechstundentermin ohne Aussicht auf einen Behandlungsplatz bereits am Telefon ablehnen würde. Freigehaltene Sprechstundentermine könnten oft nicht belegt werden, ebenso wie vereinbarte Sprechstundentermine häufig kurzfristig abgesagt würden (n=7)¹.

"Und das ist einfach eben de facto so aus den Gründen, die ich ja schon genannt habe, dass Patienten oft kein Interesse an der Sprechstunde haben, wenn klar ist, dass keine weiterführende Behandlung angeboten werden kann." (O31)²

Wenige Psychotherapeut*innen berichteten eine hohe Inanspruchnahme von Sprechstundenterminen durch Patient*innen, inkl. einer "Verstopfung" des Systems durch Mehrfachinanspruchnahmen von Sprechstundenterminen durch Patient*innen, die einen Therapieplatz suchen würden (n=5).

Nachteile: In Bezug auf die Patient*innen wurde als hinderlich wurde benannt, dass die meisten den Rahmen der Sprechstundentermine nicht kennen würden. Durch die falsche Annahme eines Therapieplatzes sowie wiederholte Abweisungserfahrungen entstünde eine hohe psychische Zusatzbelastung für Patient*innen (n=14).

"Es ist aber auf der anderen Seite auch/ hat den Malus, dass, wie gesagt, [...] wenn mal so eine Verbindung geschaffen ist, meistens stehen die Leute auf und sagen, 'oh, ich habe mich jetzt so wohl gefühlt bei Ihnen, ich will nicht woanders hin' oder 'ich will das nicht noch mal erzählen so müssen, das hat mich jetzt so mitgenommen'" (PT89)

Einige Psychotherapeut*innen bemängelten eine Verschlechterung des Versorgungsangebots durch die Sprechstunde, beispielsweise weil sie ihre Therapiestunden infolge des verpflichtenden Sprechstundenangebots reduzieren müssten. Hinsichtlich ihrer eigenen Person berichteten Psychotherapeut*innen z. B. von einem zunehmenden Organisationsaufwand (n=7) und finanziellen Nachteilen durch Nicht-Erscheinen von Patient*innen zu Sprechstundenterminen (n=7).

In Bezug auf den **Nutzen der Sprechstunde** sowie deren **Verpflichtungscharakter** bestand eine heterogene Meinung. Während manche Psychotherapeut*innen den Nutzen als hoch einschätzten (n=8), sahen andere Psychotherapeut*innen keinen Mehrwert in der Sprechstunde (n=8). Immerhin 12 Psychotherapeut*innen gaben an, dass durch die Sprechstunde eine gute Triagierung von Patient*innen mit und ohne ambulantem Psychotherapiebedarf stattfindet. 6 Psychotherapeut*innen berichteten, dass sie die Sprechstunde zudem als Eingriff in die eigene Autonomie erlebten.

Nicht immer wurden die mit der Reform eingeführten Vorgaben von den Psychotherapeut*innen eingehalten (Kategorie „Abweichungen von der Reform“). Ein Teil der Psychotherapeut*innen gab an, selten oder nie freie Sprechstundentermine an die TSS zu melden (n=13), u. a. weil vermittelte Patient*innen nicht erschienen seien, aber auch weil sie

¹ Anzahl Interviews, die dieser Kategorie zugewiesen wurden. Die Anzahl der Textsegmente pro Kategorie findet sich im Anhang 2.1, Tabelle 2.1

² Entsprechend den Reporting Guidelines für qualitative Studien wird die ID der befragten Person bei jedem Zitat angegeben.

diese lieber selbst organisieren und auch ohne TSS schon genügend Sprechstundenanfragen hätten.

Grundsätzlich waren einige Psychotherapeut*innen der Meinung (Kategorie „Beurteilung wichtigster Elemente“), dass durch die Reform das zuvor bestehende Psychotherapieplatzangebot umstrukturiert, aber nicht erweitert wurde (n=18).

„Und das, also für mich ist das so, dass/ es wird im Grunde jetzt ein Defizit verwaltet von der Terminservicestelle. Und das war ja vorher schon da. Und das ist halt immer noch da.“ (PT93)

Zudem erlebten manche Psychotherapeut*innen eine persönliche Belastung durch die Sprechstunden. Diese führten sie einerseits auf eine erhöhte Anstrengung durch viele neue Kontakte zurück. Andererseits empfanden Sie es als emotional herausfordernd, Patient*innen in Not im Anschluss an die Sprechstundentermine kapazitätsbedingt kein Therapieangebot machen zu können (n=3).

3.1.2: Welche Hürden gibt es beim Angebot und der Nutzung von Gruppentherapien?

Gründe für fehlendes Angebot

Die interviewten Psychotherapeut*innen nannten vielfältige Gründe dafür, keine Gruppentherapien anzubieten. Meistgenannter Grund war, dass sie nicht über die Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie verfügten (n=16). Manche Psychotherapeut*innen hatten zwar Interesse am Erwerb der Abrechnungsgenehmigung, hätten aber spezifischen Barrieren gegenüber gestanden (z. B. Problemen bei der Finanzierung der Genehmigung durch die KV). Die Psychotherapeut*innen nannten zudem persönliche Gründe, aus denen sie Gruppentherapie nicht angeboten oder den Erwerb der Abrechnungsgenehmigung nicht angestrebt hätten (n=17). Diese umfassten *Spezifische Lebenslagen* wie hohes Alter oder Elternzeit (n=5), ein *Sättigungsgefühl* aufgrund zahlreicher oder zeitaufwändiger Vorbildungen (n=5) oder *Persönliche Präferenzen*, z. B. persönliche Schwierigkeiten mit der Arbeit in Therapiegruppen.

Auch organisatorische Aspekte wie eine komplizierte Abrechnung oder geeignete Räumlichkeiten stellten für Psychotherapeut*innen eine Hürde dar (n=10). Die Psychotherapeut*innen hatten darüber hinaus den Eindruck, dass die Gewinnung von Teilnehmer*innen und die Planung für eine Einzelpraxis sehr anspruchsvoll und zu aufwendig sei.

Negative Überzeugungen

Das fehlende Angebot von Gruppentherapie ließ sich auch durch subjektive Überzeugungen der Psychotherapeut*innen erklären. Zwar hatten die Psychotherapeut*innen überwiegend eine positive Haltung gegenüber Gruppentherapie (n=14), sahen spezifische Vorteile des Gruppensettings (n=10) und betrachteten das geringe Angebot an Gruppentherapie als Versorgungsdefizit (n=6). Dennoch waren einige Psychotherapeut*innen davon überzeugt, dass der individuellen Problematik von Patient*innen in der Gruppentherapie nicht ausreichend Beachtung geschenkt werden könne (n=8). Sie betonten deshalb, dass insbesondere für Patient*innen, die eine Einzeltherapie benötigen, Gruppentherapie zwar zusätzlich zur Einzeltherapie möglich sei, aber allein keine ausreichende Behandlungsform darstelle. Manche Psychotherapeut*innen (n=3) waren der Ansicht, dass Einzeltherapie fast immer besser geeignet sei. Manche Psychotherapeut*innen hatten negative Erwartungen im Hinblick auf die Kombinationsbehandlung (n=4). Diese könne sich negativ auf die Therapie auswirken, wenn Patient*innen beispielsweise bestimmte Themen nur im Einzelsetting und nicht in der Gruppe besprechen würden. Auch wurden problematische Auswirkungen auf das

Versorgungsangebot gesehen, z. B. dass ein bestimmtes Kontingent an Einzelsitzungen eingebüßt würde oder Patient*innen zwei Therapieplätze belegen würden. Daneben sei die Kombinationsbehandlung bei unterschiedlichen Psychotherapeut*innen problematisch, da dies einen zeitaufwändig Austausch zwischen den Psychotherapeut*innen erfordere.

3.1.3: Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

Die Psychotherapeut*innen verdeutlichten, dass sie trotz hohem persönlichen Einsatz sowie Umsetzung von Reformvorgaben Hürden wie beispielsweise eine Vergrößerung des Behandlungsangebots (n=8) oder Verkürzung von Wartezeiten (n=16) nicht überwinden könnten. Eine neue Bedarfsplanung wurde daher von der Mehrheit der Befragten als Schlüssel für eine verbesserte Versorgung gesehen.

Hinsichtlich der telefonischen Erreichbarkeit wurde mitunter die Sinnhaftigkeit von Telefonaten, die ausschließlich der Erklärung fehlender Therapieplatzkapazitäten dienen würden (n=8), infrage gestellt sowie Belastungen emotionaler (ständig Patient*innen abweisen müssen; n=5) oder finanzieller (keine Vergütung der Erreichbarkeitszeiten; n=8) Art geäußert.

Als Verbesserungsvorschläge wurden eine selbstbestimmte Organisation festgelegter Erreichbarkeitsdauern (z. B. 5 min zur vollen Stunde) aber auch eine Verkürzung der Erreichbarkeitszeiten (n=5) genannt.

3.1.4: Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

Die **Therapiebeantragung** wurde als ein wichtiger Bestandteil des Versorgungsablaufs im Zuge der Psychotherapie-Strukturreform modifiziert.

Bei der Beantragung der KZT wurde der Wegfall der Gutachterpflicht positiv von den Psychotherapeut*innen aufgenommen. Als Vorteile (n=22) wurden beispielsweise eine zeitliche Entlastung für Berufseinsteiger*innen, mehr Offenheit für die Hypothesenbildung oder ein beschleunigter Behandlungsbeginn benannt. Nachteilig wurde die Förderung von KZT benannt, da KZTen durch den Wegfall der Gutachterpflicht für Therapeut*innen attraktiver im Vergleich zu gutachterpflichtigen Langzeittherapien (LZTen) seien (n=13). Insgesamt hatte der Wegfall der Gutachtenpflicht auf die Mehrheit der befragten keine Auswirkung, da sie bereits von der Gutachtenpflicht befreit gewesen seien (n=23).

Im Gegensatz zum Wegfall der Gutachtenpflicht wurde die Einführung des zweiten Bewilligungsschritts bei der KZT von den meisten Psychotherapeut*innen negativ beurteilt (n=34). Es wurde angemerkt, dass kaum eine Therapie nach 12 Stunden beendet sei, wodurch die Einführung des zweiten Bewilligungsschritts lediglich ein Mehraufwand für die Therapeut*innen sei. Wenige Therapeut*innen gaben an, dass der zweite Bewilligungsschritt ein wichtiger Anlass zur Reflexion über eine Therapiefortführung sei (n=9), andere empfanden diese Reformänderung als indirekte Unterstellung, zu langer Therapien (n=10).

Die Veränderungen bei der Beantragung von LZTen wurden überwiegend positiv gewertet. Eine Übersicht über die Vor- und Nachteile finden sich in Tabelle 3.1:

Tabelle 3.1: AP2 Therapiebeantragung

	Vorteile	Nachteile
Reduktion der Bewilligungsschritte	<ul style="list-style-type: none"> - reduzierter Zeitaufwand (n=27) - inhaltlich sinnvollere Kontingentsabschnitte (n=6) - weniger Zeitdruck (n=5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verlust an Behandlungsstruktur (n=4) - kürzeren Kontingentschritte reichen aus (n=3).
Wegfall Gutachterverfahren bei LZTen	<ul style="list-style-type: none"> - Zeiteinsparung (n=7) - emotionale Entlastung durch Behandlungssicherheit (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verlust an Qualitätssicherung (n=3) - Wegfall einer psychohygienischen Maßnahme (n=1)

Als Verbesserungsvorschläge in Bezug auf Therapiebeantragung und den Versorgungsablauf benannten die Psychotherapeut*innen in folgenden Themenbereichen (Abbildung 3.1):

Gutachterverfahren	Kontingente	Konsilbericht	Benutzerfreundlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> • bessere Vergütung des Berichts • eindeutige Regelung unter Krankenkassen • Vereinfachung des Berichts/ Einführung von Fragebögen zur Qualitätssicherung 	<ul style="list-style-type: none"> • Rückkehr zu den KZT-Kontingenten (1x 25 Stunden) vor Reform • Einführung eines Kontingents für niederfrequente Versorgung ohne konkreten Psychotherapiebedarf • Abschaffung der Antragspflicht und damit einhergehender Kontingente 	<ul style="list-style-type: none"> • Abschaffung des Konsilberichts im Rahmen des Antragsverfahrens • Möglichkeit für Therapeut*innen selbst Konsile anzufordern 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung Leserlichkeit und Verständlichkeit der Formulare

Abbildung 3.1: AP2 Verbesserungsvorschläge

Die **Akutbehandlung** wurde von Therapeut*innen aus verschiedenen Gründen genutzt:

- Erstbehandlung: Krisenintervention, erweiterte Bedarfsklärung (n=18)
- Überbrückung: z. B. bis zu stationärer Aufnahme (n=8)
- Nachbehandlung: z. B. bei Krisen oder Rückfällen nach erfolgter Therapie (n=11)

Die Therapeut*innen schätzten an der Akutbehandlung insbesondere die schnelle, unbürokratische Handhabung (n=22) sowie den Wegfall des Konsilberichts (n=9).

Um den Ablauf der Versorgung auch über das Ende der Richtlinien-therapie hinaus zu gewährleisten, wurde die **Rezidivprophylaxe** eingeführt. In unseren Interviews fragten wir Psychotherapeut*innen nach ihrer Inanspruchnahme sowie ihrer Beurteilung der Rezidivprophylaxe.

Beantragung der Rezidivprophylaxe: Knapp die Hälfte der Befragten gab an, keine Rezidivprophylaxen zu beantragen oder „nicht absehbar“ auf dem Formular anzukreuzen, Therapien jedoch trotzdem regelhaft auszuschleichen. Die andere Hälfte zeigte regelhaft Rezidivprophylaxe zum Ausschleichen der Behandlung an. Dies verdeutlicht, dass die Rezidivprophylaxe zwar eine Veränderung in der Abrechnungsweise darstellt, die in der Praxis jedoch kaum Veränderungen der Arbeitsweise zur Folge hat. Aus der Beurteilung der Rezidivprophylaxe ergab sich kein eindeutiges Bild, wobei folgende Aspekte genannt wurden (Tabelle 3.2):

Tabelle 3.2: AP2 Rezidivprophylaxe

Vorteile	Nachteile	Verbesserungsvorschläge
- früher angezeigtes Therapieende (n=17)	- Organisatorisches (n=15): z. B. Abschätzung	- Rezidivprophylaxe als zusätzliches Kontingent (n=5)
- unkompliziert	- Notwendigkeit bei der Therapiebeantragung	- Anderes (n=10): z. B. spezielle Abrechnungsmöglichkeiten für spez. Gruppen von Patient*innen
- Unterstützung bei Krisen (n=19)	- Vermeidung des Abschieds (n=9)	

Anhang 3.2: Arbeitspaket 3

3.2.1: Stichprobe

Die Teilnehmer*innen waren im Durchschnitt 40 Jahre alt (SD 15, Median 37 Jahre, Min. 19 Jahre, Max. 75 Jahre).

3.2.2: Welche Zugangs- und Versorgungsprobleme bestehen nach der Reform noch?

Die meistgenannten Hürden in der Versorgung waren lange Wartezeiten (n=20) und fehlende Kapazitäten (n=18, siehe auch Abbildung 3.2):

„Ich finde es einfach/ ich finde es krass, dass das nicht genügend niedergelassene Therapeuten und Therapeutinnen gibt. Das ist einfach/ das ist Quatsch. Das ist Quatsch in 2020. Und es ist Quatsch einfach, wodurch die meisten Menschen gehen müssen und welche langwierigen Schäden das hinterlässt bei jedem von uns, ist einfach, keine Ahnung, unvorstellbar, für dieses Land.“ (3310)).

Weitere Hürden waren eine schlechte telefonische Erreichbarkeit von Psychotherapeut*innen (n=5), die Entfernung von Psychotherapiepraxen zum Wohn-/oder Arbeitsort (n=8) oder die Art der Krankenversicherung (n=5). Weiterhin wurden wenig Informationen und Unterstützung (n=17) bemängelt. Dem begegneten Patient*innen, indem sie sich im Internet informierten (n=22) und/oder sich Unterstützung von Freunden oder Bekannten (n=12) holten oder die TSS als Informationsquelle (n=5) nutzen. Die Suche stellte oft eine emotionale Belastung dar (n=30):

„Also das war einfach sehr, sehr schwierig und auch sehr, sehr deprimierend, wo man dann einfach, ja, wenn man nicht verzweifelt eh schon gewesen wäre, dann, ja, schon einfach sehr mit zu knabbern hat, weil man irgendwie so überall abgewiesen wird.“ (3114).

An t2 wurde jedoch auch berichtet, dass Erstgespräche während der Suche zu einer Entlastung geführt hätten, auch wenn kein Therapieplatz in unmittelbarer Aussicht stand (n=5) oder dass die Suche erfolgreich verlaufen sei (n=10). Die Mehrheit der Patient*innen berichteten an t2 jedoch über negative Erfahrungen durch Wartezeiten und fehlende Kapazitäten und daraus resultierende Frustration (n=27).



Abbildung 3.2: AP3 Auszug aus Unterkategorien der Kategorie „Hürden (t2)“

Anhang 3.3: Arbeitspaket 4

3.3.1: Diskussion

Eine Repräsentativität der Ergebnisse für die gesamte deutsche Ärzteschaft ist nicht gegeben, da vornehmlich Professionen eingeschlossen wurden, die prädestiniert für die Behandlung dieser Patientengruppe sind, und da nicht bundesweit, sondern innerhalb des KV Registers Rheinland-Pfalz gesampelt wurde. Innerhalb der teilnehmenden Ärzt*innen dominierten die hausärztliche und die kinderärztliche Fachgruppe. Zudem zeichnete sich bei der Analyse der Nichtteilnehmer*innen eine Selektion hinsichtlich der vermehrten Teilnahme von Ärzt*innen mit Zusatzqualifikation Psychotherapie, psychosomatischer Grundversorgung und städtischer Lokalisation ab.

Anhang 3.4: Arbeitspaket 5

3.4.1: Diskussion

Bei der Interpretation des Vermittlungserfolgs (erfolgreiche Vermittlung eines Termins nach einer Anfrage nach Psychotherapeutischer Sprechstunde, Akutbehandlung oder Probatorischer Sitzung) sollte berücksichtigt werden, dass die KVen lediglich die Existenz eines vermittelten Termins angeben. Es lässt sich nicht beziffern, wie lange die Wartezeit auf diesen Termin war, in welchem Radius zum Wohnort des/der Anfragenden sich die Praxis befand oder ob der Termin tatsächlich wahrgenommen wurde.

Anhang 3.5: Arbeitspaket 6

3.5.1: Stichprobe

Von 50 kontaktierten Psychotherapeut*innen lehnten 2 (4 %) die Teilnahme aus Zeitgründen oder einer zu kurzfristigen Praxisgründung ab, von 19 (38 %) erfolgte keine Rückmeldung zum Grund ihrer Nichtteilnahme. Insgesamt 29 Psychotherapeut*innen (58 %) wurden hinsichtlich ihrer Bürokratiekosten befragt. Alle Psychotherapeut*innen hatten ihre Praxis im städtischen Raum. Das mittlere Alter der Befragten betrug 48 Jahre (SD: 12) und 83 % waren weiblich. Ein Großteil der Psychotherapeut*innen (66 %) arbeitet mit erwachsenen Patient*innen und 72 % gehört zur Berufsgruppe der Psycholog*innen. 13 Psychotherapeut*innen (45 %) verfügten über eine Verfahrensqualifikation in Verfahrenstherapie, gefolgt von einer Qualifikation in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (35 %) sowie ausschließlich tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (21 %). Alle Charakteristika der teilnehmenden Psychotherapeut*innen finden sich in Anhang 2.5, Tabelle 2.15.

3.5.2: Wie hat sich die Strukturreform auf den Versorgungsablauf über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg ausgewirkt?

Die größten Unterschiede zwischen den in den „Tragenden Gründen“ geschätzten und den in AP6 erhobenen Bürokratiewaufwänden zeigten sich in den Bereichen „Beantragung LZT“ (Tragende Gründe: 10 001 182 € vs. PT-REFORM: 48 291 144 €), „Beantragung KZT“ (Tragende Gründe: 14 410 929 € vs. PT-REFORM: 22 179 691 €) und „Individuelle Patienteninformation“ (Tragende Gründe: 9 268 762 € vs. PT-REFORM: 3 432 332 €) [22]. Eine Übersicht der Gesamtkosten findet sich in Anhang 2.5, Tabelle 2.17. Die zugehörigen Tabellen zu den einzelnen Bereichen der Bürokratiewaufwänden, auf die folgend genauer eingegangen wird, finden sich in Anhang 2.5, Tabelle 2.18. Die Angaben zu PT-REFORM entsprechen dem Median.

Hinsichtlich der Mitteilung der telefonischen Erreichbarkeit und Sprechstunde an die KV zeigte sich, dass diese Tätigkeit nach Angaben der befragten Psychotherapeut*innen seltener (2x/Jahr/Psychotherapeut*in) ausgeführt wurde, dafür aber mehr Zeit in Anspruch nahm (10 min) als in den „Tragenden Gründen“ angenommen (6x/Jahr/Psychotherapeut*in, 2 min) [22]. Bei der Individuellen Patienteninformation schätzte der G-BA in den „Tragenden Gründen“ eine längere Dauer für die Aktivität „Datenübermittlung und Veröffentlichung“ (15 min) [22] als bei PT-REFORM (6,5 min). Die Angabe der Rezidivprophylaxe bei einem LZT-Antrag wurde vom G-BA geringer eingeschätzt (15 sec) [22] als bei PT-REFORM (2 min). Die höheren Kosten bei PT-REFORM (384 037 € vs. Tragende Gründe: 53 104 €) [22] resultierten auch aus einer höher eingeschätzten Fallzahl an LZT-Anträgen. Diese lag bei PT-REFORM (229 048 Fälle) mehr als 4 mal so hoch wie in den Tragenden Gründen angenommen (53 761 Fälle) [22]. Zusätzlich wurde bei PT-REFORM eine längere Zeitdauer in den Aktivitäten „Datenübermittlung und Veröffentlichung“ und „Kopieren, Archivieren, Verteilen“ (jeweils PT-REFORM: 10 min vs. Tragende Gründe 5 min) [22] angegeben. Auch bei der Beantragung von KZT wurde die jährliche Fallzahl (PT-REFORM: 687 144 vs. Tragende Gründe: 535 981) sowie die Zeitdauer für „Kopieren, Archivieren, Verteilen“ (PT-REFORM: 10 min vs. Tragende Gründe: 5 min) und „weitere Informationsbeschaffung“ (PT-REFORM: 10 min vs. Tragende Gründe: 2,5 min) [22] bei PT-REFORM höher eingeschätzt. Eine höhere jährliche Fallzahl (PT-REFORM: 85 893 vs. Tragende Gründe: 53 097) und damit höhere Kosten (PT-REFORM: 2 091 165 € vs. Tragende Gründe: 1 399 375 €) [22] zeigten sich auch bei der Anzeige einer Akutbehandlung. Anders war es bei der Archivierung der Individuellen Patienteninformation, hier schätzte der G-BA die

Fallzahl bei geringerer Dauer höher ein (jährliche Fallzahl: 735 616, Zeit: 2 min) [22] als in unserer Studie (jährliche Fallzahl: 286 310, Zeit: 4 min).

3.5.3: Weitere Bürokratieaufwände

Die Psychotherapeut*innen wurden gefragt, ob weitere Bürokratiekosten auftreten. Je 4 Psychotherapeut*innen (14 %) nannten hier Aufwände aus dem Bereich *Praxisorganisation: Technik* (z. B. „Kontakt mit der Hotline“ oder „Nicht-Funktionieren der Technik“, 80 min, jährliche Fallzahl 4). Ebenfalls von vier Psychotherapeut*innen (14 %) wurde der Bereich *Praxisorganisation: Bürokratiekosten* (z. B. „Quartalsabrechnungen und Kontrollen“, 90 min, jährliche Fallzahl 4) genannt. Von 6 Psychotherapeut*innen (21 %) wurde der Bereich *Kommunikation mit Medizinischem Dienst der Krankenversicherung /Krankenkasse/KV/Ämtern/Berufsverband* genannt (z. B. „Berichte an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder das Sozialgericht“, 43,5 min, jährliche Fallzahl 4) genannt. Der Bereich *Kommunikation mit anderen Ärzt*innen* wurde von zwei Psychotherapeut*innen (7 %) genannt (z. B. „Konsilscheine aufgeben“, 7,5 min, jährliche Fallzahl 7). Insgesamt führen diese zusätzlichen Bereiche, unter der Annahme, dass sie nur für die Anteile an Psychotherapeut*innen relevant sind, die hier Angaben gemacht haben, zu zusätzlichen Bürokratiekosten von 3 250 144 €.

3.5.4: Vorschläge zur Senkung von Bürokratieaufwänden

Die in AP 2 befragten Psychotherapeut*innen machten Vorschläge, wie Bürokratieaufwände reduziert werden könnten (Abbildung 3.3). Die *Aufhebung der Trennung KZT I und KZT II* würde zu einer Halbierung der jährlichen Fallzahl von 24 auf 6 führen und Einsparungen von 11 089 846 € mit sich bringen. Der *Bericht an den Gutachter bei LZT-Anträgen* umfasste 71 % des Gesamtzeitaufwands. Durch den Wegfall des Berichts würde die Zeit von 229,5 min auf 67 min reduziert und die Kosten pro Fall von 189,92 € auf 55 € gesenkt werden, was insgesamt zu einer Kostenreduktion von 35 361 384 € auf 12 929 760 € führen würde. Bei einer *Vereinheitlichung der Antragsstellung KZT und Akutbehandlung* auf die Standards der Akutbehandlung ließe sich eine Zeitreduktion um 20 % auf 28,9 min und eine Kostenreduktion um 1 324 871 € auf 20 854 820 € für die Beantragung der KZT erreichen.



Abbildung 3.3: AP6 Einsparpotenziale zur Senkung von Bürokratieaufwänden- und Kosten

Im Median verbrachten die Psychotherapeut*innen in PT-REFORM 28 % ihrer gesamten Arbeitszeit für Bürokratieaufwände.

Anlagen

Inhalt

Anlage 1: Arbeitspaket 1	3
Datenextraktionsbogen Praxisinhaber*innen	3
Datenextraktionsbogen Anfragende vor Reform	5
Datenextraktionsbogen Anfragende nach Reform.....	7
Anlage 2: Arbeitspaket 2	9
Rückmeldebogen Psychotherapeut*innen.....	9
Fragebogen Psychotherapeut*innen.....	10
Interviewleitfaden Psychotherapeut*innen.....	14
Anlage 3: Arbeitspaket 3	19
Rückmeldebogen Patient*innen.....	19
Erfassung Nichtteilnehmer*innen	21
Fragebogen Patient*innen t1	22
Fragebogen Eltern t1.....	24
Fragebogen Patient*innen t2	26
Fragebogen Eltern t2.....	28
Fragebogen Patient*innen Befragung nur an t2	30
Fragebogen Eltern Befragung nur an t2.....	33
Interviewleitfaden Patient*innen t1.....	36
Interviewleitfaden Patient*innen t1 bei Erwartung keiner Suche	38
Interviewleitfaden Patient*innen t2.....	40
Interviewleitfaden Patient*innen t2 bei nicht erfolgter Suche	42
Interviewleitfaden Patient*innen Befragung nur an t2.....	43
Anlage 4: Arbeitspaket 4	46
Rückmeldebogen Zuweiser*innen (Interviewteilnahme und Patienteneinschluss)	46
Rückmeldebogen Zuweiser*innen (nur Interviewteilnahme)	47
Rückmeldebogen Kassenärztliche Vereinigungen	48
Datenblatt Zuweiser*innen	49
Interviewleitfaden Zuweiser*innen.....	50
Interviewleitfaden Kassenärztliche Vereinigungen	52
Anlage 5: Arbeitspaket 5	53
Fragebogen Kassenärztliche Vereinigungen.....	53

Anlage 6: Arbeitspaket 6	54
Fragebogen Nachziehung Psychotherapeut*innen (nach [22])	54

Anlage 1: Arbeitspaket 1

Datenextraktionsbogen Praxisinhaber*innen

AP1: CRF Angaben zur Praxis, PT-REFORM

Therapeuten-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
Angaben zur Praxis

TherapeutIn	
a01	Geschlecht TherapeutIn 0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers <input type="checkbox"/>
a02	Geburtsdatum TherapeutIn ____/_____ (Monat / Jahr)
Berufsgruppe	
b01	Ärztin / Arzt 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
b02	Psychologin / Psychologe 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
b03	andere Berufsgruppe (z. B. PädagogIn, Lehrerin) 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
b04	Approbation zur Ausübung von... 0 = Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie 1 = Erwachsenen Psychotherapie 2 = beides <input type="checkbox"/>
b05	Ergänzungsqualifikation für... (Zweite Fachkunde) 0 = Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie 1 = Erwachsenen Psychotherapie 2 = keine Ergänzungsqualifikation <input type="checkbox"/>
Abrechnungsgenehmigung für...	
c01	Tiefenpsych. fundierte Psychotherapie 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
c02	Analytische Psychotherapie 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
c03	Verhaltenstherapie 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
Praxis	
Vor dem 1. April 2017	
d01	Kassensitz 0 = kein Kassensitz 1 = halber Kassensitz 2 = voller Kassensitz <input type="checkbox"/>
d02	Praxisform 1 = Einzelpraxis 2 = Gemeinschaftspraxis 3 = andere Praxisform (z.B. Ausbildungsambulanz) <input type="checkbox"/>
d03	Wie viele Therapiestunden pro Woche bieten Sie an? <input type="text"/> <input type="text"/> Std. pro Woche
d04	Haben Sie vor der Strukturreform Termine zur Probatorik nur bei Aussicht auf einen freien Therapieplatz in Ihrer Praxis vergeben? 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>

Bitte wenden!

Nach dem 1. April 2017			
d04	Kassensitz	0 = kein Kassensitz 1 = halber Kassensitz 2 = voller Kassensitz	<input type="checkbox"/>
d05	Praxisform	1 = Einzelpraxis 2 = Gemeinschaftspraxis 3 = andere Praxisform (z.B. Ausbildungsambulanz)	<input type="checkbox"/>
d06	Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie in Ihrer Praxis im Durchschnitt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Std. pro Woche	
Wie können PatientInnen Kontakt zu Ihnen aufnehmen?			
Vor dem 1. April 2017			
e01	Telefon	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
e02	Email	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
e03	Online Formular	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
e04	Wie viele Minuten pro Woche sind Sie telefonisch erreichbar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min. pro Woche	
Nach dem 1. April 2017			
e05	Telefon	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
e06	Email	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
e07	Online Formular	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
e08	Wie viele Minuten pro Woche sind Sie telefonisch erreichbar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min. pro Woche	

Datenextraktionsbogen Anfragende vor Reform

AP1: Angaben zum Patienten vor dem 1. April 2017, *PT-REFORM*

Therapeuten-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
Angaben zur Patientin / zum Patienten

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Zeitraum VOR der Strukturreform vom 1. April 2017	
Patientin	
Ausfülldatum: ___ / ___ / _____ (Tag / Monat / Jahr)	Aktennummer: (aus Praxissystem, z. B. Elefant) <input type="text"/>
Wartezeiten	
f01 Datum des ersten dokumentierten Kontakts (z. B. Telefonat, Email, Anrufbeantworter)	___ / ___ / _____ (Tag / Monat / Jahr)
f02 Datum des Erstgesprächs (Probatorik)	___ / ___ / _____ (Tag / Monat / Jahr)
f03 Anzahl probatorischer Sitzungen	<input type="text"/> <input type="text"/>
f04 Datum der letzten probatorischen Sitzung	___ / ___ / _____ (Tag / Monat / Jahr)
f05 Zustandekommen einer Behandlung in der eigenen Praxis	0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
f06 Wenn eigene Behandlung zustande kam: Datum des Behandlungsbeginns (Richtlinienpsychotherapie)	___ / ___ / _____ (Tag / Monat / Jahr)
f07 Wenn <u>nach dem Erstgespräch keine Behandlung</u> in der eigenen Praxis zustande kam: Ablehnungsgrund	0 = keine Kapazität 1 = keine Indikation für ambulante Psychotherapie 2 = Patient lehnt Behandlung in Praxis ab 3 = anderer, nämlich (Freitext s.u.) 9 = unbekannt <input type="checkbox"/> _____ _____ f07_txt
f08 Wenn Übermittlung in stationäre Behandlung: Datum der Aufnahme dort (falls bekannt)	___ / ___ / _____ (Tag / Monat / Jahr)

Bitte wenden!

Patientendaten		
g01	Geschlecht PatientIn	0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers <input type="checkbox"/>
g02	Alter PatientIn beim Erstgespräch	____ (Jahre)
g03	Krankenversicherung	1 = gesetzlich 2 = privat 3 = Beihilfe 4 = sonstiges, nämlich _____ g03_txt <input type="checkbox"/>
g04	Krankgeschrieben zum Zeitpunkt des Erstkontakts	0 = Nein 1 = Ja 9 = unbekannt <input type="checkbox"/>
g05	<u>Bei erwachsenen Patienten oder minderjährigen Patienten mit Schulabschluss:</u> Höchster Schulabschluss	0 = kein Schulabschluss 1 = Hauptschule 2 = Realschule 3 = Fachhochschulreife 4 = Abitur 5 = anderer Schulabschluss 9 = unbekannt <input type="checkbox"/>
g06	<u>Bei minderjährigen Patienten:</u> Aktuell besuchter Schultyp	0 = noch nicht im schulfähigen Alter 1 = Hauptschule 2 = Realschule 3 = Gesamtschule 4 = Gymnasium 5 = anderer Schultyp 9 = unbekannt <input type="checkbox"/>
g07	Berufsausbildung	0 = keine Berufsausbildung 1 = Lehre 2 = Fachschule 3 = Fachhochschule 4 = Universität, Hochschule 5 = andere Berufsausbildung 9 = unbekannt <input type="checkbox"/>
Diagnose(n) beim Erstgespräch (nach ICD-10)		
h01	1. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h02	2. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h03	3. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h04	4. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h05	5. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

i10	Wenn Übermittlung in stationäre Behandlung: Datum der Aufnahme dort (falls bekannt)	___/___/_____ (Tag / Monat / Jahr)
Patientendaten		
j01	Geschlecht PatientIn	0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers <input type="checkbox"/>
j02	Alter PatientIn beim Erstgespräch	___ (Jahre)
j03	Krankenversicherung	1 = gesetzlich 2 = privat 3 = Beihilfe 4 = sonstiges, nämlich _____ j03_txt <input type="checkbox"/>
j04	Krankgeschrieben zum Zeitpunkt des Erstkontakts	0 = Nein 1 = Ja 9 = unbekannt <input type="checkbox"/>
j05	<u>Bei erwachsenen Patienten oder minderjährigen Patienten mit Schulabschluss:</u> Höchster Schulabschluss	0 = kein Schulabschluss 1 = Hauptschule 2 = Realschule 3 = Fachhochschulreife 4 = Abitur 5 = anderer Schulabschluss 9 = unbekannt <input type="checkbox"/>
j06	<u>Bei minderjährigen Patienten:</u> Aktuell besuchter Schultyp	0 = noch nicht im schulfähigen Alter 1 = Hauptschule 2 = Realschule 3 = Gesamtschule 4 = Gymnasium 5 = anderer Schultyp 9 = unbekannt <input type="checkbox"/>
j07	Berufsausbildung	0 = keine Berufsausbildung 1 = Lehre 2 = Fachschule 3 = Fachhochschule 4 = Universität, Hochschule 5 = andere Berufsausbildung 9 = unbekannt <input type="checkbox"/>
Diagnose(n) beim Erstgespräch (nach ICD-10)		
k01	1. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k02	2. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k03	3. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k04	4. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k05	5. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Anlage 2: Arbeitspaket 2

Rückmeldebogen Psychotherapeut*innen



AP2 Befragung Psychotherapeuten



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAIN7

Bitte füllen Sie den Rückmeldebogen aus, auch wenn Sie nicht teilnehmen möchten!!

RÜCKMELDEBOGEN

Name _____

Angaben zu Ihrer Praxis: Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis halber Kassensitz voller Kassensitz

Wenn Sie **teilnehmen** möchten: Bitte füllen Sie die untenstehende Einverständniserklärung aus.

Wenn Sie **nicht teilnehmen** möchten: Bitte teilen Sie uns den Grund dafür mit, dies ist ebenfalls eine wichtige Information für uns.

Keine Zeit Studie irrelevant Grundsätzliche Ablehnung von Studienteilnahmen

Anderer Grund: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG Zur Teilnahme an der *PT-REFORM* Studie

Ich bin durch die die „Informationen zur Studie“ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden.

Ich habe die „Informationen zur Studie“ gelesen und verstanden. Es bestand die Möglichkeit Rückfragen zu stellen und ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Aufgetretene Fragen wurden vom Studienmitarbeiter¹ beantwortet.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie oder Teilen der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten pseudonymisiert (also ohne Angabe von Namen, Anschrift) auf Datenträgern (Computern) gespeichert werden. Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen! Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Ich weiß, dass alle Auswertungen der Studie in anonymisierter Form erfolgen und aus den anonymen Auswertungsergebnissen keine Rückschlüsse auf meine Person möglich sind.

Ich erkläre mich bereit an der *PT-REFORM* Studie teilzunehmen!
(Bitte unterschreiben Sie in doppelter Ausführung und senden Sie eine Ausführung an uns zurück!)

(Name und Vorname in Druckschrift)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

¹Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wird Text zwar nur die männliche Form genannt, stets aber die weibliche und andere Formen gleichermaßen mitgemeint.

Fragebogen Psychotherapeut*innen

AP2: Begleitfragebogen zum Interview, PT-REFORM

Therapeuten-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
Begleitfragebogen zum Interview

TherapeutIn			
a01	Geschlecht TherapeutIn	0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers	<input type="checkbox"/>
a02	Geburtsdatum TherapeutIn		___/___-___ (Monat / Jahr)
Berufsgruppe			
b01	Ärztin / Arzt	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
b02	Psychologin / Psychologe	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
b03	andere Berufsgruppe (z. B. PädagogIn, LehrerIn)	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
b04	Ausübung von...	0 = Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie 1 = Erwachsenen Psychotherapie 2 = beides	<input type="checkbox"/>
b05	Ergänzungsqualifikation für... (zweite Fachkunde)	0 = Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie 1 = Erwachsenen Psychotherapie 2 = keine Ergänzungsqualifikation	<input type="checkbox"/>
Abrechnungsgenehmigung für...			
c01	Tiefenpsych. fundierte Psychotherapie	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
c02	Analytische Psychotherapie	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
c03	Verhaltenstherapie	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
Praxis			
d01	Kassensitz	1 = voller Kassensitz 2 = halber Kassensitz	<input type="checkbox"/>
d02	Praxisform	1 = Einzelpraxis 2 = Gemeinschaftspraxis 3 = andere Praxisform (z.B. Ausbildungsambulanz)	<input type="checkbox"/>
d03	Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie in Ihrer Praxis im Durchschnitt?		<input type="text"/> <input type="text"/> Std. pro Woche

bitte wenden!

Wie können PatientInnen Kontakt zu Ihnen aufnehmen?			
e01a	Telefon	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
e01b	Anrufbeantworter	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
e02	Email	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
e03	Online Formular	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
e04	Wie viele Minuten pro Woche sind Sie telefonisch erreichbar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Woche	
e05	Wie ist die telefonische Sprechstunde bei Ihnen organisiert?	1 = persönlich 2 = Praxismitarbeiter	<input type="checkbox"/>
e06	Wieviel Prozent der eingehenden Terminanfragen beantworten Sie? (z. B. Rückruf bei Nachrichten auf dem AB)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prozent	
geschätzter Zeitaufwand pro Informationspflicht pro Jahr			
f01	Meldung telefonischer Erreichbarkeiten und Sprechstundentermine an kassenärztliche Vereinigung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Meldung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	f01a f01b
f02	Patienteninformation zur Sprechstunde (PTV 10, PTV 11)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Formular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	f02a f02b
f03	Archivierung individuelle Patienteninformation in Akte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Archivierung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	f03a f03b
f04	Anzeige einer Akutbehandlung (PTV 12)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Formular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	f04a f04b
f05	Antrag auf Kurzzeittherapie (PTV 1, PTV 2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Antrag <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	f05a f05b
f06	(Umwandlungs-)Antrag auf Langzeittherapie (PTV 1, PTV 2, PTV 8, Bericht an Gutachter)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Antrag <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	f06a f06b
f07	Zusatzangabe Rezidivprophylaxe bei Antrag Langzeittherapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Zusatzangabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	f07a f07b
f09	Dokumentationsbogen: Anzeige des Behandlungsendes (PTV 12)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Bogen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	f09a f09b
f10	Sind weitere Informationspflichten angefallen?	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>

Interviewleitfaden Psychotherapeut*innen

AP 2: Interview-Leitfaden Psychotherapeuten, PT-REFORM

Therapeuten ID



Interview-Leitfaden Psychotherapeuten

Einstieg (narrativ)

- Was sind Ihre prägendsten Erfahrungen mit der Psychotherapie-Strukturreform von 2017?

(Bei Unklarheiten nachfragen, Erzähllücken schließen)

Vielen Dank! Gerne möchte ich Sie nun zu einzelnen Themenbereichen der neuen Psychotherapie-Richtlinie befragen.

Wartezeiten

- Können Sie beschreiben, wie sich die neue Richtlinie auf die Wartezeiten Ihrer Patienten ausgewirkt hat? (sowohl Patienten in eigener Praxis als Patienten überhaupt)

ggf. nachfragen:

- o Wie hat sich die Wartezeit zwischen Erstkontakt (Anruf, Email) und Erstgespräch durch die Reform Ihrer Einschätzung nach verändert?
- o Wie hat sich die Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn verändert?

Therapeuten sollen zu
Erstkontakt u Erstgespräch
UND
Erstgespräch und Beginn Therapie
etwas sagen

Entsprechend Antwort:

- a) sagt nicht verkürzt: Was müsste man tun, um Wartezeit zu verkürzen?
 - b) sagt verkürzt: Was hat Ihrer Meinung nach zur Verkürzung der Wartezeiten auf einen Therapieplatz beigetragen?
- Welche Maßnahmen müssten Ihrer Meinung nach ergriffen werden, um die Wartezeiten (noch mehr) zu verkürzen?
 - Welche Maßnahmen ergreifen Sie, wenn eine ambulante Psychotherapie indiziert ist, Sie jedoch keinen Behandlungsplatz frei haben?
- ggf. nachfragen wenn Weitervermittlung erwähnt wird:
- o Wie läuft Weitervermittlung ab?
- Was haben Sie persönlich ausprobiert, um Wartezeiten auf einen Therapieplatz in Ihrer Praxis zu verkürzen?

Psychotherapeutische Sprechstunde (→ für Hinweise s. Erläuterungen Punkt 1)

- Welchen Einfluss hat die psychotherapeutischen Sprechstunde auf Ihren Praxisablauf?
- Wie empfinden Sie den zeitlichen Umfang der Sprechstunde?
- Wie würden Sie den Nutzen der psychotherapeutischen Sprechstunde beurteilen?
- Was würde Ihnen die Durchführung der Sprechstunde erleichtern?
- Gibt es sonst noch etwas, das Sie bezüglich der Sprechstunde gern sagen würden?

Telefonische Erreichbarkeit (→ für Hinweise s. Erläuterungen Punkt 2)

- Wie wird die telefonische Erreichbarkeit von den Patienten genutzt? (Inanspruchnahme)
- Wie beurteilen Sie die Einführung der telefonischen Erreichbarkeit?

Akutbehandlung (→ für Hinweise s. Erläuterungen Punkt 3)

- Wie sind Ihre Erfahrungen mit Akutbehandlungen?
 - ggf. nachfragen:
 - o Was sind Ihrer Meinung nach die Vorteile der Akutbehandlung?
 - o Wo bestehen Schwierigkeiten im Konzept und in der Umsetzung der Akutbehandlung?
 - Wenn keine Akutbehandlungen durchgeführt werden:
 - o Was müsste sich ändern, damit Sie eine Akutbehandlung durchführen?
- Gibt es sonst noch etwas, das Sie bezüglich der Akutbehandlung gern sagen würden?

Rezidivprophylaxe (→ für Hinweise s. Erläuterungen Punkt 4)

- Nutzen Sie die Möglichkeit zur Durchführung einer Rezidivprophylaxe?
 - Wenn ja:
 - o Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit der Rezidivprophylaxe?
 - o Worin sehen Sie die Vorteile?
 - o Welche Schwierigkeiten bestehen in der Umsetzung der Rezidivprophylaxe?
 - Wenn nein:
 - o Was müsste sich ändern, damit Sie die Rezidivprophylaxe nutzen?

- Wie würden Sie sich das Ende einer Therapie bzw. die Nachsorge nach Ende der Therapie wünschen?
- Gibt es sonst noch etwas, das Sie bezüglich der Rezidivprophylaxe gern sagen würden?

Gruppentherapie (→ für Hinweise s. Erläuterungen Punkt 5) Keine Einführung!

- Bieten Sie Gruppentherapie an?

Wenn ja:

- o Wie wirkt sich die Psychotherapie-Reform bei Ihnen auf das Angebot oder die Durchführung von Gruppentherapie aus?

Wenn nein:

- o Unter welchen Voraussetzungen würden sie Gruppentherapie anbieten?

- Welche Vorteile sehen Sie in den Neuerungen bzgl. Gruppentherapien?
- In welchem Bereich sehen Sie Schwierigkeiten in der Umsetzung der GT?
- Gibt es sonst noch etwas, das Sie zum Thema Gruppentherapie gern sagen würden?

Therapiebeantragung (→ für Hinweise s. Erläuterungen Punkt 6)

- Welche Auswirkung hat der Wegfall der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapien in Ihrer beruflichen Praxis?
- Was glauben Sie: Welchen Einfluss hat der Wegfall der Gutachterpflicht auf Konzeptualisierung von KZTen? Was bedeutet das für die Durchführung?
- Wie beurteilen Sie die Einführung eines zweiten Bewilligungsschritts bei KZTen (12+12)?
- Was denken Sie über die Reduktion der Bewilligungsschritte (3 auf 2) bei LZTen?
- Möchten Sie sonst noch etwas zum Thema Therapiebeantragung sagen?

Bürokratieaufwand (→ in Überleitung erklären, was mit Bürokratieaufwand gemeint ist)

- Bitte schildern Sie, in welchem zeitlichen Verhältnis direkter Patientenkontakt und Bürokratieaufwand in Ihrem Praxisalltag stehen?

ggf. nachfragen:

- Bitte schätzen Sie: wieviel Prozent Ihrer Zeit verbringen Sie mit Patientenkontakt und wieviel Prozent mit Bürokratie?
- Welche Veränderungen hat die PT-Reform in diesem Bereich erbracht?
- Was könnte zur Vereinfachung des Bürokratieaufwands beitragen? (ggf. Beispiele nennen: Vereinfachung Formulare etc)
- Gibt es sonst noch etwas, das Sie zum Thema Bürokratieaufwand gerne sagen würden?

Gerne möchte ich Ihnen zum Abschluss ein paar Fragen allgemeine Fragen stellen.

Sonstiges

- Unterscheidet sich Ihre Praxis von anderen Praxen in Ihrer Umgebung? Wenn ja: Wie?
- Wie hat sich Ihre Arbeitsbelastung durch die Vorgaben der neuen Richtlinie verändert?

wenn Änderung:

- Welchen Einfluss hat die veränderte Arbeitsbelastung auf Ihr Wohlbefinden oder Krankheitstage?

- Was könnte man Ihrer Meinung nach tun, um den Zugang zu Psychotherapie zu erleichtern?

- Wie könnte man, Ihrer Meinung nach, den Versorgungsablauf optimieren? (es sollen Angaben für Pat. und Th. Gemacht werden)

Darauf achten: sind Antworten redundant?

Wir sind jetzt fast am Ende des Interviews. Zum Abschluss stelle ich Ihnen jetzt noch ein paar zusammenfassende Fragen. Wir werden die Möglichkeit haben, die Sicht der befragten Therapeuten dem G-BA mitzuteilen, deshalb könnten Sie auf diesem Wege Veränderungen erwirken, die Ihnen wichtig wären.

Wenn man die Richtlinie in ihrer Gesamtheit betrachtet:

- Was glauben Sie, sind die größten Verbesserungen für Patienten?
- In welchem Bereich bestehen die größten Schwachstellen in Bezug auf Patienten?
- Welche Verbesserungen konnten für Psychotherapeuten erreicht werden?
- Wo bestehen die größten Probleme für Sie als PsychotherapeutIn?
- Wenn die Psychotherapieleitlinien erneut geändert werden könnte, was würden Sie sich wünschen?

Abschlussfrage

- Wir sind jetzt am Ende des Interviews. Gibt es etwas, das Sie gerne noch sagen würden, wir bislang jedoch noch nicht besprochen haben?

Patientenrekrutierung: ja
nein

Mailverteiler: ja
nein

Mailadresse
separat erfassen

Anlage 3: Arbeitspaket 3 Rückmeldebogen Patient*innen



**Bitte füllen Sie den
Rückmeldebogen aus, auch
wenn Sie nicht teilnehmen
möchten!!**

RÜCKMELDEBOGEN

Vor- und Nachname _____

Ich möchte an der *PT-REFORM* Studie teilnehmen.

Bitte kontaktieren Sie mich zwecks Terminabsprache unter folgender

Telefon Nr. _____

am besten zu folgenden Zeiten: _____

Email: _____

Ich möchte **nicht** teilnehmen.

Bitte teilen Sie uns den Grund dafür mit, dies ist ebenfalls eine wichtige Information für uns.

Keine Zeit Studie irrelevant Grundsätzliche Ablehnung von Studienteilnahmen

Anderer Grund: _____

Bitte händigen Sie diesen Rückmeldebogen dem Studienmitarbeiter aus oder senden ihn an
die untenstehende Adresse zurück!

Studienzentrale

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI)
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Frau Lena Maier/PT-REFORM
Gebäude 902
55101 Mainz

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich gerne an

Lena Maier
Telefon: +49 (0) 6131 17-5933
E-Mail: lenmaier@uni-mainz.de

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zur Teilnahme an der *PT-REFORM* Studie

Ich wurde über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt.

Ich habe die „Informationen zur Studie“ gelesen und verstanden. Es bestand ausreichend Zeit Fragen zu stellen und mich zu entscheiden. Aufgetretene Fragen wurden vom Studienmitarbeiter¹ beantwortet.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie oder Teilen der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten pseudonymisiert (also ohne Angabe von Namen, Anschrift) auf Datenträgern (Computern) gespeichert werden. Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen! Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Ich weiß, dass alle Auswertungen der Studie in anonymisierter Form erfolgen und aus den anonymen Auswertungsergebnissen keine Rückschlüsse auf meine Person möglich sind.

Ich erkläre mich bereit an der *PT-REFORM* Studie teilzunehmen!
(Bitte unterschreiben Sie in doppelter Ausführung!)

Unterschrift des Teilnehmers

Name und Vorname in Druckschrift: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

¹Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wird Text zwar nur die männliche Form genannt, stets aber die weibliche und andere Formen gleichermaßen mitgemeint.

Erfassung Nichtteilnehmer*innen

AP3: Patientenerfassung

ID

PT-REFORM Erfassung Nicht-Teilnehmer

z1	Datum	___/___/_____
z2	Einverstanden mit Erfassung folgender Variablen • Geschlecht • Alter	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
→ Wenn einverstanden (z2=1), gehe zu a1. → Wenn nicht einverstanden (z2=0), gehe zu a3.		
a1	Geschlecht (nur ausfüllen, wenn z2 = 1)	0 = männlich 1 = weiblich 3 = divers <input type="checkbox"/>
a2	Alter (nur ausfüllen, wenn z2 = 1)	_____ Jahre
a3	Eligibilität	0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
a4	Wenn nicht eligibel, Grund (z.B. PT in Anamnese, ausgeprägte Denkstörungen): _____ _____ _____	
→ Wenn einverstanden (z2 = 1) und... a) ...eligibel (a3=1), gehe zu a5. b) ...nicht eligibel (a3=0), Ende des Fragebogens bei a4. → Wenn nicht einverstanden (z2 = 0) aber... a) ...eligibel (a3 = 1), vermerke bei a6: „Ohne Angabe von Gründen“. b) ...nicht eligibel (a3=0), Ende des Fragebogens bei a4.		
a5	Teilnahme (nur bei eligiblen Pat. ausfüllen)	0 = möchte teilnehmen 1 = möchte nicht teilnehmen <input type="checkbox"/>
a6	Wenn nicht teilnehmen möchte, Ablehnungsgrund: _____ _____ _____	

Fragebogen Patient*innen t1

AP3: CRF PatientInnenangaben t1, PT-REFORM

PatientInnen-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
PatientInnen t1

PatientIn	
a01 Geschlecht	0 = männlich <input type="checkbox"/> 1 = weiblich 9 = divers
a02 Geburtsdatum	___/___/___ (Monat / Jahr)
a03 Familienstand	1 = ledig <input type="checkbox"/> 2 = verheiratet 3 = verwitwet 4 = geschieden 5 = wieder verheiratet 6 = getrennt lebend 9 = unbekannt / nicht eindeutig
a04 Krankenversicherung	1 = gesetzlich <input type="checkbox"/> 2 = privat 3 = Beihilfe 4 = sonstiges, nämlich _____ a04_txt
a05 aktuell Krankgeschrieben	0 = Nein <input type="checkbox"/> 1 = Ja
a06 Höchster Schulabschluss	0 = kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> 1 = Hauptschule 2 = Realschule 3 = Fachhochschulreife 4 = Abitur 5 = anderer Schulabschluss 9 = unbekannt
a07 Berufsausbildung	0 = keine Berufsausbildung <input type="checkbox"/> 1 = Lehre 2 = Fachschule 3 = Fachhochschule 4 = Universität, Hochschule 5 = andere Berufsausbildung 9 = unbekannt
a08 Geburtsland	_____

bitte wenden!

Unter welchen psychischen Beschwerden leiden Sie? (Bitte Freitext eintragen)	
b01	1. _____
b02	2. _____ _____
b03	3. _____ _____
b04	4. _____ _____
b05	Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre psychischen Beschwerden belastet? 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer <input type="checkbox"/>
b06	Diagnose (falls bekannt) _____
Präferenzen bei der Suche nach einem Therapieplatz	
c01	Welche Art der Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten bevorzugen Sie? 1 = telefonisch 2 = E-Mail 3 = Onlineformular 4 = schriftlich (Post) 9 = Sonstiges <input type="checkbox"/>
c02	Wieviel Zeit würden Sie als Fahrdauer zur Praxis in Kauf nehmen? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
c03	Ist das Geschlecht des Therapeuten für Sie von Bedeutung? 0 = männlich bevorzugt 1 = weiblich bevorzugt 9 = egal <input type="checkbox"/>
c04	Welches Therapieverfahren bevorzugen Sie? 1 = tiefenpsychologische Psychotherapie 2 = analytische Psychotherapie 3 = Verhaltenstherapie 9 = Therapieverfahren nicht bekannt / keine Präferenz <input type="checkbox"/>
c05	Was denken Sie: wie lange dauert es bis Sie einen ersten Termin bei einem Psychotherapeuten bekommen? _____

Fragebogen Eltern t1

AP3: CRF PatientInnenangaben, *PT-REFORM*

PatientInnen-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
PatientInnen t1

PatientIn			
a01a	Geschlecht des Kindes	0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers	<input type="checkbox"/>
a01b	Geschlecht des Elternteils	0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers	<input type="checkbox"/>
a02a	Geburtsdatum des Kindes		___/___/____ (Monat / Jahr)
a02b	Geburtsdatum des Elternteils		___/___/____ (Monat / Jahr)
a03	Familienstand	1 = ledig 2 = verheiratet 4 = verwitwet 3 = geschieden 5 = wieder verheiratet 6 = getrennt lebend 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
a04	Krankenversicherung	1 = gesetzlich 2 = privat 3 = Beihilfe 4 = sonstiges, nämlich _____	<input type="checkbox"/> a04_txt
a05	Kind aktuell Krankgeschrieben	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
a06	Höchster Bildungsabschluss des Elternteils	0 = kein Schulabschluss 1 = Hauptschule 2 = Realschule (mittlere Reife) 3 = Fachhochschulreife 4 = Abitur 5 = Fachhochschulabschluss 6 = Universitäts-/Hochschulabschluss 5 = anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
a08	Geburtsland		_____

Unter welchen psychischen Beschwerden leidet Ihr Kind? (Bitte Freitext eintragen)	
b01	1. _____ _____
b02	2. _____ _____
b03	3. _____ _____
b04	4. _____ _____
b05	Wie stark fühlen Sie sich durch die psychischen Beschwerden Ihres Kindes belastet? 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer <input type="checkbox"/>
b06	Diagnose (falls bekannt) _____
Präferenzen bei der Suche nach einem Therapieplatz	
c01	Welche Art der Kontakt-aufnahme mit dem Therapeuten bevorzugen Sie? 1 = telefonisch 2 = E-Mail 3 = Onlineformular 4 = schriftlich (Post) 9 = Sonstiges <input type="checkbox"/>
c02	Wieviel Zeit würden Sie als Fahrdauer zur Praxis in Kauf nehmen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten
c03	Ist das Geschlecht des Therapeuten für Sie von Bedeutung? 0 = männlich bevorzugt 1 = weiblich bevorzugt 9 = egal <input type="checkbox"/>
c04	Welches Therapieverfahren bevorzugen Sie? 1 = tiefenpsychologische Psychotherapie 2 = analytische Psychotherapie 3 = Verhaltenstherapie 9 = Therapieverfahren nicht bekannt / keine Präferenz <input type="checkbox"/>

Fragebogen Patient*innen t2

AP3: CRF PatientInnenangaben t2, PT-REFORM

PatientInnen-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
Kontaktaufnahme ambulante Psychotherapie t2

PatientIn	
Vereinbarung eines Erstgesprächs	
d01	Wie häufig haben Sie seit unserem letzten Termin PsychotherapeutInnen für ein Erstgespräch kontaktiert (z. B. telefonisch oder schriftlich)? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal
d01a	Wie fand die Kontaktaufnahme mit dem/r Psychotherapeut/in statt? 1 = telefonisch <input type="checkbox"/> 2 = E-Mail <input type="checkbox"/> 3 = Onlineformular <input type="checkbox"/> 4 = schriftlich (Post) <input type="checkbox"/> 9 = Sonstiges <input type="checkbox"/>
d02	Wie häufig haben Sie die Terminservicestelle der kassenärztlichen Vereinigung zur Vermittlung eines psychotherapeutischen Termins in Anspruch genommen? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal
d03	Wie viele Erstgespräche wurden vereinbart? <input type="text"/> <input type="text"/> Erstgespräch(e)
Wartezeit für Erstgespräch	
d04	Wenn Sie ein Erstgespräch direkt <u>mit dem Psychotherapeuten</u> vereinbart haben: Wie lang war die Wartezeit zwischen Erstkontakt (z.B. erstem Telefonat) und Erstgespräch? <input type="text"/> <input type="text"/> Tag(e)
d05	Wenn ein Erstgespräch <u>durch die Terminservicestelle</u> vermittelt wurde: Wie lang war die Wartezeit zwischen Kontaktaufnahme mit der Terminservicestelle und Erstgespräch? <input type="text"/> <input type="text"/> Tag(e)
Therapieplatz	
d06	Haben Sie zwischenzeitlich einen Therapieplatz erhalten? 0 = Nein <input type="checkbox"/> 1 = Ja <input type="checkbox"/>
Wenn nein:	
d07	Stehen Sie auf einer Warteliste für einen Therapieplatz? 0 = Nein <input type="checkbox"/> 1 = Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja:	
d08	Wie lang war die Wartezeit zwischen dem ersten Gespräch mit einem Therapeuten und nachfolgenden Therapiesitzungen? <input type="text"/> <input type="text"/> Woche(n)
d09	Wie lange ist die Fahrtzeit zwischen Ihrem Wohnsitz und der Praxis? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
d10	Welches Geschlecht hat Ihr/e Therapeut/in? 0 = männlich <input type="checkbox"/> 1 = weiblich <input type="checkbox"/> 9 = divers <input type="checkbox"/>

d11 Welches Therapieverfahren erhalten Sie?	1 = tiefenpsychologische Psychotherapie <input type="checkbox"/> 2 = analytische Psychotherapie 3 = Verhaltenstherapie 9 = Therapieverfahren nicht bekannt
---	---

Fragebogen Eltern t2

AP3: CRF PatientInnenangaben t2, PT-REFORM

PatientInnen-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
Kontaktaufnahme ambulante Psychotherapie t2

PatientIn	
Vereinbarung eines Erstgesprächs	
d01	Wie häufig haben Sie seit unserem letzten Termin PsychotherapeutInnen für ein Erstgespräch kontaktiert (z. B. telefonisch oder schriftlich)? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal
d01a	Wie fand die Kontaktaufnahme mit dem/r Psychotherapeut/in statt? 1 = telefonisch <input type="checkbox"/> 2 = E-Mail <input type="checkbox"/> 3 = Onlineformular <input type="checkbox"/> 4 = schriftlich (Post) <input type="checkbox"/> 9 = Sonstiges <input type="checkbox"/>
d02	Wie häufig haben Sie die Terminservicestelle der kassenärztlichen Vereinigung zur Vermittlung eines psychotherapeutischen Termins in Anspruch genommen? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal
d03	Wie viele Erstgespräche wurden vereinbart? <input type="text"/> <input type="text"/> Erstgespräch(e)
Wartezeit für Erstgespräch	
d04	Wenn Sie ein Erstgespräch direkt mit dem Psychotherapeuten vereinbart haben: Wie lang war die Wartezeit zwischen Erstkontakt (z.B. erstem Telefonat) und Erstgespräch? <input type="text"/> <input type="text"/> Tag(e)
d05	Wenn ein Erstgespräch durch die Terminservicestelle vermittelt wurde: Wie lang war die Wartezeit zwischen Kontaktaufnahme mit der Terminservicestelle und Erstgespräch? <input type="text"/> <input type="text"/> Tag(e)
Therapieplatz	
d06	Hat Ihr Kind zwischenzeitlich einen Therapieplatz erhalten? 0 = Nein <input type="checkbox"/> 1 = Ja <input type="checkbox"/>
Wenn nein:	
d07	Steht Ihr Kind auf einer Warteliste für einen Therapieplatz? 0 = Nein <input type="checkbox"/> 1 = Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja:	
d08	Wie lang war die Wartezeit zwischen dem ersten Gespräch mit einem Therapeuten und nachfolgenden Therapiesitzungen? <input type="text"/> <input type="text"/> Woche(n)
d09	Wie lange ist die Fahrtzeit zwischen Ihrem Wohnsitz und der Praxis? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
d10	Welches Geschlecht hat der/die Therapeut/in Ihres Kindes? 0 = männlich <input type="checkbox"/> 1 = weiblich <input type="checkbox"/> 9 = divers <input type="checkbox"/>

d11 Welches Therapieverfahren erhält Ihr Kind?	1 = tiefenpsychologische Psychotherapie <input type="checkbox"/> 2 = analytische Psychotherapie 3 = Verhaltenstherapie 9 = Therapieverfahren nicht bekannt
--	---

Fragebogen Patient*innen Befragung nur an t2

AP3: CRF PatientInnenangaben t1+t2, PT-REFORM

PatientInnen-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
PatientInnen t1+t2

PatientIn	
a01 Geschlecht	0 = männlich <input type="checkbox"/> 1 = weiblich 9 = divers
a02 Geburtsdatum	____/_____ (Monat / Jahr)
a03 Familienstand	1 = ledig <input type="checkbox"/> 2 = verheiratet 3 = verwitwet 4 = geschieden 5 = wieder verheiratet 6 = getrennt lebend 9 = unbekannt / nicht eindeutig
a04 Krankenversicherung	1 = gesetzlich <input type="checkbox"/> 2 = privat 3 = Beihilfe 4 = sonstiges, nämlich _____ a04_txt
a05 aktuell Krankgeschrieben	0 = Nein <input type="checkbox"/> 1 = Ja
a06 Höchster Schulabschluss	0 = kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> 1 = Hauptschule 2 = Realschule 3 = Fachhochschulreife 4 = Abitur 5 = anderer Schulabschluss 9 = unbekannt
a07 Berufsausbildung	0 = keine Berufsausbildung <input type="checkbox"/> 1 = Lehre 2 = Fachschule 3 = Fachhochschule 4 = Universität, Hochschule 5 = andere Berufsausbildung 9 = unbekannt
a08 Geburtsland	_____

bitte wenden!

Unter welchen psychischen Beschwerden leiden Sie? (Bitte Freitext eintragen)	
b01	1. _____
b02	2. _____
b03	3. _____
b04	4. _____
b05	Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre psychischen Beschwerden belastet? 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer <input type="checkbox"/>
b06	Diagnose (falls bekannt) _____
b07	Wie häufig haben Sie bisher in Ihrem Leben eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen? _____ Mal
Präferenzen bei der Suche nach einem Therapieplatz	
Die folgenden fünf Fragen beziehen sich auf die Zeit, bevor Sie mit der Suche nach einer Psychotherapie begonnen haben. Versetzen Sie sich bitte in die Lage zu Beginn Ihrer Suche:	
c01	Welche Art der Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten hatten Sie vor zu nutzen? 1 = telefonisch 2 = E-Mail 3 = Onlineformular 4 = schriftlich (Post) 9 = Sonstiges <input type="checkbox"/>
c02	Wieviel Zeit waren Sie bereit als Fahrtdauer zur Praxis in Kauf zu nehmen? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
c03	War das Geschlecht des Therapeuten für Sie von Bedeutung? 0 = männlich bevorzugt 1 = weiblich bevorzugt 9 = egal <input type="checkbox"/>
c04	Welches Therapieverfahren haben Sie gesucht? 1 = tiefenpsychologische Psychotherapie 2 = analytische Psychotherapie 3 = Verhaltenstherapie 9 = Therapieverfahren nicht bekannt / keine Präferenz <input type="checkbox"/>

c05	Mit welcher Wartezeit auf einen ersten Termin bei einem Psychotherapeuten haben Sie gerechnet?	
Vereinbarung eines Erstgesprächs		
d01	Wie häufig haben Sie bei Ihrer aktuellen Suche PsychotherapeutInnen für ein Erstgespräch kontaktiert (z. B. telefonisch oder schriftlich)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal
d01a	Wie fand die Kontaktaufnahme mit dem/r Psychotherapeut/in statt?	1 = telefonisch <input type="checkbox"/> 2 = E-Mail <input type="checkbox"/> 3 = Onlineformular <input type="checkbox"/> 4 = schriftlich (Post) <input type="checkbox"/> 9 = Sonstiges <input type="checkbox"/>
d02	Wie häufig haben Sie bei Ihrer Suche die Terminservicestelle der kassenärztlichen Vereinigung zur Terminvermittlung in Anspruch genommen?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal
d03	Wie viele Erstgespräche wurden vereinbart?	<input type="text"/> <input type="text"/> Erstgespräch(e)
Wartezeit für Erstgespräch		
d04	Wenn Sie ein Erstgespräch direkt <u>mit dem Psychotherapeuten</u> vereinbart haben: Wie lang war die Wartezeit zwischen Erstkontakt (z.B. erstem Telefonat) und Erstgespräch?	<input type="text"/> <input type="text"/> Tag(e)
d05	Wenn ein Erstgespräch <u>durch die Terminservicestelle</u> vermittelt wurde: Wie lang war die Wartezeit zwischen Kontaktaufnahme mit der Terminservicestelle und Erstgespräch?	<input type="text"/> <input type="text"/> Tag(e)
Therapieplatz		
d06	Haben Sie zwischenzeitlich einen Therapieplatz erhalten?	0 = Nein <input type="checkbox"/> 1 = Ja <input type="checkbox"/>
Wenn nein:		
d07	Stehen Sie auf einer Warteliste für einen Therapieplatz?	0 = Nein <input type="checkbox"/> 1 = Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja:		
d08	Wie lang war die Wartezeit zwischen dem ersten Gespräch mit einem Therapeuten und nachfolgenden Therapiesitzungen?	<input type="text"/> <input type="text"/> Woche(n)
d09	Wie lange ist die Fahrtzeit zwischen Ihrem Wohnsitz und der Praxis?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
d10	Welches Geschlecht hat Ihr/e Therapeut/in?	0 = männlich <input type="checkbox"/> 1 = weiblich <input type="checkbox"/> 9 = divers <input type="checkbox"/>
d11	Welches Therapieverfahren erhalten Sie?	1 = tiefenpsychologische Psychotherapie <input type="checkbox"/> 2 = analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> 3 = Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> 9 = Therapieverfahren nicht bekannt <input type="checkbox"/>

Fragebogen Eltern Befragung nur an t2

AP3: CRF PatientInnenangaben t1+t2, PT-REFORM

PatientInnen-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
PatientInnen t1+t2

PatientIn		
a01a	Geschlecht des Kindes 0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers	<input type="checkbox"/>
a01b	Geschlecht des Elternteils 0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers	<input type="checkbox"/>
a02a	Geburtsdatum des Kindes ___ / ___ (Monat / Jahr)	
a02b	Geburtsdatum des Elternteils ___ / ___ (Monat / Jahr)	
a03	Familienstand 1 = ledig 2 = verheiratet 4 = verwitwet 3 = geschieden 5 = wieder verheiratet 6 = getrennt lebend 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
a04	Krankenversicherung 1 = gesetzlich 2 = privat 3 = Beihilfe 4 = sonstiges, nämlich _____ a04_txt	<input type="checkbox"/>
a05	Kind aktuell Krankgeschrieben 0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
a06	Höchster Bildungsabschluss des Elternteils 0 = kein Schulabschluss 1 = Hauptschule 2 = Realschule (mittlere Reife) 3 = Fachhochschulreife 4 = Abitur 5 = Fachhochschulabschluss 6 = Universitäts-/Hochschulabschluss 5 = anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
a08	Geburtsland _____	

Unter welchen psychischen Beschwerden leidet Ihr Kind? (Bitte Freitext eintragen)	
b01	1. _____ _____
b02	2. _____ _____
b03	3. _____ _____
b04	4. _____ _____
b05	Wie stark fühlen Sie sich durch die psychischen Beschwerden Ihres Kindes belastet? 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer <input type="checkbox"/>
b06	Diagnose (falls bekannt)
Präferenzen bei der Suche nach einem Therapieplatz	
Die folgenden fünf Fragen beziehen sich auf die Zeit, <u>bevor</u> Sie mit der Suche nach einer Psychotherapie begonnen haben. Versetzen Sie sich bitte in die Lage zu Beginn Ihrer Suche:	
c01	Welche Art der Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten hatten Sie vor zu nutzen? 1 = telefonisch 2 = E-Mail 3 = Onlineformular 4 = schriftlich (Post) 9 = Sonstiges <input type="checkbox"/>
c02	Wieviel Zeit waren Sie bereit als Fahrdauer zur Praxis in Kauf zu nehmen? Minuten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c03	War das Geschlecht des Therapeuten für Sie von Bedeutung? 0 = männlich bevorzugt 1 = weiblich bevorzugt 9 = egal <input type="checkbox"/>
c04	Welches Therapieverfahren haben Sie gesucht? 1 = tiefenpsychologische Psychotherapie 2 = analytische Psychotherapie 3 = Verhaltenstherapie 9 = Therapieverfahren nicht bekannt / keine Präferenz <input type="checkbox"/>
c05	Mit welcher Wartezeit auf einen ersten Termin bei einem Psychotherapeuten haben Sie gerechnet?
Vereinbarung eines Erstgesprächs	
d01	Wie häufig haben Sie bei Ihrer Suche PsychotherapeutInnen für ein Erstgespräch kontaktiert (z. B. telefonisch oder schriftlich)? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal

d01a	Wie fand die Kontaktaufnahme mit dem/r Psychotherapeut/in statt?	1 = telefonisch 2 = E-Mail 3 = Onlineformular 4 = schriftlich (Post) 9 = Sonstiges	<input type="checkbox"/>
d02	Wie häufig haben Sie bei Ihrer Suche die Terminservicestelle der kassenärztlichen Vereinigung zur Terminvermittlung in Anspruch genommen?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal
d03	Wie viele Erstgespräche wurden vereinbart?		<input type="text"/> <input type="text"/> Erstgespräch(e)
Wartezeit für Erstgespräch			
d04	Wenn Sie ein Erstgespräch direkt mit dem Psychotherapeuten vereinbart haben: Wie lang war die Wartezeit zwischen Erstkontakt (z.B. erstem Telefonat) und Erstgespräch?		<input type="text"/> <input type="text"/> Tag(e)
d05	Wenn ein Erstgespräch durch die Terminservicestelle vermittelt wurde: Wie lang war die Wartezeit zwischen Kontaktaufnahme mit der Terminservicestelle und Erstgespräch?		<input type="text"/> <input type="text"/> Tag(e)
Therapieplatz			
d06	Hat Ihr Kind zwischenzeitlich einen Therapieplatz erhalten?	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:			
d07	Steht Ihr Kind auf einer Warteliste für einen Therapieplatz?	0 = Nein 1 = Ja	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:			
d08	Wie lang war die Wartezeit zwischen dem ersten Gespräch mit einem Therapeuten und nachfolgenden Therapiesitzungen?		<input type="text"/> <input type="text"/> Woche(n)
d09	Wie lange ist die Fahrtzeit zwischen Ihrem Wohnsitz und der Praxis?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
d10	Welches Geschlecht hat der/die Therapeut/in Ihres Kindes?	0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers	<input type="checkbox"/>
d11	Welches Therapieverfahren erhält Ihr Kind?	1 = tiefenpsychologische Psychotherapie 2 = analytische Psychotherapie 3 = Verhaltenstherapie 9 = Therapieverfahren nicht bekannt	<input type="checkbox"/>

Interviewleitfaden Patient*innen t1

AP 3: Interview-Leitfaden Patienten t1, PT-REFORM

PatientInnen-ID

Zustimmung Audioaufnahme	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Interview-Leitfaden Patienten t1

Erwartungen

Man hat Ihnen empfohlen, eine ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Nun geht es darum, einen Therapieplatz zu finden.

- Wenn Sie an die Suche denken: Was geht Ihnen durch den Kopf?

Präferenzen

- Was wäre Ihnen bei Ihrem Therapeuten / Ihrer Therapeutin wichtig?

Vorgehensweise

- Wie werden Sie bei der Suche nach einem Therapieplatz vorgehen?
- Was wäre Ihnen dabei wichtig?
- Sie haben gerade eben erzählt, was Ihnen bei Ihrem Therapeuten wichtig wäre (aufzählen...z. B. Sympathie): Inwiefern spielen diese Präferenzen eine Rolle bei der Suche?

Hürden

- Was könnten, Ihrer Meinung nach, die größten Schwierigkeiten bei der Suche werden?
- Wie können Sie sich auf diese Schwierigkeiten vorbereiten?

Unterstützungsmöglichkeiten

- Wie gut fühlen Sie sich bei der Suche nach einem Therapieplatz informiert?
 - o ggf. nachfragen: Wer hat Sie bisher informiert?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten würden Sie sich dabei wünschen?
 - o ggf. nachfragen: Wer soll die genannten Unterstützungen bereitstellen?

Terminservicestelle

- Kennen Sie die Terminservicestelle der kassenärztlichen Vereinigung?

Wenn ja:

- Inwiefern möchten Sie die TSS bei Ihrer Therapeutensuche berücksichtigen?

Bei Ablehnung:

- Was hindert Sie an der Inanspruchnahme?

Bei Zustimmung:

- Was erwarten Sie von der TSS?

Wenn nein:

Die kassenärztliche Vereinigung bietet eine Terminservicestelle an, die einen Termin bei einem Psychotherapeuten vermittelt. Es kann aber sein, dass die Behandlung in einer anderen Praxis stattfinden muss, falls der erste Therapeut keinen freien Therapieplatz hat.

- Können Sie sich vorstellen, die Terminservicestelle der kassenärztlichen Vereinigung in Anspruch zu nehmen?

Bei Ablehnung:

- Was hindert Sie an der Inanspruchnahme?

Bei Zustimmung

- Was erwarten Sie von der TSS?

Abschlussfrage

- Wir sind jetzt am Ende des Interviews angelangt: Gibt es noch irgendetwas, das Sie ergänzen möchten?

GAF-Rating: _____%

Interviewleitfaden Patient*innen t1 bei Erwartung keiner Suche

AP 3: Interview-Leitfaden Patienten t1, PT-REFORM

PatientInnen-ID

Zustimmung
Audioaufnahme

Ja Nein

Interview-Leitfaden Patienten t1 - unmotiviert/keine Suche -

Erwartungen

Man hat Ihnen empfohlen, eine ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Nun geht es darum, einen Therapieplatz zu finden.

- Wenn Sie an die Suche denken: Was geht Ihnen durch den Kopf?

Innere Hürden

- Was hindert Sie daran eine ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen?
 - o je nach genannten Gründen ggf nachfragen: Was veranlasst Sie zu [genannte Gründe aufführen, z.B. Meinung dass PT nicht wirkt]?
- Was müsste passieren, dass Sie Psychotherapie in Anspruch nehmen würden?

Präferenzen

- Was wäre Ihnen bei Ihrem Therapeuten / Ihrer Therapeutin wichtig?

Vorgehensweise

- Wie würden Sie bei der Suche nach einem Therapieplatz vorgehen?
- Was wäre Ihnen dabei wichtig?
- Sie haben gerade eben erzählt, was Ihnen bei Ihrem Therapeuten wichtig wäre (aufzählen...z. B. Sympathie): Inwiefern spielen diese Präferenzen eine Rolle bei der Suche?

Hürden

- Was könnten, Ihrer Meinung nach, die größten Schwierigkeiten bei der Suche werden?
- Wie können Sie sich auf diese Schwierigkeiten vorbereiten?

Unterstützungsmöglichkeiten

- Wie gut fühlen Sie sich für die Suche nach einem Therapieplatz informiert?
 - o ggf. nachfragen: Wer hat Sie bisher informiert?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten würden Sie sich dabei wünschen?
 - o ggf. nachfragen: Wer soll die genannten Unterstützungen bereitstellen?

Terminservicestelle

- Kennen Sie die Terminservicestelle der kassenärztlichen Vereinigung?

Wenn ja:

- Inwiefern möchten Sie die TSS bei Ihrer Therapeutensuche berücksichtigen?

Bei Ablehnung:

- Was hindert Sie an der Inanspruchnahme?

Bei Zustimmung:

- Was erwarten Sie von der TSS?

Wenn nein:

Die kassenärztliche Vereinigung bietet eine Terminservicestelle an, die einen Termin bei einem Psychotherapeuten vermittelt. Es kann aber sein, dass die Behandlung in einer anderen Praxis stattfinden muss, falls der erste Therapeut keinen freien Therapieplatz hat.

- Können Sie sich vorstellen, die Terminservicestelle der kassenärztlichen Vereinigung in Anspruch zu nehmen?

Bei Ablehnung:

- Was hindert Sie an der Inanspruchnahme?

Bei Zustimmung:

- Was erwarten Sie von der TSS?

Abschlussfrage

- Welche Maßnahmen ergreifen Sie zur Verbesserung Ihrer Beschwerden?
- Wir sind jetzt am Ende des Interviews angelangt: Gibt es noch irgendetwas, das Sie ergänzen möchten?

GAF-Rating: _____%

Interviewleitfaden Patient*innen t2

AP 3: Interview-Leitfaden Patienten t2, PT-REFORM

PatientInnen-ID

Interview-Leitfaden Patienten t2

Zustimmung
Audioaufnahme

Ja Nein

Erfahrungen (narrativ)

- Welche Erfahrungen haben Sie mit der Suche nach einem ambulanten Therapieplatz gemacht?

Evtl. nachfragen:

- Erstgespräch vereinbart / Therapieplatz gefunden?
- Wie sind Sie mit dem Therapeuten verblieben?
(gut wäre es, hier herauszufinden, ob nur eine Sprechstunde stattfand oder ob weitere Sitzungen/Therapie vereinbart wurden)

Vorgehensweise

- Wie sind Sie bei der Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz konkret vorgegangen sind?

Präferenzen

Wir haben im ersten Interview darüber gesprochen, was Ihnen bei der Therapeutensuche wichtig ist. Wenn Sie nochmal zurückschauen:

- Wie ist es dann gewesen?

Evtl. nachfragen:

- Inwiefern konnten Sie Ihre Präferenzen berücksichtigen?
(PatientIn soll zu Präferenzen bzgl. Therapeut und bzgl. der Suche etwas sagen)

Hürden

- Was sind, Ihrer Meinung nach, die größten Schwierigkeiten bei der Suche?
- Was würden Sie anderen Menschen bei der Suche nach einem Therapieplatz raten?

Erreichbarkeit von Psychotherapeuten

Bei direkter Kontaktaufnahme mit PsychotherapeutIn:

- Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Kontaktaufnahme von Psychotherapeuten?
- Wenn Sie einen Psychotherapeuten nicht erreichen konnten: Was haben Sie dann gemacht?
- Wie könnte man die Erreichbarkeit verbessern?

Terminservicestellen

- Haben Sie die Terminservicestelle (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigung bei Ihrer Suche in Anspruch genommen?

Wenn nein:

- Was hat Sie daran gehindert die TSS in Anspruch zu nehmen?

Wenn ja:

- Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?
- Gibt es sonst noch etwas, das Sie zur TSS sagen möchten?

Wartezeit

- Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Wartezeit auf ein erstes persönliches Gespräch mit einem Therapeuten?
- Welche Auswirkung hat/hatte das auf Ihre Stimmung?

Wenn noch kein Erstgespräch vereinbart werden konnte:

- Wie geht es jetzt weiter?

Sprechstunde und Weitervermittlung

Wenn Erstgespräche vereinbart werden konnten:

- Wie ging es nach dem ersten Gespräch mit einem Psychotherapeuten für Sie weiter?
- Wie geht es Ihnen damit?

Wenn ein Erstgespräch vereinbart werden konnte aber nicht wahrgenommen wurde:

- Warum haben Sie den Termin nicht wahrgenommen?

Unterstützungsmöglichkeiten

- Wenn Sie noch einmal zurückblicken: Welche Unterstützungsmöglichkeiten würden die Suche erleichtern?

Abschlussfrage

- Wir sind jetzt am Ende des Interviews. Gibt es etwas, das Sie gerne noch sagen würden?

GAF-Rating: _____ %

2

Interviewleitfaden Patient*innen t2 bei nicht erfolgter Suche

AP 3: Interview-Leitfaden Patienten t2, PT-REFORM

PatientInnen-ID

Interview-Leitfaden Patienten t2 - keine Suche -

Zustimmung
Audioaufnahme

Ja Nein

Erfahrungen

Man hat Ihnen empfohlen, eine ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

- Haben Sie sich auf die Suche nach einem Therapieplatz gemacht?

Hinderungsgründe

- Was hat Sie daran gehindert, einen Therapieplatz zu suchen?
(Es sollen Aussagen zu äußeren (z. B. Wissen um lange Wartezeiten) und / oder innere Hürden (z.B. Überzeugung, dass PT nicht hilfreich oder Stigmatisierungsängste) gemacht werden
[Achtung Doppelfrage zu t1])
- Unter welchen Voraussetzungen würden Sie sich auf die Suche nach einem ambulanten Therapieplatz machen? / Was glauben Sie, müsste sich ändern, damit Sie sich auf die Suche nach einem Therapieplatz machen? Doppelfrage
[Achtung Doppelfrage zu t1])
- Für wen ist, Ihrer Meinung nach, eine ambulante Psychotherapie hilfreich/geeignet/gedacht?
- Was glauben Sie, wie würde Ihr Umfeld darauf reagieren, wenn Sie eine ambulante Psychotherapie aufnehmen würden?
- Bei prinzipieller Bereitschaft, nachfragen: Wenn Sie sich vorstellen, Sie sind auf der Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz...
 - Was glauben Sie, sind die größten Schwierigkeiten bei der Suche nach einem ambulanten Psychotherapie-Platz?
 - Wie könnte man Sie bei Ihrer Suche nach einem Therapieplatz unterstützen?

Alternative Hilfen

- Was hilft, Ihrer Erfahrung nach, am besten im Umgang mit Ihren Beschwerden?
- Was glauben Sie, wären/sind geeignete Behandlungsmaßnahmen bei Ihren Beschwerden?

Abschlussfrage

- Wir sind jetzt am Ende des Interviews. Gibt es etwas, das Sie gerne noch sagen würden?

GAF-Rating: _____ %

1

Interviewleitfaden Patient*innen Befragung nur an t2

AP 3: Interview-Leitfaden Patienten t2, *PT-REFORM*

PatientInnen-ID

Interview-Leitfaden Patienten
t1 + t2

Zustimmung
Audioaufnahme

Ja Nein

Erfahrungen (narrativ)

In unserem Interview möchten wir Sie gerne zu ihrer Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz befragen.

- Haben Sie zwischenzeitlich einen Therapieplatz gefunden?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit der Suche nach einem ambulanten Therapieplatz gemacht?

Vorgehensweise

- Wie sind Sie bei der Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz konkret vorgegangen

Präferenzen

- Wenn Sie an die Suche zurück denken: Welche Erwartungen hatten Sie zu Beginn der Suche?

Evtl. nachfragen:

- Erwartungen hinsichtlich Verlauf/Erfolg der Suche: Was war Ihnen bei der Suche wichtig?
- Präferenzen bzgl. Therapeut: Was war Ihnen bei Ihrem Therapeuten wichtig?
- Inwiefern wurden ihre Erwartungen erfüllt?
- Inwiefern konnten Sie Ihre Präferenzen berücksichtigen? (PatientIn soll zu Präferenzen bzgl. Therapeut und bzgl. der Suche etwas sagen)

Erreichbarkeit von Psychotherapeuten

Bei direkter Kontaktaufnahme mit PsychotherapeutIn:

- Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Kontaktaufnahme von Psychotherapeuten?
- Wenn Sie einen Psychotherapeuten nicht erreichen konnten: Was haben Sie dann gemacht?
- Wie könnte man die Erreichbarkeit verbessern?

Terminservicestellen

- Kennen Sie die Terminservicestelle (TSS) der kassenärztlichen Vereinigung?

Wenn nein: Kurz erläutern

- Könnten Sie sich vorstellen die TSS in Anspruch zu nehmen?

1

Wenn ja:

- Haben Sie die Terminservicestelle (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigung bei Ihrer Suche in Anspruch genommen?

Wenn nein:

- Was hat Sie daran gehindert die TSS in Anspruch zu nehmen?

Wenn ja:

- Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?
- Gibt es sonst noch etwas, das Sie zur TSS sagen möchten?

Wartezeit

- Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Wartezeit auf ein erstes persönliches Gespräch mit einem Therapeuten?
- Welche Auswirkung hat/hatte das auf Ihre Stimmung?

Wenn Therapieplatz gefunden wurde:

- Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Wartezeit auf einen Therapieplatz?

Hürden

- Was waren, Ihrer Meinung nach, die größten Schwierigkeiten bei der Suche?
- Was würden Sie anderen Menschen bei der Suche nach einem Therapieplatz raten?

Unterstützungsmöglichkeiten

- Wie gut fühlten Sie sich im Vorfeld über die Suche nach einem Therapieplatz informiert?
 - ggf. nachfragen: Wer hat Sie informiert?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten hätten die Suche erleichtert?
 - ggf. nachfragen: Wer soll die genannten Unterstützungen bereitstellen?

Sprechstunde und Weitervermittlung

- Wenn noch kein Therapieplatz gefunden wurde: Wie geht es jetzt für Sie weiter?
- Wie geht es Ihnen damit?
- Wenn schon Therapieplatz gefunden wurde: Inwiefern nehmen Sie Unterschiede zwischen den Sitzungen vor und nach dem offiziellen Therapiebeginn wahr?

Abschlussfrage

- Wir sind jetzt am Ende des Interviews. Gibt es etwas, das Sie gerne noch sagen würden?

GAF-Rating: _____%

Anlage 4: Arbeitspaket 4

Rückmeldebogen Zuweiser*innen (Interviewteilnahme und Patienteneinschluss)

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss**



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Bitte füllen Sie den
Rückmeldebogen aus, auch
wenn Sie nicht teilnehmen
möchten!!

RÜCKMELDEBOGEN

Name _____

Wenn Sie **teilnehmen** möchten: Bitte füllen Sie die untenstehende **Einverständniserklärung** aus.

Wenn Sie nur **teilweise teilnehmen** möchten: Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und füllen Sie die untenstehende **Einverständniserklärung** aus.

- Identifizierung und Übermittlung von Patienten mit Indikation einer ambulanten Psychotherapie
 Interview zu Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Weitervermittlung

Wenn Sie **nicht teilnehmen** möchten: Bitte teilen Sie uns den Grund dafür mit, dies ist ebenfalls eine **wichtige Information** für uns.

- Keine Zeit Studie irrelevant Grundsätzliche Ablehnung von Studienteilnahmen
 Anderer Grund: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zur Teilnahme an der **PT-REFORM** Studie

Ich bin durch die die „Informationen zur Studie“ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden.

Ich habe die „Informationen zur Studie“ gelesen und verstanden. Es bestand die Möglichkeit Rückfragen zu stellen und ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Aufgetretene Fragen wurden vom Studienmitarbeiter¹ beantwortet.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie oder Teilen der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten pseudonymisiert (also ohne Angabe von Namen, Anschrift) auf Datenträgern (Computern) gespeichert werden. Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen! Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Ich weiß, dass alle Auswertungen der Studie in anonymisierter Form erfolgen und aus den anonymen Auswertungsergebnissen keine Rückschlüsse auf meine Person möglich sind.

Ich erkläre mich bereit an der **PT-REFORM Studie teilzunehmen!**

(Bitte unterschreiben Sie in doppelter Ausführung und senden Sie eine Ausführung an uns zurück!)

(Name und Vorname in Druckschrift)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

¹Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wird Text zwar nur die männliche Form genannt, stets aber die weibliche und andere Formen gleichermaßen mitgemeint.

Rückmeldebogen Zuweiser*innen (nur Interviewteilnahme)

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Bitte füllen Sie den
Rückmeldebogen aus, auch
wenn Sie nicht teilnehmen
möchten!!

RÜCKMELDEBOGEN

Name _____

Wenn Sie **teilnehmen** möchten: Bitte füllen Sie die untenstehende Einverständniserklärung aus.

Wenn Sie **nicht teilnehmen** möchten: Bitte teilen Sie uns den Grund dafür mit, dies ist ebenfalls eine wichtige Information für uns.

- Keine Zeit Studie irrelevant Grundsätzliche Ablehnung von Studienteilnahmen
 Anderer Grund: _____

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG Zur Teilnahme an der *PT-REFORM* Studie

Bitte füllen Sie die
Einverständniserklärung
nur dann aus, wenn Sie
teilnehmen möchten!

Ich bin durch die die „Informationen zur Studie“ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden.

Ich habe die „Informationen zur Studie“ gelesen und verstanden. Es bestand die Möglichkeit Rückfragen zu stellen und ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Aufgetretene Fragen wurden vom Studienmitarbeiter¹ beantwortet.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie oder Teilen der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten pseudonymisiert (also ohne Angabe von Namen, Anschrift) auf Datenträgern (Computern) gespeichert werden. Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen! Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Ich weiß, dass alle Auswertungen der Studie in anonymisierter Form erfolgen und aus den anonymen Auswertungsergebnissen keine Rückschlüsse auf meine Person möglich sind.

Ich erkläre mich bereit an der *PT-REFORM* Studie teilzunehmen!

(Bitte unterschreiben Sie in doppelter Ausführung und senden Sie eine Ausführung an uns zurück!)

Unterschrift des Teilnehmers

(Name und Vorname in Druckschrift)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

¹Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wird Text zwar nur die männliche Form genannt, stets aber die weibliche und andere Formen gleichermaßen mitgemeint.

Rückmeldebogen Kassenärztliche Vereinigungen

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Bitte füllen Sie den
Rückmeldebogen aus, auch
wenn Sie nicht teilnehmen
möchten!!

RÜCKMELDEBOGEN

Wenn Sie **teilnehmen** möchten: Bitte füllen Sie die untenstehende **Einverständniserklärung** aus.

Wenn Sie **nicht teilnehmen** möchten: Bitte teilen Sie uns den Grund dafür mit, dies ist ebenfalls eine wichtige Information für uns.

Keine Zeit Studie irrelevant Grundsätzliche Ablehnung von Studienteilnahmen

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zur Teilnahme an der *PT-REFORM* Studie

Ich bin durch die die „Informationen zur Studie“ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden.

Ich habe die „Informationen zur Studie“ gelesen und verstanden. Es bestand die Möglichkeit Rückfragen zu stellen und ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Aufgetretene Fragen wurden vom Studienmitarbeiter¹ beantwortet.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie oder Teilen der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten pseudonymisiert (also ohne Angabe von Namen, Anschrift) auf Datenträgern (Computern) gespeichert werden. Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen! Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Ich weiß, dass alle Auswertungen der Studie in anonymisierter Form erfolgen und aus den anonymen Auswertungsergebnissen keine Rückschlüsse auf meine Person möglich sind.

Ich erkläre mich bereit an der *PT-REFORM* Studie teilzunehmen!
(Bitte unterschreiben Sie in doppelter Ausführung und schicken Sie uns eine Version zurück!)

Unterschrift des Teilnehmers

(Name und Vorname in Druckschrift)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

¹Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wird Text zwar nur die männliche Form genannt, stets aber die weibliche und andere Formen gleichermaßen mitgemeint.

Datenblatt Zuweiser*innen

AP4: Datenblatt Zuweiser, PT-REFORM

Zuweiser-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
Datenblatt Zuweiser

Zuweiser		
a01	Geschlecht	0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers <input type="checkbox"/>
Qualifikationen		
b01	Fachrichtung	1 = Hausarzt/-ärztin 2 = Kinderarzt/-ärztin 3 = PsychiaterIn 4 = GastroenterologIn 5 = OnkologIn <input type="checkbox"/>
b02	Fachärztliche Ausrichtung(en)	<hr/>
b03	Zusatzqualifikation Psychotherapie	0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
b04	Angebot psychosomatische Grundversorgung	0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
Praxis		
c01	Praxisform	1 = Einzelpraxis 2 = Gemeinschaftspraxis 3 = andere Praxisform <input type="checkbox"/>
c02	Lokalisation	1 = städtisch 2 = ländlich <input type="checkbox"/>
c03	Vermittlung von Patienten an... (in Prozent, muss nicht 100 sein)	TSS der KV: ____ Prozent c03a Therapeuten ____ Prozent c03b

Interviewleitfaden Zuweiser*innen

AP 4: Interview-Leitfaden Zuweiser, *PT-REFORM*

Zuweiser-ID

Interview-Leitfaden Zuweiser

Bei zu detaillierten Nachfragen
zur Richtlinie auf das Interview-
Ende verweisen!

Im April 2017 wurde die neue Psychotherapie-Richtlinie verabschiedet, welche zum Ziel hatte den Zugang zur amb. Versorgung zu erleichtern und Wartezeiten zu verkürzen... (*Einführung TSS, Sprechstunde, Akuttherapie, vereinfachte Kombi ET und GT usw.*)

- Inwiefern haben Sie das mitbekommen?

Weitervermittlung von Patienten

- Welche Erfahrungen machen Sie mit der Weitervermittlung von Patienten, die eine ambulante Psychotherapie benötigen?
 - ggf. nachfragen:
 - o Wie gehen Sie bei der Weitervermittlung von Patienten in eine ambulante Psychotherapie vor?
 - o Schlagen Sie den Patienten auch die TSS der KVen zur Terminvermittlung vor?
 - wenn ja:
Wie wird die TSS, Ihrem Eindruck nach, von Patienten in Anspruch genommen?
 - wenn nein:
Warum nennen Sie die TSS nicht?

Wartezeiten

- Wie haben sich, Ihrer Meinung nach, die Wartezeiten für ein Erstgespräch seit der Reform verändert?
- Bei Veränderung:
Was glauben Sie, warum haben sich die Wartezeiten verändert?
- Wenn keine Veränderung:
Was glauben Sie, warum haben sich die Wartezeiten nicht verändert?
- Was müsste man Ihrer Meinung nach tun, um die Wartezeiten (noch mehr) zu verkürzen?

Einbindung in die psychotherapeutische Versorgung

- Bitte beschreiben Sie, wie sehr Sie als HA/FA in die Psychotherapeutische Versorgung eingebunden sind.

Vor- und Nachteile

- Wir sind jetzt fast am Ende des Interviews angelangt. Wenn Sie die PT-Richtlinie aus Ihrer Erfahrung heraus betrachten: Wo sehen Sie die wichtigsten Vor- und Nachteile? (*Bei Bed. kurz Richtlinie erläutern, s.o...*)

ggf. nachfragen: *Jetzt haben Sie einiges in Bezug auf Ihre Praxis/Patienten erzählt.*

- Wie beurteilen Sie die Richtlinie in Bezug auf Ihre Patienten/Praxis (*nicht genanntes*)?
- Wie könnte man Ihrer Meinung nach die Psychotherapie-Richtlinie verändern?

Abschluss

Zum Abschluss des Interviews möchte ich Sie gerne fragen...

- Wenn Sie Patienten mit indizierter Psychotherapie weitervermitteln:
Bitte schätzen Sie, wieviel Prozent dieser Patienten vermitteln Sie an die Terminservicestelle der KV und wieviel Prozent vermitteln Sie direkt an niedergelassene Therapeuten?
- Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig wäre?

Interviewleitfaden Kassenärztliche Vereinigungen

AP 4: Interview-Leitfaden Mitarbeiter KVen, *PT-REFORM*

KV-ID

Interview-Leitfaden Mitarbeiter der KVen

Veränderungen durch die neue Richtlinie

Im April 2017 wurde die neue Psychotherapie-Richtlinie verabschiedet, welche den Zugang zur ambulanten Psychotherapie erleichtern, Bürokratieaufwand reduzieren und die Wartezeiten für Patienten verkürzen sollte...

(TSS, Sprechstunde, Akuttherapie, vereinfachte Kombinationsbehandlung ET und GT usw.)

- Welche Veränderungen erleben Sie in Ihrem Arbeitsalltag durch die neue Psychotherapie-Richtlinie?
- Welche Vorteile sehen Sie in der neuen Psychotherapie-Richtlinie?
- Welche Nachteile hat die neue Psychotherapie-Richtlinie Ihrer Meinung nach?

ggf. nachfragen:

- o Welche Rückmeldung erhalten Sie von Patienten?

Weitervermittlung von Patienten

- Wie gelingt, Ihrer Meinung nach, die Weitervermittlung von Patienten durch die Terminservicestelle Psychotherapie?
(es soll zur Sprechstunde, Probatorik und Akuttherapie etwas gesagt werden)

Wartezeiten

- Wie haben sich, Ihrer Erfahrung nach, seit April 2017 die Wartezeiten verändert?
- Die KV hat sich zum Ziel gesetzt, innerhalb von vier Wochen (bei Akuttherapie zwei Wochen) einen Termin zu vermitteln: Kann dieser zeitliche Rahmen im Regelfall eingehalten werden?

ggf. nachfragen:

- o Wie lange warten Patienten Ihrer Einschätzung nach durchschnittlich auf einen Termin?

Verbesserungsmöglichkeiten

- Was könnte man in der Versorgung von Patienten mit einem psychotherapeutischen Anliegen verbessern?

Abschluss

Wir sind nun am Ende des Interviews.

- Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig wäre?

Anlage 5: Arbeitspaket 5

Fragebogen Kassenärztliche Vereinigungen

AP 5: CRF KVen, PT-REFORM

KV-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform
Kassenärztliche Vereinigungen

Terminservicestelle		
Wieviele Personen wendeten sich an die regionale Terminservicestelle zur Vermittlung...	2018	2019
...eines Sprechstundentermins	a01 _____ Anfragen	a02 _____ Anfragen
...einer Akuttherapie	b01 _____ Anfragen	b02 _____ Anfragen
...einer probatorischen Sitzung	c01 _____ Anfragen	c02 _____ Anfragen
Wie häufig vereinbarten Sie einen Termin für...	2018	2019
...eine Sprechstunde	d01 _____ Mal	d02 _____ Mal
...eine Akuttherapie	e01 _____ Mal	e02 _____ Mal
... eine probatorische Sitzung	f01 _____ Mal	f02 _____ Mal
Gruppenpsychotherapie		
<i>Bitte beachten Sie die geänderten Jahreszahlen!</i>	2016	2018
Anzahl Psychotherapeuten mit Zulassung für Gruppenpsychotherapie im Zuständigkeitsbereich	g01 _____ Gruppenpsychotherapeuten	g02 _____ Gruppenpsychotherapeuten
	2016	2018
Anzahl zur Abrechnung gebrachter Gruppenpsychotherapieleistungen im Zuständigkeitsbereich	h01 _____ Leistungen	h02 _____ Leistungen

Anlage 6: Arbeitspaket 6

Fragebogen Nachziehung Psychotherapeut*innen (nach [22])

AP2: Begleitfragebogen zum Interview, PT-REFORM

Therapeuten-ID

PT-REFORM
G-BA Studie zur Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform

TherapeutIn	
a01	Geschlecht TherapeutIn 0 = männlich 1 = weiblich 9 = divers <input type="checkbox"/>
a02	Geburtsdatum TherapeutIn (Monat / Jahr) ___ / _____
Berufsgruppe	
b01	Ärztin / Arzt 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
b02	Psychologin / Psychologe 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
b03	andere Berufsgruppe (z. B. PädagogIn, LehrerIn) <input type="checkbox"/>
b04	Ausübung von... 0 = Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie 1 = Erwachsenen Psychotherapie 2 = beides <input type="checkbox"/>
b05	Ergänzungsqualifikation für... (zweite Fachkunde) 0 = Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie 1 = Erwachsenen Psychotherapie 2 = keine Ergänzungsqualifikation <input type="checkbox"/>
Abrechnungsgenehmigung für...	
c01	Tiefenpsych. fundierte Psychotherapie 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
c02	Analytische Psychotherapie 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
c03	Verhaltenstherapie 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
Praxis	
d01	Kassensitz 1 = voller Kassensitz 2 = halber Kassensitz <input type="checkbox"/>
d02	Praxisform 1 = Einzelpraxis 2 = Gemeinschaftspraxis 3 = andere Praxisform (z.B. Ausbildungsambulanz) <input type="checkbox"/>
d03	Wie viele Stunden Patienten- behandlungen pro Woche bieten Sie an? <input type="text"/> <input type="text"/> Std. pro Woche
d03a	davon Einzeltherapie: <input type="text"/> <input type="text"/> Std. pro Woche
d03b	davon Gruppentherapie: <input type="text"/> <input type="text"/> Std. pro Woche
d04	Wie viele Stunden arbeiten Sie in Ihrer Praxis insgesamt pro Woche? (enthält Patientestunden sowie alle anderen Aufgaben mit Praxisbezug) <input type="text"/> <input type="text"/> Std. pro Woche

bitte wenden!

Wie können PatientInnen Kontakt zu Ihnen aufnehmen?		
e01a	Telefon	0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
e01b	Anrufbeantworter	0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
e02	Email	0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
e03	Online Formular	0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
e04	Wie viele Minuten pro Woche sind Sie telefonisch erreichbar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Woche
e05	Wie ist die telefonische Sprechstunde bei Ihnen organisiert?	1 = persönlich 2 = Praxismitarbeiter <input type="checkbox"/>
e06	Wieviel Prozent der eingehenden Terminanfragen beantworten Sie? (z. B. Rückruf bei Nachrichten auf dem AB)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prozent
Erfassung von Bürokratieaufwänden		
<i>Bitte geben Sie den anfallenden Bürokratieaufwand in einem gewöhnlichen Jahr an</i>		
f01	Meldung Telefonische Erreichbarkeit und Sprechstunde Psychotherapeuten müssen ihre telefonische Erreichbarkeit und den Umfang des Sprechstundenangebots an die KV melden. Eine Mitteilung muss jedes Mal erfolgen, wenn eine Verschiebung oder ein Ausfall (z.B. wegen Urlaub) erforderlich ist.	
	<u>Wir möchten wissen:</u>	f01b
	• Wie häufig melden Sie der kassenärztlichen Vereinigung ihre telefonischen Erreichbarkeiten und Sprechstundentermine?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal pro Jahr
	• Wie viel Zeit benötigen Sie pro Meldung?	f01a
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro Meldung
f02	Individuelle Patienteninformation Patienten sollen in Anschluss an die Sprechstunde eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde erhalten, die sog. „Individuelle Patienteninformation“ (PTV 11).	
	<u>Wir möchten wissen:</u>	f02b
	• Wie häufig füllen Sie die individuelle Patienteninformation (PTV 11) pro Jahr aus?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal pro Jahr
	• Wie viel Zeit benötigen Sie pro Formular?	f02a
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro Formular
f03	Archivierung „Individuelle Patienteninformation“ in Akte Die „Individuelle Patienteninformation“ soll für jeden Patienten zusätzlich zur üblichen Dokumentation in die Patientenakte aufgenommen werden.	
	<u>Wir möchten wissen:</u>	f03b
	• Wie häufig archivieren Sie die „Individuelle Patienteninformation“ pro Jahr?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal pro Jahr
	• Wie viel Zeit benötigen Sie pro Archivierung?	f03a
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro Archivierung

f04	Anzeige Akutbehandlung Die Anzeige der neu eingeführten Akutbehandlung benötigt verschiedene Arbeitsschritte.	
	<u>Wir möchten wissen:</u> • Wie häufig pro Jahr zeigen Sie eine Akutbehandlung an?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal pro Jahr
	Wie viele Zeit benötigen Sie für folgende, damit verbundene Arbeitsschritte	
	• Beschaffung von Daten: (z.B. patientenbezogene Daten wie soziodemografische Angaben und Befunde oder Terminangaben wie Sprechstunden, Probatorken)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt
	• Formulare (PTV 12) ausfüllen, Beschriftung (z.B. von Briefumschlägen), Kennzeichnung:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt
	• Überprüfung der Daten und Eingaben:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt
	• Datenübermittlung (z. B. an Krankenkasse):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt
	• Kopieren, archivieren, verteilen/versenden	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt
f05	Beantragung Kurzzeittherapie Die Beantragung der Kurzzeittherapie benötigt verschiedene Arbeitsschritte.	
	<u>Wir möchten wissen:</u> • Wie häufig pro Jahr beantragen Sie eine KZT-1?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal pro Jahr
	• Wie häufig pro Jahr beantragen Sie eine KZT-2?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mal pro Jahr
	Wie viele Zeit benötigen Sie für folgende, damit verbundene Arbeitsschritte (Bitte nur angeben, wie viel Zeit pro Arbeitsschritt Sie für <u>einen</u> KZT-Antrag benötigen.)	
	• Beschaffung von Daten:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt
	• Formulare (PTV 1, PTV 2) ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt
	• Überprüfung der Daten und Eingaben:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt
	• Datenübermittlung und Veröffentlichung:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt
	• Kopieren, archivieren, verteilen/versenden	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt
	• Weitere Informationsbeschaffung im Fall von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min pro Arbeitsschritt

f06 Beantragung Langzeittherapie Die Beantragung der Langzeittherapie benötigt verschiedene Arbeitsschritte		
<u>Wir möchten wissen:</u>		f06b
• Wie häufig pro Jahr beantragen Sie eine LZT?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal pro Jahr	
Wie viele Zeit benötigen Sie für folgende, damit verbundene Arbeitsschritte:		
• Beschaffung von Daten:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro Arbeitsschritt	f06a
• Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung (PTV 1, PTV 2, PTV 8):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro Arbeitsschritt	f06c
• Überprüfung der Daten und Eingaben:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro Arbeitsschritt	f06d
• Bericht an den Gutachter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro Arbeitsschritt	f06e
• Datenübermittlung und Veröffentlichung:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro Arbeitsschritt	f06f
• Kopieren, archivieren, verteilen/versenden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro Arbeitsschritt	f06g
• Weitere Informationsbeschaffung im Fall von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro Arbeitsschritt	f06h
f07 Angabe Rezidivprophylaxe bei Antrag Langzeittherapie Im Zuge der Reform wurde der Antrag auf LZT um ein Ankreuzfeld für die Rezidivprophylaxe erweitert („ja“, „nein“, „noch nicht absehbar“, „ein Fortführungsantrags ist voraussichtlich erforderlich“).		
• Wie lange dauert die Zusatzangabe zur Rezidivprophylaxe?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min pro LZT-Antrag	f07a
f10 Weitere Bürokratieaufwände Sind in Ihrer Praxis weitere Bürokratieaufwände angefallen, welche weder im Fragebogen gelistet wurden noch durch andere Abrechnungsziffern abgedeckt werden?		
• Wenn ja: Welche?		
f11	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Informationspflicht	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	
f12	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Informationspflicht	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	
f13	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Min. pro Informationspflicht	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häufigkeit pro Jahr	

