

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universität Duisburg-Essen
Förderkennzeichen:	01VSF19006
Akronym:	Eva PT-RL
Projekttitel:	Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie
Autoren:	Carina Abels, Klemens Höfer, Jürgen Wasem, Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Pauline Schlesiger, Luisa Friedrich, Dagmar Wiecezorek, Ursula Marschall, Daniel Thumm, Franziska Weigel, Dieter Best, Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Christa Schaff, Bettina Meisel, Helene Timmermann, Anke Walendzik, Silke Neusser
Förderzeitraum:	1. August 2020 – 31. Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
II.	Abbildungsverzeichnis	5
III.	Tabellenverzeichnis.....	5
1.	Zusammenfassung	8
2.	Beteiligte Projektpartner	9
3.	Projektziele	9
4.	Projektdurchführung.....	11
5.	Methodik.....	12
5.1.	Modul 2 Vergleichende Prä-Post-Analyse auf Basis der Routinedaten des AOK-BV und der BARMER.....	12
5.2.	Modul 3 Evaluation der Umsetzung der neuen Elemente – Querschnittsanalyse	19
5.3.	Verwendete Kriterien zur Untersuchung der Kernfragen innerhalb der verschiedenen Module	27
5.4.	Modul 4 Erarbeitung von Reformvorschlägen zur Weiterentwicklung der PT-RL	28
6.	Projektergebnisse	32
6.1.	Studienpopulation in den Erhebungssträngen	32
6.2.	Projektergebnisse zu den Kernfragestellungen.....	35
6.3.	Handlungsempfehlungen (Modul 4).....	58
7.	Diskussion der Projektergebnisse	73
7.1.	Diskussion der Routinedatenanalyse und Primärdatenerhebung.....	73
7.2.	Limitationen	76
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	81

Akronym: Eva PT-RL

Förderkennzeichen: 01VSF19006

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	81
10. Literaturverzeichnis.....	83
11. Anhang	85
12. Anlagen.....	86

I. Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOK-BV	AOK Bundesverband
AP	Analytische Therapie
AU	Arbeitsunfähigkeit
BÄK	Bundesärztekammer
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
DPTV	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eG	Eingetragene Genossenschaft
EPT	Erwachsenen-Psychotherapeuten (mit Genehmi- gung gem. §2 Abs. 1 PT-V)
EsFoMed GmbH	Essener Forschungsinstitut für Medizinmanage- ment GmbH
et al.	et alii (und andere)
e.V.	eingetragener Verein
EW	Erwachsene
f.	folgende
F1	Fragestellung 1
F2	Fragestellung 2
F3	Fragestellung 3
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GOP	Gebührenordnungsposition
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Ge- sundheitswesen
i.V.m.	In Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KJ	Kinder und Jugendliche

KJPT	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (mit Genehmigung gem. §2 Abs. 1 PT-V)
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
Log. Reg.	Logistische Regression
LZT	Langzeittherapie
MFA	Medizinische Fachangestellte
n	Absolute Zahl der Personen in der (Sub-)Gruppe
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
n.s.	nicht signifikant
OR	Odds Ratio
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PO	Primäres Outcome
PostZ	Post-Zeitraum
PräZ	Prä-Zeitraum
PSG	Psychosomatische Grundversorgung
PSYTG	Psychiatrische / psychotherapeutische Gesprächsziffern aus den Kapiteln 14, 21-23 EBM
PT	Psychotherapeuten
PTE	Leistungserbringer mit den Fachgruppenschlüsseln 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68 (EPT + Neurologen)
PTKJ	Leistungserbringer mit den Fachgruppenschlüsseln 47, 69, 44 (KJPT + fachärztliche Neuropädiater)
ptA	Psychotherapeutische Akutbehandlung
PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
ptS	Psychotherapeutische Sprechstunde
PTV	Psychotherapie-Formular
PT-V	Psychotherapie-Vereinbarung
RL-T	Richtlinien-Therapie (KZT+LZT)
RKI	Robert Koch Institut
RP	Rezidivprophylaxe
S.	Seite
SO	Sekundäres Outcome
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
ST	Systemische Therapie
Tel.	Telefon

TP	Tiefenpsychologische Therapie
TSS	Terminservicestelle
VAKJP	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Deutschland e.V.
vgl.	vergleiche
vs.	versus
VT	Verhaltenstherapie
z.B.	zum Beispiel

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der Datenbasis im Projekt Eva PT-RL	11
Abbildung 2: Methodischer Aufbau von Modul 3.....	12

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung aller Forschungsfragen sowie primärer und sekundärer Endpunkte	10
Tabelle 2: Einschlusskriterien der Routinedatenanalyse nach Zeiträumen und Versichertengruppen.	13
Tabelle 3: Operationalisierung der Routinedaten	15
Tabelle 4: EBM-Ziffern der psychotherapeutischen Leistungen.....	19
Tabelle 5: Zuordnung der EBM-Ziffern zu verschiedene zu verschiedenen Therapieverfahren	26
Tabelle 6: Kriterien zur Beantwortung der Kern-Fragestellung „Führte die Reform zu einer Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung“.....	27
Tabelle 7: Empfehlungsgrade der Handlungsoptionen.....	30
Tabelle 8: Farbschema zur Ergebnisdarstellung	35
Tabelle 9: Aggregierte Ergebnisse zu Fragestellung 1 und 2	36
Tabelle 10: Aggregierte Ergebnisse zu Fragestellung 3.....	46
Tabelle 11: Handlungsempfehlung 1 - Bündelung von Informationen zu regionalen Versorgungsangeboten	59
Tabelle 12: Handlungsempfehlung 2 - Erarbeitung eines Glossars zur Erläuterung relevanter Begriffe	59
Tabelle 13: Handlungsempfehlung 3 – Erarbeitung einer Website mit gebündelten Informationen	60
Tabelle 14: Handlungsempfehlung 4 – Informationskampagnen zur TSS.....	60
Tabelle 15: Handlungsempfehlung 5 - Erarbeitung von Informationsmaterial für die hausärztliche Versorgung.....	61
Tabelle 16: Handlungsempfehlung 6 - Weiterentwicklung des PTV 10.....	62

Tabelle 17: Handlungsempfehlung 7 - Ergänzung des PTV 11 um Gruppentherapie.....	62
Tabelle 18: Handlungsempfehlung 8 - Nachqualifizierung mit der Erlaubnis der Erbringung von Gruppentherapie in den eigenen Räumlichkeiten	63
Tabelle 19: Handlungsempfehlung 9 - Anbindung der Kliniken an die TSS	63
Tabelle 20: Handlungsempfehlung 10 - Verpflichtung zur Unterstützung bei der Terminkoordination im Entlassmanagement	64
Tabelle 21: Handlungsempfehlung 11 - Förderung von Qualitätszirkeln	64
Tabelle 22: Handlungsempfehlung 12 - Etablieren von Fallkonferenzen	65
Tabelle 23: Handlungsempfehlung 13 - Förderung der Einstellung von Praxispersonal in psychotherapeutischen Praxen.....	66
Tabelle 24: Handlungsempfehlung 14 - Akzeptanz eines Entlassberichts aus der stationären Versorgung als Ersatz für den Konsiliarbericht	66
Tabelle 25: Handlungsempfehlung 15 - Empfehlungen der KVen zur Anzahl zu meldender Termine	67
Tabelle 26: Handlungsempfehlung 16 - Einführung einer Terminerinnerung durch die TSS ..	67
Tabelle 27: Handlungsempfehlung 17 - Weiterentwicklung des eTerminservice	68
Tabelle 28: Handlungsempfehlung 18 - Evaluation der Psychotherapeutischen Akutbehandlung.....	69
Tabelle 29: Handlungsempfehlung 19 – Verbesserung des TSS Evaluationsberichts.....	69
Tabelle 30: Handlungsempfehlung 20 - Weiterführende Forschung zur Kommunikation zwischen Leistungserbringern.....	70
Tabelle 31: Handlungsempfehlung 21 - Fortbildung "Versorgungslehre" für Psychotherapeuten	70
Tabelle 32: Handlungsempfehlung 22 - Sensibilisierung der MFA-Auszubildenden für psychische Erkrankungen	71
Tabelle 33: Handlungsempfehlung 23 - Fortbildung "Psychotherapeutische Versorgung" für MFA	71
Tabelle 34: Handlungsempfehlung 24 – Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens	72
Tabelle 35: Handlungsempfehlung 25 - Kopplung der Vergabe von Versorgungsaufträgen an ausgewählte Versorgungsaspekte	72

Danksagungen

Wir möchten uns herzlich bei allen Patient:innen, Psychotherapeut:innen, Primärversorgenden und weiteren Experten bedanken, die sich die Zeit genommen haben, unser Eva PT-RL-Projekt zu unterstützen und an den Befragungen, Fokusgruppen und Interviews teilzunehmen. Mit ihrem Beitrag haben sie uns bei unserer Forschung sehr geholfen.

Zudem danken wir den Mitarbeiter:innen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), namentlich Herrn Dr. med. Ekkehard von Pritzbuer, Frau Diana Kurch-Bek, Frau Natalia Frejnik, Frau Anke Holthenrich und Herrn Simon Rass, für ihre sehr hilfreiche Kooperation bei der Analyse und Bereitstellung der Struktur- und Leistungsdaten.

Abschließend möchten wir noch den ehemaligen Mitgliedern des Projektteams danken, die das Projekt aus verschiedenen Gründen nicht bis zum Ende begleiten konnten, uns in ihrer Zeit jedoch mit viel Einsatz und Engagement unterstützt haben.

Geschlechtsbezogener Sprachgebrauch

Vor dem Hintergrund der von uns ausdrücklich unterstützten Gleichstellung aller Geschlechter und im Sinne einer geschlechtergerechten Sprache ist es uns ein zentrales Anliegen, alle Geschlechter in gleichem Maße zu adressieren, dies umfasst weiblich, wie männlich und divers. Daher waren wir bemüht, wann immer möglich geschlechtsneutrale Formulierungen zu verwenden. Wann immer dies nicht möglich war, wurde das generische Maskulinum genutzt, um die Lesbarkeit des Textes zu erhalten. Es sei jedoch explizit darauf hingewiesen, dass dies immer alle Geschlechter miteinschließt.

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) gestaltet die Rahmenbedingungen der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Aufgrund der Diskussion um Wartezeiten und der unzufriedenstellenden Versorgung von Betroffenen trat 2017 eine Reform in Kraft, deren Ziel es war den Zugang zur Psychotherapie sowie den gesamten Versorgungs- und Behandlungsverlauf zu verbessern. Ziel dieses Projektes war die Evaluation der neu eingeführten Versorgungselemente in der PT-RL. Außerdem sollten mögliche Implementierungsschwierigkeiten identifiziert werden. Zusätzlich wurde untersucht, inwiefern durch die Reform die mit ihr intendierten Ziele erreicht werden konnten.

Methodik: Zur Evaluation der Reform der PT-RL fanden sowohl quantitative als auch qualitative Methoden Anwendung. Es wurde die Versorgung von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen untersucht. Um einen Vergleich der Versorgungssituation vor und nach der Reform durchzuführen, wurde eine vergleichende retrospektive, kohortenbasierte Analyse auf Basis anonymisierter Routinedaten von BARMER und AOK durchgeführt. Mit Hilfe einer Querschnittsanalyse wurde außerdem erfasst, wie die neuen Versorgungselemente in der Praxis umgesetzt werden. Zusätzlich erfolgte eine Befragung von Psychotherapeuten, Primärversorgern und Patienten jeweils getrennt für die Erwachsenen sowie Kinder und Jugendlichen. Fokusgruppen mit relevanten Interessensgruppen stellten zusammen mit einer initialen strukturierten Literaturrecherche die Basis für diese Befragungen dar. Zusammen mit den Routinedaten zur Versorgungssituation nach Reform der PT-RL und aggregierten, anonymisierten Daten der KBV ergaben die Befragungsergebnisse die Datenbasis für die Querschnittsanalyse.

Ergebnisse: In der Routinedatenanalyse stieg der Anteil der erwachsenen Patienten, die innerhalb des Beobachtungszeitraums erstmalig eine psychotherapeutische Leistung (Erstkontakt) bei einem Psychotherapeuten (PT) für Erwachsene hatten, um ca. 5 Prozentpunkte. Bei den Kindern und Jugendlichen war ein deutlich größerer Anstieg von ca. 14 Prozentpunkten zu beobachten. Der Anteil der Erwachsenen mit Erstkontakt lag vor der Reform rund 23 Prozentpunkte unter jenem der Kinder und Jugendlichen, nach der Reform war er ca. 32 Prozentpunkte niedriger. Die Projektergebnisse zeigen weiterhin, dass die psychotherapeutische Sprechstunde die Probatorik als psychotherapeutische Leistung beim Erstkontakt abgelöst hat. Die Erhöhung des Anteils von Menschen mit Erstkontakt ist ein Hinweis darauf, dass sich der Zugang in die psychotherapeutische Versorgung verbessert hat. Die Befragungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass die neuen Versorgungselemente in die Behandlung integriert werden, jedoch an verschiedenen Stellen noch Verbesserungspotenzial oder weiterer Forschungsbedarf besteht.

Die Reform der PT-RL setzte u. a. auf einen Paradigmenwechsel in der Rolle der PT; neben die individuelle Patientenbehandlung sollte verstärkt eine allgemeine Versorgungsorientierung gestellt werden. Die Befragung zeigt, dass dieses Umdenken bisher noch nicht vollumfänglich stattgefunden hat.

Diskussion: Durch die Verbindung von quantitativen und qualitativen Daten konnten die Auswirkungen der Strukturreform der PT-RL von 2017 auf individueller und struktureller Ebene sowie in Bezug auf den gesamten Versorgungs- und Behandlungsprozess analysiert werden. Darauf aufbauend wurden Handlungsempfehlungen für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen unter Berücksichtigung der Perspektiven verschiedener Interessensgruppen ausgearbeitet. Es besteht das besondere Ziel, Schnittstellenprobleme zu überwinden und den Zugang zur Versorgung bedarfsgerecht zu verbessern.

2. Beteiligte Projektpartner

Name	Institution	Telefon, Fax, E-Mail	Verantwortlichkeit/Rolle
Jürgen Wasem, Carina Abels	Lehrstuhl für Medizinmanagement	Tel.: (+49) 0201 / 183-2996 Fax: (+49) 0201/ 183- 4073 juergen.wasem@medman.uni- due.de carina.abels@medman.uni- due.de	Projektleitung/Konsortialführung
Silke Neusser	EsFoMed GmbH	Tel.: 0201 4517 383 Fax: 0201 4517 453 Silke.neusser@esfomed.de	Evaluation: Projektleitung und methodische Verantwortlichkeit auf Seiten der EsFoMed GmbH
Petra Höft- Budde	AOK-Bundesverband	Tel.: 030 34646-2806 Petra.hoeft-budde@bv.aok.de	Beratung, Bereitstellung von Routinedaten
Ursula Marschall	BARMER	Tel.: 0800 333004 99-1523 Fax 0800 333004 99-1521 Ursula.marschall@barmer.de	Beratung, Bereitstellung von Routinedaten
Christa Schaff	BKJPP	Tel.: 07033 2803 Fax.: 07033 690660 schaff@dr-schaff.de	Klinische Beratung (etwa Indikationsdefinition, Fragebogenerstellung)
Dieter Best	DPTV	Tel.: 06322 9895 177 Fax: 06322 9895 179 best.dieter@t-online.de	Klinische Beratung (etwa Indikationsdefinition, Fragebogenerstellung)
Helene Timmermann	VAKJP	Tel.: 040 – 4014620 helenetimmermann@t- online.de	Klinische Beratung (etwa Indikationsdefinition, Fragebogenerstellung)

3. Projektziele

In Deutschland existiert ein vielfältiges Hilfe- und Gesundheitsversorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen. Verschiedene Untersuchungen deuten allerdings auf Schnittstellenprobleme hin (Robert Koch Institut [RKI], 2008). In diesem Zusammenhang wurden die Dauer der Wartezeiten auf die psychotherapeutische Behandlung und Probleme im Zugang der Versicherten zur Psychotherapie diskutiert (Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK], 2018; Zock, 2014; Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], 2014). Mit der Strukturreform der PT-RL, die 2016 verabschiedet und im Jahr 2017 in Kraft getreten ist, wurden die neuen Elemente (psychotherapeutische Sprechstunde (ptS), psychotherapeutische Akutbehandlung (ptA) und Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe (RP)) in die Versorgung eingeführt und die Gruppentherapie gefördert. Zentrales Ziel war die Verbesserung des Zugangs zur Psychotherapie für bedürftige Versicherte. Im Einzelnen sollte beispielsweise über die ptS für alle Versicherten eine zeitnahe diagnostische bzw. differentialdiagnostische Abklärung behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen erreicht werden. Durch die Implementierung der Akutbehandlung sollte eine kurzfristige psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten geschaffen werden (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA], 2016).

Projektziel ist die Evaluation der neuen Versorgungsbausteine der PT-RL in Bezug auf die Verbesserung des Zugangs und des gesamten Behandlungs- und Versorgungsablaufes. Des Weiteren sollen mögliche Hürden und Hemmnissen für deren Umsetzung und Wirksamkeit identifiziert werden. Abschließend werden mögliche Weiterentwicklungen erörtert.

Im Rahmen des Projekts werden drei Kernfragen in Bezug auf die Versorgungssituation von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen der GKV in Deutschland versichert sind, untersucht:

- Forschungsfrage 1 (F1): Führen die neuen Elemente im Vergleich zur Situation vor dem Inkrafttreten der Strukturreform zu einer Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung?
- Forschungsfrage 2 (F2): Führen die neuen Elemente im Vergleich zur Situation vor dem Inkrafttreten der Strukturreform zu einer Verbesserung des gesamten Behandlungs- und Versorgungsablaufs und einer Verbesserung der patientenrelevanten Outcome-Parameter?
- Forschungsfrage 3 (F3): Wie werden die neu eingeführten Elemente in der Praxis umgesetzt und ergeben sich dabei Hürden und Hemmnisse?

Die Forschungsfragen werden gemäß Studienkonzept wie folgt konkretisiert:

Tabelle 1: Zusammenfassung aller Forschungsfragen sowie primärer und sekundärer Endpunkte

Verbesserung des Zugangs (F1)	Verbesserung des Behandlungs-/ Versorgungsablaufs (F2)	Umsetzung der neuen Elemente (F3)
Fragestellungen		
Welche Auswirkungen hat die Strukturreform (z. B. Verbesserung der telefonischen Erreichbarkeit, Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens, Reduzierung der Sitzungskontingente bei Kurzzeit- und Langzeittherapie (KZT/LZT), Verbesserungen bei Gruppentherapien) auf den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung (z. B. Reduzierung der Wartezeiten bis zur Abklärung behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen, bis zu einer ptA bei entsprechendem Behandlungsbedarf oder bis zu einer passenden RL-T)?	Welche Auswirkungen hat die Strukturreform auf den gesamten Behandlungs-/ Versorgungsablauf (über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg) im Hinblick auf das Ziel einer Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung? An welchen Stellen zeigen sich möglicherweise Zugangs- und Versorgungsprobleme?	Wie ist das Angebot der neuen Leistungen auf Ebene der Praxen in den verschiedenen Fachgruppen?
Welche Auswirkungen hat die zeitnahe psychotherapeutische Diagnostik und ptA auf patientenrelevante Outcome-Parameter (etwa Verbesserung der Morbidität oder die Verkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten))?	Wie und zu welchem Zeitpunkt werden Hausärzte und andere relevante Arztgruppen eingebunden?	Welche Hürden zeigen sich bei der Implementierung der ptS, der ptA sowie der Förderung der Gruppentherapie?
Primäres Outcome		
Häufigkeit der Arztbesuche (Erwachsene (EW), Kinder / Jugendliche (KJ)).	AU-Zeiten (EW), Häufigkeit der Arztbesuche (KJ).	Wartezeiten (PT, Hausärzte, Patienten - EW, KJ).
Sekundäre Outcomes		
EW / KJ: Stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern o. Abteilungen, Morbidität (Diagnosen), Wartezeit (Zeitraum zwischen Indexdiagnose und dokumentiertem Kontakt mit EPT bzw. KJPT), Dauer der Behandlungszeiten EW: AU-Zeiten (EW).	EW / KJ: Morbidität (Diagnosen), Stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern o. Abteilungen, Verkürzung der Behandlungszeiten, EW: Häufigkeit der Arztbesuche.	Lebensqualität (Patienten), Häufigkeit der Nutzung der verschiedenen Elemente, Erfahrung mit der Einbindung in die Behandlung nach Einführung der neuen Elemente (Primärversorger). Unterschiede im Angebot der neuen Elemente zwischen Fachgruppen.

Die Datenbasis der einzelnen Fragestellungen im Projekt ist wie folgt:

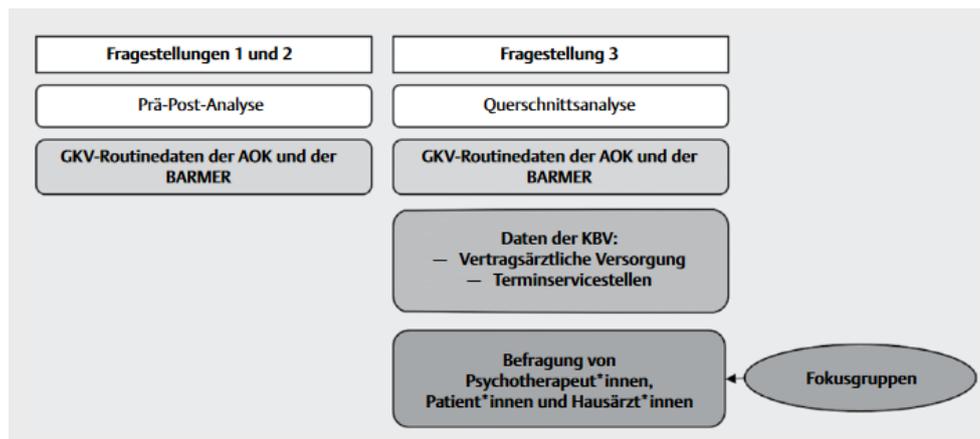


Abbildung 1: Übersicht der Datenbasis im Projekt Eva PT-RL¹

4. Projektdurchführung

Im Rahmen des Projektverlaufs fanden regelmäßige Projekttreffen mit dem gesamten Konsortium statt. Sie wurden zum einen für den fachlichen Austausch und zum anderen für die Projektkoordination und -organisation genutzt. Um den methodischen Herausforderungen der Routinedatenanalyse zu begegnen, wurde eine Arbeitsgruppe Routinedaten gegründet. Während der Ableitung von Handlungsempfehlungen fanden zusätzlich vier Workshops in Präsenz statt. Neben diesen synchronen Formen der Kommunikation, wurden auch asynchrone Abstimmungsprozesse eingesetzt. So wurden zur Vorbereitung der entsprechenden Treffen Dokumente zuvor im Konsortium verschickt. Nach Durchsicht durch die Partner wurde Feedback erteilt, welches dann als Grundlage für eine Überarbeitung genutzt wurde. Die angepassten Dokumente bildeten wiederum die Basis für die Projekttreffen.

Zu Projektbeginn wurde ein Studienprotokoll erarbeitet. Dies wurde bereits veröffentlicht (Diekmann et al., 2023). Zur Sicherstellung des Datenschutzes während der gesamten Projektlaufzeit wurde ein Datenschutzkonzept erstellt. Das Studienprotokoll und das Datenschutzkonzept bildeten gemeinsam mit allen Unterlagen für die Befragung die Basis für die Beantragung eines Ethikvotums. Die relevanten Unterlagen wurden bei der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen eingereicht. Das vorläufige Ethikvotum wurde am 13. Januar 2021 erteilt, das endgültige Votum nach Nachreichung entsprechender Unterlagen, am 21. Mai 2021.

Um die drei Forschungsfragen zu beantworten, wurde ein Mixed-Methods Ansatz gewählt und das Projekt organisatorisch in vier Module unterteilt:

Modul 1 „Projektkoordination“ umfasst als fortlaufendes Arbeitspaket alle organisatorischen und koordinierenden Aufgaben des Projektes.²

Modul 2 „Vergleichende Prä-Post-Analyse auf Basis der Routinedaten des AOK-BV und der BARMER“ hat zum Ziel zu analysieren, ob die Strukturreform zu einer Verbesserung des Zugangs sowie zu einer Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsabläufe (F1 und F2) geführt hat. Hierfür wird die Versorgungssituation zwischen 2016 und 2018 miteinander verglichen.

¹ Diekmann et al. (2023), Abbildung 1

² Auf dieses Modul wird im Folgenden nicht weiter eingegangen, da in ihm keine inhaltlichen Ergebnisse generiert wurden.

Modul 3 „Evaluation der Umsetzung der neuen Elemente – Querschnittsanalyse“ nutzt verschiedene Datenquellen (u.a. Fokusgruppen, Ergebnisse von Primärdatenerhebungen, Routinedaten) und untersucht neben Aspekten der Häufigkeit der Nutzung der neuen Versorgungselemente, die über die Routinedaten erfasst werden, die neuen Elemente in Bezug auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und Unterschiede auf Praxis- bzw. Therapeutebene (F3).



Abbildung 2: Methodischer Aufbau von Modul 3

Modul 4 „Erarbeitung von Reformvorschlägen zur Weiterentwicklung der PT-RL“ fasst zunächst die Projektergebnisse zusammen und leitet im Anschluss gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen ab.

5. Methodik

Die Methodik wird anhand der gerade beschriebenen Module erläutert. Hierbei wird zunächst auf die Module 2 und 3 fokussiert, welche die Grundlage für die Ableitung der Handlungsempfehlungen in Modul 4 gelegt haben. Die dort verwendete Methodik wird im Anschluss dargestellt.

Als Framework der Evaluation (Modul 2+3) kann das Input-Output Modell (Schwartz et al., 2012, S. 555 f.) herangezogen werden. Dieses betrachtet die Prozesse als Throughput vor dem Hintergrund von Inputfaktoren (etwa Gesundheitszustand der Bevölkerung, Struktur und Organisation des Gesundheitssystems). Die Analyse der Prozesse anhand des Outputs als Ergebnisse, die direkt am Ende der Prozesse stehen (intermediäre Outcomes) sowie patientenrelevanten Outcomes. Letztere sollten für eine Beurteilung gesundheitlicher Leistungen eine Relevanz für die Patienten besitzen (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG], 2022).

5.1. Modul 2 Vergleichende Prä-Post-Analyse auf Basis der Routinedaten des AOK-BV und der BARMER

Studiendesign der Prä-Post-Analyse auf Basis von GKV-Routinedaten

Auf Basis der Routinedaten des AOK-BV und der BARMER wurde eine retrospektive Kohortenstudie als Prä-Post-Analyse durchgeführt. Es wurde auf Patienten mit Depressionsdiagnose fokussiert. Als Prä-Zeitraum (PräZ) dient der Zeitraum vor der Reform und als Post-Zeitraum (PostZ) der Zeitraum nach der Reform. Verglichen wurden der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung sowie der Behandlungs- und Versorgungsablauf bei Versicherten, die im

ersten Quartal 2016 (Indexquartal PräZ) ihre erste Depressionsdiagnose erhielten mit Versicherten, die ihre erste Depressionsdiagnose im ersten Quartal 2018 (Indexquartal PostZ) erhielten. Beginn des jeweils 12-monatigen Beobachtungszeitraums war der erste Tag des Behandlungsfalls, in dem die erste Depressionsdiagnose gestellt wurde. Einbezogen wurden erwachsene Versicherte (im Indexquartal mind. 21 Jahre) sowie Kinder und Jugendliche (im Indexquartal bis 17 Jahre).

Primäres Outcome der vergleichenden Prä-Post-Analyse in Hinblick auf den Zugang war die Häufigkeit der Arztbesuche in der Studienpopulation der Erwachsenen sowie Kinder/Jugendlichen. Primäres Outcome in Bezug auf die Fragestellung zu den Veränderungen der Behandlungs- und Versorgungsverläufe waren bei den Erwachsenen die AU-Zeiten und bei den Kindern und Jugendlichen die Häufigkeit der Arztbesuche. Sekundäre Outcome-Parameter waren sowohl intermediäre Outcomes, wie Wartezeit (Zeitraum zwischen Indexdiagnose und dokumentiertem Kontakt mit EPT bzw. KJPT) als auch weitere patientenrelevante Outcomes, wie stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern oder Abteilungen (vgl. Anhang 2 und 3).

Tabelle 2: Einschlusskriterien der Routinedatenanalyse nach Zeiträumen und Versichertengruppen.

Erwachsene Prä-Zeitraum (PräZ)	Kinder und Jugendliche Prä-Zeitraum (PräZ)
Mindestens eine der folgenden Diagnosen (F32, F33, F34.1, F38.1 ³) als gesicherte Diagnose und/oder Hauptentlassungsdiagnose im Indexquartal sowie in einem späteren Quartal innerhalb der nächsten 12 Monate.	Mindestens eine der folgenden Diagnosen (F32, F33, F34.1, F92.0 ⁴) als gesicherte Diagnose und/oder Hauptentlassungsdiagnose im Indexquartal sowie in einem späteren Quartal innerhalb der nächsten 12 Monate.
Indexquartal 01.01.2016 bis 31.03.2016	Indexquartal 01.01.2016 bis 31.03.2016
Versicherte, die im Indexquartal das 21. Lebensjahr vollendet haben	Versicherte, die im Indexquartal das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
Im Beobachtungszeitraum (sowie den 12 Monaten vor Indexquartal) durchgängig bei der Krankenkasse versichert und Wohnsitz in Deutschland / oder verstorben	Im Beobachtungszeitraum (sowie den 12 Monaten vor Indexquartal) durchgängig bei der Krankenkasse versichert und Wohnsitz in Deutschland / oder verstorben
Keine Teilnahme an der selektivvertraglichen Versorgung (Selektivverträge (und zwar alle) werden nicht berücksichtigt)	Keine Teilnahme an der selektivvertraglichen Versorgung (Selektivverträge (und zwar alle) werden nicht berücksichtigt)
Keine Dokumentation der genannten Diagnosen (F32, F33, F34.1, F38.1) als gesicherte Diagnose und/oder Hauptentlassungsdiagnose 12 Monate vor der Diagnose im Indexquartal.	Keine Dokumentation der genannten Diagnosen (F32, F33, F34.1, F92.0) als gesicherte Diagnose und/oder Hauptentlassungsdiagnose 12 Monate vor der Diagnose im Indexquartal.
Post-Zeitraum (PostZ)	Post-Zeitraum (PostZ)
Mindestens eine der folgenden Diagnosen (F32, F33, F34.1, F38.1) als gesicherte Diagnose und/oder Hauptentlassungsdiagnose im Indexquartal sowie in einem späteren Quartal innerhalb der nächsten 12 Monate.	Mindestens eine der folgenden Diagnosen (F32, F33, F34.1, F92.0) als gesicherte Diagnose und/oder Hauptentlassungsdiagnose im Indexquartal sowie in einem späteren Quartal innerhalb der nächsten 12 Monate.
Im Indexquartal 01.01.2018 bis 31.03.2018	Im Indexquartal 01.01.2018 bis 31.03.2018
Versicherte, die im Indexquartal das 21. Lebensjahr vollendet haben.	Versicherte, die im Indexquartal das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

³ depressive Episoden (F32), rezidivierende depressive Störungen (F33), anhaltende affektive Störungen (hier nur: Dysthymie, F34.1) und sonstige affektive Störungen (hier nur: rezidivierende kurze depressive Störung, F38.1) ab einem Behandlungsalter von 18 Jahren.

⁴ depressiven Episoden (F32), rezidivierenden depressiven Störungen (F33), Dysthymia (F34.1), Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0), einschließlich Patienten, bei denen darüber hinaus noch weitere psychische oder somatische Erkrankungen (Komorbiditäten) vorliegen.

Im Beobachtungszeitraum (sowie den 12 Monaten vor Indexquartal) durchgängig bei der Krankenkasse versichert + Wohnsitz in Deutschland	Im Beobachtungszeitraum (sowie den 12 Monaten vor Indexquartal) durchgängig bei der Krankenkasse versichert + Wohnsitz in Deutschland
Keine Teilnahme an der selektivvertraglichen Versorgung (Selektivverträge (und zwar alle) werden nicht berücksichtigt)	Keine Teilnahme an der selektivvertraglichen Versorgung (Selektivverträge (und zwar alle) werden nicht berücksichtigt)
Keine Dokumentation der genannten Diagnosen (F32, F33, F34.1, F38.1) als gesicherte Diagnose und/oder Hauptentlassungsdiagnose 12 Monate vor der Diagnose im Indexquartal.	Keine Dokumentation der genannten Diagnosen (F32, F33, F34.1, F92.0) als gesicherte Diagnose und/oder Hauptentlassungsdiagnose 12 Monate vor der Diagnose im Indexquartal.

Datenbasis. Einbezogen wurden Stammdaten der Versicherten (z.B. Alter, Geschlecht) sowie Daten zur ambulanten (z.B. Diagnosen, EBM-Ziffern, Behandler, Facharztgruppen) und stationären Versorgung (z.B. Dauer der Krankenhausaufenthalte, Hauptentlassungsdiagnosen, DRG), Arznei- sowie Heilmittelverordnungen, stationäre Reha-Aufenthalte und AU-Zeiten. Diese Daten umfassten für jeden eingeschlossenen Versicherten den Zeitraum vom 01.01.2016 bis zum 31.03.2017 (PräZ) bzw. vom 01.01.2018 bis zum 31.03.2019 (PostZ).

Aufbereitung der Daten. Die anonymisierten Routinedaten der Kassen wurden zusammengeführt, aufbereitet und getrennt für die Gruppen der Erwachsenen (2016: n=156.234; 2018: n=140.067) und Kinder/ Jugendlichen (2016: n=5.398; 2018: n=5.645) ausgewertet. Im Bereich der erwachsenen Versicherten fand eine Bereinigung um alle Versicherten über 90 Jahren statt [2016: n=2.558 (1,6%); 2018: n=2.219 (1,6%)]. Ausgeschlossen wurden zudem in beiden Gruppen Versicherte, die im Beobachtungszeitraum verstorben sind und Versicherte, die während des gesamten Beobachtungszeitraums in stationärer Behandlung waren [Erwachsene: 2016: 3.735 (2,4%); 2018: 3.016 (2,2%); Kinder und Jugendliche: 2016: 2; 2018: 3].

Für beide Jahre werden als Beobachtungszeitraum 365 Tage angenommen (2016 war ein Schaltjahr) ausgehend vom Beginn des Behandlungsfalls, in dem die Indexdiagnose Depression gestellt wurde.

Operationalisierung und Auswertung der Daten. Datengrundlage für die Analyse sind Routinedaten der beteiligten Krankenkassen, die zu Abrechnungszwecken dokumentiert wurden. Für die Analyse der Fragestellungen des Projektes Eva-PT-RL, mussten die Variablen, die im Abrechnungsdatensatz geliefert wurden, entsprechend aufbereitet und operationalisiert werden (s. Tabelle 3). Zunächst erfolgte eine deskriptive Betrachtung. Subgruppenanalysen wurden durchgeführt bspw. nach soziodemographischen Angaben oder versorgungsrelevanten Parametern. Zudem wurden unter Kontrolle patientenseitiger und struktureller Einflussfaktoren die Effekte auf die jeweiligen primären und sekundären sowie intermediären Outcome-Parameter analysiert. Für bestimmte Variablen wurde eine binär-logistische Regression durchgeführt.

Zur Ermittlung der statistischen Signifikanz wurden Testverfahren, wie z.B. Chi²-Test und Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Zusätzlich zur statistischen Signifikanz, die einen Hinweis auf die Präzision der Ergebnisse gibt, wurden auch Assoziationsmaße für die Unterschiede der Ausprägungen im Prä-Post-Vergleich ermittelt, um feststellen zu können, ob die Ergebnisse auf einen inhaltlichen Zusammenhang hindeuten.

Tabelle 3: Operationalisierung der Routinedaten

Variable	Operationalisierung
Primäre Outcomes	
Anzahl der Arztkontakte	Gezählt wurde die Anzahl der Behandlungsfälle im Beobachtungszeitraum. Die Outcomevariable „Anzahl der Arztkontakte“ bezieht keine Behandlungsfälle mit ein, in denen Leistungen der RL-T oder der psychotherapeutischen Akutbehandlung (ptA) abgerechnet wurden. Dem liegt die Idee zugrunde, dass lediglich Arztkontakte gezählt werden, die nicht im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Versorgung stehen.
Arbeitsunfähigkeit	Die Outcomevariable „Arbeitsunfähigkeit“ zählt alle AU-Fälle im Beobachtungszeitraum. Es erfolgte eine deskriptive Auswertung hinsichtlich der Anzahl an AU-Fällen allgemein sowie nach zugrundeliegenden Diagnosen.
Sekundäre Outcomes	
Stationäre Aufenthalte	Für die Outcomevariable „Stationäre Aufenthalte“ wurden die Anzahl und Dauer der vollstationären Aufenthalte gezählt. Dabei werden alle vollstationären Aufenthalte berücksichtigt sowie eine Differenzierung der Aufenthalte anhand der Hauptentlassungsdiagnose nach Depressionsdiagnose (Erwachsene: F32, F33, F34.1, F38.1; Kinder und Jugendliche: F32, F33, F34.1, F92.0), anderen F-Diagnosen als Hauptentlassungsdiagnose sowie stationäre Aufenthalte mit anderen Hauptentlassungsdiagnosen erfasst und deskriptiv dargestellt. Dabei werden vollstationäre Aufenthalte, in denen die Indexdiagnose gestellt wurde, nicht berücksichtigt.
Morbidität	Fragen zur Morbidität wurden über die Veränderung der kodierten (Depressions-)Diagnosen im Versorgungsverlauf auf Ebene des Schweregrads untersucht. Es wurde getrennt für die im PräZ und PostZ eingeschlossenen Versicherten betrachtet, wie hoch der Anteil an Versicherten ist, bei denen sich der Schweregrad der Depressionsdiagnose zum Zeitpunkt der Indexdiagnose im Vergleich zum Zeitpunkt des Erstkontakts bzw. zum Zeitpunkt der ersten Therapieleistung verändert hat oder ggf. eine andere F-Diagnose gestellt wurde.
Intermediäre Outcomes	
Behandlungspfade (Behandlungsverlauf)	Anhand der EBM-Ziffern der abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen wurden die Versicherten identifiziert, die die jeweiligen Behandlungspfade in Anspruch nahmen, sowie Dauer und Umfang der Leistungen innerhalb des Behandlungspfades. Aus den Variablen zu den Behandlungszeiten wurden Behandlungspfade für idealtypische Verläufe erstellt. Dabei wurde sich unter anderem an der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) orientiert. In die Berechnung der Behandlungsdauer und der Anzahl der Sitzungen fließen hier nur Versicherte ein, die den jeweiligen Behandlungspfad auch in Anspruch genommen haben. Versicherte mit anderen psychotherapeutischen Leistungen zwischen den abgebildeten Leistungen wurden ausgeschlossen. Die dargestellten Werte bilden den Median (Md.)/Mittelwert (MW) ab. Die Behandlungsdauer ist die Zeit in Tagen zwischen der ersten und der letzten gleichartigen Leistung.

Variable	Operationalisierung
Behandlungszeiten	Das Outcome „Behandlungszeiten“ umfasst verschiedene Aspekte. Es werden die Anzahl an Tagen zwischen der ersten und letzten Leistung je psychotherapeutischer Leistung, die Anzahl an Sitzungen sowie die mittlere Anzahl an Tagen zwischen zwei aufeinanderfolgenden gleichartigen Leistungen ermittelt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Leistungen nicht mehr einbezogen werden, wenn mehr als 91 Tage zwischen einer Leistung und der nächsten gleichartigen Leistung liegen. Zudem wird die Anzahl an Tagen zwischen zwei verschiedenen psychotherapeutischen Leistungen berechnet. Für Behandlungen, die nur eine Leistung umfassen, beträgt die Behandlungsdauer 0 Tage. Die Anzahl der Sitzungen wird wie folgt berechnet: Anzahl der Sitzungen innerhalb der Behandlungsdauer. Die Wechseldauer ist die Anzahl an Tagen zwischen zwei aufeinanderfolgenden verschiedenen Leistungen.
Erfolgen psychotherapeutische Leistungen entsprechend des Schweregrades der Diagnose? (Behandlungsverlauf)	Es wurde der zeitliche Abstand zwischen der ersten ptS (PostZ) bzw. der ersten probatorischen Sitzung (PräZ) und der ersten Leistung der RL-T und/oder ptA ermittelt und anschließend nach Schweregrad ausgewertet. Dem lag die Hypothese zugrunde, dass Versicherte mit schwererem Schweregrad schneller einen Zugang zur Therapie erhalten sollten als Versicherte mit leichtem Schweregrad.
Häufigkeit der Gruppentherapie (Behandlungsverlauf)	Anhand der dokumentierten psychotherapeutischen Leistungen wurden in beiden Kohorten Versicherte identifiziert, die eine Gruppentherapie absolviert haben.
Veränderung der Behandlungszeit (Zugang/ Behandlungsverlauf)	Vergleichend wurde gegenübergestellt, ob sich die Dauer der Behandlungszeiten gleichartiger Leistungen verändert hat. Eine taggenaue Berechnung des zeitlichen Abstands zwischen Erstkontakt und erster Therapieleistung ist möglich und wird getrennt für eine Therapieleistung nach RL-Therapie bzw. ptA dargestellt.
Zeitliche Dauer zwischen Indexdiagnose und Erstkontakt (Intermediäres Outcome Wartezeiten; Zugang)	Die Indexdiagnose ist einem Behandlungsfall zugeordnet, sodass eine taggenaue Bestimmung der kodierten Indexdiagnose auf Basis der vorliegenden Daten nicht möglich ist. Daher werden die zeitlichen Abstände zwischen Indexdiagnose und Erstkontakt bzw. erster Therapieleistung über Quartale dargestellt.
Operationalisierung weiterer Variablen zur Beschreibung des Versorgungsgeschehens	
Arzneimittel	Die Anzahl an Verordnungen von Arzneimitteln wurde über alle Verordnungen und je Antidepressivum (N06AA, N06AB, N06AF, N06AG, N06AX (Freytag et al., 2014), je Schlafmittel (N05B, N05C) und weiteren relevanten Arzneimitteln (N06B, N05A, N06D) im Beobachtungszeitraum gezählt.
Erstkontakt	Erster psychotherapeutischer Kontakt im Beobachtungszeitraum, in dessen Rahmen ptS, Probatorik, ptA oder RL-T abgerechnet wurde (s. unten).
Fach-(Arzt)kontakte	Die Fach-(Arzt)kontakte werden pro Behandlungsfall kategorisiert und gezählt.
Komorbiditäten	Für die Auswertung von Komorbiditäten wurden gesicherte Diagnosen im ambulanten Bereich sowie Diagnosen im stationären und ambulanten Krankenhausbereich berücksich-

Variable	Operationalisierung
	tigt. Orientiert an den im Elixhauser Comorbidity Index berücksichtigten Diagnosen, wurden die Komorbiditäten quantifiziert.
Ländlichkeit	Die Operationalisierung der Ländlichkeit erfolgte auf Basis der Postleitzahlen, die im Datensatz allerdings lediglich als 3-Steller vorlagen. Die Zuordnung nach Stadt/Land gemäß BBSR-Vorgehen basiert auf der 5-stelligen PLZ. Daher ist es möglich, dass auf der Ebene der 3-stelligen PLZ, die hier vorliegt, einige PLZ sowohl der Kategorie Stadt als auch der Kategorie Land zugeordnet sein können. Diese sind für die vorliegende Auswertung der Kategorie „Mischkreis“ zugeordnet worden.
Leitliniengerechte Behandlung	Die Einstufung einer Behandlung als leitliniengerecht orientiert sich an den entsprechenden Leitlinien für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche mit Depressionen. Dabei erfolgt die Zuordnung anhand der kategorisierten Schweregrade „leicht“, „mittel“, „schwer“ und „sehr schwer“ und den nach entsprechender Leitlinie empfohlenen Therapieoptionen „medikamentöse Therapie“ und „Psychotherapie“. Die Leitlinie für die Versorgung Erwachsener mit Depressionen empfiehlt folgendes: leicht: Psychotherapie möglich, mittel: Psychotherapie oder Medikamente, schwer: Psychotherapie und Medikamente. In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen soll bei leichter und mittelgradiger Depression vorrangig Psychotherapie verordnet werden. Bei schwerer Depression kann auch eine medikamentöse Therapie in Erwägung gezogen werden. Diese Darstellung erfolgt deskriptiv. Untersucht wird zudem, ob Personen mit einem höheren Schweregrad schneller psychotherapeutische Leistungen erhalten konnten. Grundsätzlich zu berücksichtigen ist dabei, dass die Kategorisierung der Schweregrade retrospektiv auf der Basis von administrativen Daten vorgenommen wurde. Zudem wurden unspezifische Diagnosen der Kategorie leichter Schweregrad zugeordnet. Somit ist es möglich, dass diese Kategorisierungen nicht mit Zuordnung der depressiven Symptomatik nach der Leitlinie übereinstimmen.
Psychosomatische Grundversorgung (PSG)	Die Häufigkeit von Ziffern der psychosomatischen Grundversorgung (35100: Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände, 35110: Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, 35111: Übende Verfahren und Hypnose) wurde ausgewertet.
Psychiatrisch, psychotherapeutische Gesprächsziffern (PSYTG)	Einbezogen werden Gesprächsziffern aus den EBM Kapiteln 14 sowie 21-23. Die Häufigkeit von abgerechneten Gesprächsziffern (14220/14221: Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, 21220(E/T): Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, 21221: Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung), 22220(E): Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung), 22221(E): Psychosomatik (Einzelbehandlung), 22222: Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung), 23220(E): Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)) wurde ausgewertet. Der Ausdruck „psychiatrisch, psychotherapeutische Gesprächsziffern“ schließt alle gerade genannten Ziffern ein.

Variable	Operationalisierung
Räumliche Verteilung	Basierend auf der Angabe zum Bundesland, in dem der Versicherte zum Zeitpunkt der Indexdiagnose wohnt, wurde folgende Kategorisierung vorgenommen: West (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland), Nord (Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Bremen), Süd (Baden-Württemberg, Bayern), Ost (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen), Hamburg, Berlin, Sonstige (ohne Bundesland-Zuordnung)
Schweregrad der Indexdiagnose	Im Projekt wurde den Diagnosen ein Schweregrad der Indexdiagnose zugeordnet sowie eine Rangfolge der Indexdiagnose abgestimmt und festgelegt (s. Tabelle 63 Anhang 2; Tabelle 59 Anhang 3). Dabei erfolgte folgende Zuordnung der Diagnose zu Schweregraden: Leicht: F32.0, F32.8, F32.9, F33.0, F33.8, F33.9, F34.1, F38.1 Mittel: F32.1, F33.1, F92.0 (nur KJ) Schwer: F32.2, F33.2 Sehr schwer: F32.3, F33.3 Keine Zuordnung: F33.4: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert‘.
Ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen (im Folgenden Fachgruppe)	<p>Bezüglich der ärztlichen und psychotherapeutischen Fachgruppen, die die Indexdiagnose gestellt haben, erfolgte eine Kategorisierung. Der Einordnung in die Kategorien liegt die Annahme zugrunde, dass verschiedene Fachgruppen von ihrer Ausbildung in unterschiedlicher Weise Erfahrungen mit der Differenzialdiagnostik einer Depressionsdiagnose mitbringen. Entsprechend wurden jeweils für den Bereich der Erwachsenen sowie Kinder und Jugendlichen 5 Kategorien von ärztlichen und psychotherapeutischen Fachgruppen gebildet: Primärversorger (Fachgruppenschlüssel: 01, 02, 03); ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für Erwachsene sowie Neurologen und Psychiater (im Folgenden: PTE) (Fachgruppenschlüssel: 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68), Kinder- und Jugendmediziner (Fachgruppenschlüssel: 34, 40, 38, 46), ärztliche Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden: PTKJ) (Fachgruppenschlüssel: 47, 69, 44) sowie sonstige Facharztgruppen, u.a.: Gynäkologen (15, 16, 17, 18), Urologen (67), Orthopäden (10), fachärztliche Internisten (23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33), sonstige Kinderärzte (35, 41, 36, 42, 37, 43, 39, 45)</p> <p><i>Hinweis: Die hier in Bezug auf die Routinedaten verwendete Abkürzungen PTE und PTKJ unterscheiden sich von den Abkürzungen EPT und KJPT, die im restlichen Bericht verwendet werden, da unter dieser Bezeichnung u.a. auch Psychiater und Neurologen fallen. Hintergrund ist deren fachliche Expertise in der Diagnostik psychischer Erkrankungen.</i></p>

Die Variablen „Anzahl der Arztkontakte“ und „Fach-(Arzt)kontakte“ wurden auf Basis der Behandlungsfälle und nicht auf der Basis der Tage mit Leistungen gebildet. Bei der Auswertung der Arztkontakte ist die methodische Besonderheit zu beachten, dass in der ambulanten Versorgung nach Behandlungsfällen abgerechnet wird. Diese sind zu unterscheiden von der Abrechnung von Leistungen innerhalb der Behandlungsfälle. Hierunter können bspw. auch das Erstellen von Rezepten oder andere Leistungen fallen, für die nicht zwingend ein Arztkontakt erforderlich sein muss. Daher wurde für dieses Outcome die Berechnung der Arztkontakte nach Behandlungsfällen gewählt.

Die Identifikation der psychotherapeutischen Leistungen erfolgte anhand der EBM-Ziffern (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: EBM-Ziffern der psychotherapeutischen Leistungen

Psychotherapeutische Leistung	EBM-Ziffern	
	PräZ	PostZ
ptS	/	35151
Probatorik	35150	35150
ptA	/	35152
RL-T	35200, 35201, 35210, 35220, 35221, 35205, 35202, 35208, 35203, 35212, 35211, 35222, 35224, 35223, 35225	35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35503, 35504, 35505, 35506, 35507, 35508, 35509, 35513, 35514, 35515, 35516, 35517, 35518, 35519, 35523, 35524, 35525, 35516, 35527, 35528, 35529, 35533, 35534, 35535, 35536, 35537, 35538, 35539, 35543, 35544, 35545, 35546, 35547, 35548, 35549, 35553, 35554, 35555, 35556, 35557, 35558, 35559

RL-T; Richtlinientherapie; ptA: psychotherapeutische Akutbehandlung; ptS: psychotherapeutische Sprechstunde.

5.2. Modul 3 Evaluation der Umsetzung der neuen Elemente – Querschnittsanalyse

Routinedatenanalyse für den PostZ:

Anhand der Routinedaten des AOK-BV und der BARMER erfolgte eine retrospektive Beobachtungsstudie zur Analyse der Umsetzung der Reform. Dafür wurden alle Erwachsenen sowie Kinder und Jugendliche mit Depressionsdiagnose eingeschlossen, die im ersten Quartal 2018, die Einschlusskriterien erfüllten (vgl. Tabelle 2).

Diese Kohorte wurde auf Basis der Routinedaten der Versichertengruppen (Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) über ein Jahr nachbeobachtet und hinsichtlich der Kernfragestellungen untersucht. Die Datenbasis ist dieselbe, wie im Abschnitt Routinedaten für den Prä-Post-Zeitraum dargestellt. Eine Beschreibung der Operationalisierung findet sich im Anhang 1.

Fokusgruppen zur Vorbereitung:

Zur Vorbereitung der schriftlichen Befragung wurden im Vorfeld Fokusgruppen durchgeführt. In den Fokusgruppen wurden PT (für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche), Patientenvertreter und Krankenkassenvertreter (n=46) befragt. Grundlage war ein halbstrukturierter Gesprächsleitfaden, der auf Basis einer strukturierten Literaturrecherche entwickelt und jeweils zielgruppenspezifisch angepasst wurde.

Die Rekrutierung erfolgte mit Unterstützung der Konsortialpartner. Bei den PT wurden sowohl ärztliche als auch psychologische PT rekrutiert. Es wurde beachtet, dass alle Richtlinien-Psychotherapieverfahren einbezogen wurden. Bei der Rekrutierung der Krankenkassen wurden Mitarbeiter verschiedener Krankenkassenarten einbezogen. Für die Fokusgruppe der Patientenvertreter konnte die Expertise über verschiedene Krankheitsbilder über einschlägige Selbsthilfegruppen einbezogen werden. Es wurde eine zielgruppenabhängige Aufwandsentschädigung bezahlt.

Die Fokusgruppen wurden nach Krueger und Casey durch ein Moderatorenteam unter Nutzung der vorab entwickelten Gesprächsleitfäden geleitet und audiovisuell aufgezeichnet. Die Umsetzung erfolgte digital über das Programm Zoom. Die Aufnahmen wurden im Anschluss

vollständig entsprechend gängiger Transkriptionsregeln transkribiert und pseudonymisiert. Auf dieser Basis erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2019) mithilfe des Programms MAXQDA. Die Qualitätssicherung erfolgte nach dem Vier-Augen-Prinzip. Die Publikation der Fokusgruppen erfolgte im Journal „Das Gesundheitswesen“, in der auch eine detaillierte Darstellung der Methodik nachgelesen werden kann (Abels et al., 2023).

Strukturierte Literaturrecherche zur Vorbereitung:

Für die strukturierten Literaturrecherchen wurde eine Übersicht von Institutionen erstellt, die mit der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland befasst sind. Hierzu wurde eine Liste von Psychotherapeutenkammern auf Bundes- und Landesebene, von psychotherapeutischen Verbänden, Selbsthilfegruppen, Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundes- und Landesebene sowie Krankenkassen nach Krankenkassenart erstellt. Die Internetauftritte dieser Institutionen wurden nach Studien oder Stellungnahmen zur psychotherapeutischen Versorgung seit der Reform sowie nach Datenreporten zur psychotherapeutischen Versorgung durchsucht. Die Suche fand zwischen dem 01.09.2020 und dem 30.10.2020 statt.

Die identifizierten Materialien wurden in Bezug auf ihren Beitrag zu den neuen Bausteinen der Psychotherapie-Reform sowie der im Rahmen der Routinedatenanalyse untersuchten Outcomes (inklusive intermediärer Outcomes) kategorisiert.

Primärdatenerhebung mittels quantitativer Befragung:

Um die Umsetzung der Reform der PT-RL aus unterschiedlichen Perspektiven zu erfassen, wurde eine Querschnittsbefragung mittels standardisierter Fragebögen durchgeführt. Insgesamt erfolgte eine Patientenbefragung (Erwachsene und Kinder und Jugendliche), eine Befragung unter Primärversorgern (Hausärzte sowie für Kinder und Jugendmediziner) und eine Befragung von PT (für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche).

Standardisierte Befragung von PT:

Die Zielpopulation bildeten PT, die in der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung Erwachsener, als auch in der Versorgung für Kinder und Jugendliche tätig sind und einer KV angehören.

Es wurde eine deutschlandweite geschichtete Zufallsstichprobe von jeweils 1.700 EPT aus dem Pool des Zielgruppen-Spezialisten Acxiom Deutschland GmbH gezogen. Dieser bot eine Gesamtstichprobe von 34.151 psychologischen PT, 5.270 niedergelassenen Ärzten der Fachrichtung Psychiatrie (mit Zusatz Psychotherapie) und 3.253 niedergelassenen Ärzten der Fachrichtung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an.

Über denselben Adressanbieter wurden 1.700 Adressen von KJPT in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Kassenzulassung selektiert. Die Gesamtstichprobe des Adressanbieters enthielt 7.174 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 1.093 niedergelassene Ärzte der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Der postalische Versand der Erhebungsbögen erfolgte im Juli 2021. Im Oktober wurde an die 1.700 angeschriebenen KJPT sowie an die 1.700 EPT ein Reminder verschickt. Da sich bei den KJPT bis Mitte Dezember 2021 keine deutliche Zunahme der Fallzahlen zeigte, wurde im Januar 2022 zudem über die am Projekt beteiligten Verbände eine Einladung zur Befragungsteilnahme an die kinder- und jugendpsychotherapeutisch tätigen Mitglieder verschickt. Diese Einladung erfolgte per Mail und der Fragebogen konnte online mittels LimeSurvey ausgefüllt werden.

Nach dem Einlesen der Erhebungsbögen wurde die Zuordnung der Teilnehmer zur Versorgung Erwachsene und/oder Kinder und Jugendlicher überprüft. Aufgrund der geringen Unterschiede der beiden Erhebungsbögen (insgesamt unterschieden sich sechs Items) wurden gültige Erhebungsbögen aus der Befragung der EPT, die auch oder ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuten in die Stichprobe der KJPT aufgenommen und Erhebungsbögen aus der

Befragung der KJPT, die auch oder ausschließlich erwachsene Patienten betreuten, wurden in die Stichprobe der EPT aufgenommen.

Der standardisierte Erhebungsbogen wurde auf Basis einer strukturierten Literaturrecherche und der sechs vorangestellten Fokusgruppen sowie fünf Einzelinterviews, die vom Lehrstuhl für Medizinmanagement im August 2020 mit Vertretern der Leistungserbringern, Patienten und Kostenträgern durchgeführt wurden, entwickelt. Da keine geeigneten validierten Instrumente gefunden wurden, wurden die Fragen basierend auf den Elementen der PT-RL erstellt. Diese Fragen wurden im Projektkonsortium diskutiert, überarbeitet und einem Pre-Test unterzogen. Nach Rückmeldung der Vertreter der Leistungserbringern wurden die Erhebungsbögen final angepasst.

Der Erhebungsbogen umfasste 24 Seiten. Die Fragen erfassten demografische Aspekte, den beruflichen Hintergrund, die Praxisform, Angaben zur versorgten Patientengruppe sowie der Region, in der die Praxis liegt. Die übrigen Fragen bezogen sich auf die Reform der PT-RL sowie deren Umsetzung. Zudem wurden auch Aspekte der Zufriedenheit mit der Reform erfasst.

Einige der Fragen sollten als Single-Choice beantwortet werden, während andere mittels Mehrfachantworten zu beantworten waren. Die Frage nach der Studienrichtung enthielt die Möglichkeit „Anderes“ zu wählen und hier in Form eines Freitextes eine andere als die genannten Studienrichtungen hinzuschreiben. Fragen, die Häufigkeitsangaben beinhalteten und mittels einer vierer Skala beantwortet werden sollten, enthielten die Kategorien „Nie“ (0 Patienten/Quartal), „Selten“ (1-2 Patienten/Quartal), „Manchmal“ (3-4 Patienten/Quartal) und „Häufig“ (≥ 5 Patienten/Quartal). Häufigkeitsangaben mittels dreier Skala beinhalteten die Antwortmöglichkeiten „Nie“ (0 Patienten/Quartal), „Manchmal“ (< 5 Patienten/Quartal) und „Häufig“ (≥ 5 Patienten/Quartal). Des Weiteren gab es Fragen, bei denen die Zufriedenheit auf einer Fünf-Punkte-Skala von „Sehr zufrieden“ bis „Sehr unzufrieden“ bewertet werden sollte, und weitere Fragen, bei denen die Zustimmung auf einer Fünf-Punkte-Skala von „Stimme gar nicht zu“ bis „Stimme voll zu“ bewertet werden konnte, einschließlich der Kategorie „Kann ich nicht beantworten“. Darüber hinaus enthielt der Erhebungsbogen eine Frage, in der die befragten Psychotherapeuten Prozentangaben machen sollten und hierzu ein Freitextfeld nutzen konnten.

Der Erhebungsbogen enthielt die Frage, ob „Erwachsene“ oder „Kinder/Jugendliche“ die hauptsächlich behandelte Patientengruppe waren. Mehrfachnennungen waren möglich. Sofern beide Gruppen behandelt wurden, wurden die Erhebungsbögen in beide Datensätze einbezogen.

Die LimeSurvey Daten wurden in IBM SPSS Statistics 25 überführt und mit den Daten der eingescannten papierbasierten Bögen für die Auswertung zusammengeführt. Die Aufbereitung und deskriptive Auswertung erfolgte durch die EsFoMed GmbH. Die Fragen, die mittels Mehrfachantworten beantwortet werden konnten, wurden zum Teil für die deskriptive Auswertung in neue Kategorien zusammengefasst und sind in der Ergebnisdarstellung entsprechend gekennzeichnet. In der deskriptiven Statistik wurden verschiedene statistische Parameter wie arithmetisches Mittel, Median und die Standardabweichung (Maß für die Streuung) ermittelt und Häufigkeiten berechnet.

Standardisierte Befragung der Primärversorger:

Die Zielpopulation bildeten hausärztlich tätige Primärversorger, die über eine Zulassung für die vertragsärztliche Versorgung Erwachsener bzw. Kinder und Jugendlicher verfügen. Es wurde eine deutschlandweite Zufallsstichprobe von jeweils 1.700 Primärversorgern aus dem Pool des Zielgruppen-Spezialisten Acxiom Deutschland GmbH gezogen. Für die Kategorie Primärversorger für Erwachsene lagen Daten von ca. 47.000 Ärzten (Allgemeinmediziner und Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit) vor und für die Kategorie Primärversorger für Kinder und Jugendliche ca. 5.800 Adressen von Kinder- und Jugendmedizinern.

Die Primärversorger wurden postalisch im Juli 2021 angeschrieben. Aufgrund des geringen Rücklaufs insbesondere in der Stichprobe der Primärversorger für Erwachsene erfolgte im November 2021 die Ziehung einer weiteren Zufallsstichprobe von jeweils 1.700 Primärversorgern. Von der Erhebung ausgeschlossen wurden Erhebungsbögen von Primärversorgern, die keiner KV zugehörten, dies war bei den Primärversorgern in der Versorgung Erwachsener und in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen jeweils einmal der Fall.

Der standardisierte Erhebungsbogen wurde auf Basis einer strukturierten Literaturrecherche entwickelt. Da keine geeigneten validierten Instrumente gefunden wurden, wurden die Fragen basierend auf den Elementen der PT-RL erstellt. Diese Fragen wurden im Projektkonsortium diskutiert, überarbeitet und einem Pre-Test unterzogen. Anschließend wurden die Erhebungsbögen final angepasst.

Der Erhebungsbogen umfasst 12 Seiten. Erfasst wurden kategorisierte Angaben zum Alter sowie zum Geschlecht und zum beruflichen Hintergrund. Erfasst wurden zudem Angaben zur Region und zur versorgten Patientengruppe. Zudem wurden verschiedene Aspekte der psychotherapeutischen Versorgung, Einschätzungen der Reform der PT-RL sowie der Kommunikation mit Psychotherapeuten erfragt.

Einige der Fragen sollten als Single-Choice beantwortet werden, während andere mittels Mehrfachantworten zu beantworten waren. Wenige Fragen boten die Möglichkeit „Sonstiges“ zu wählen, um in einem Freitext eine Alternative zu den bereits angegebenen Antwortmöglichkeiten angeben zu können. Fragen, die Häufigkeitsangaben beinhalteten und mittels einer Vier-Punkte-Skala beantwortet werden sollten, enthielten die Kategorien „Nie“ (0 Patienten/Quartal), „Selten“ (1-2 Patienten/Quartal), „Manchmal“ (3-4 Patienten/Quartal) und „Häufig“ (≥ 5 Patienten/Quartal). Häufigkeitsangaben mittels dreier Skala beinhalteten die Antwortmöglichkeiten „Nie“ (0 Patienten/Quartal), „Manchmal“ (< 5 Patienten/Quartal) und „Häufig“ (≥ 5 Patienten/Quartal). Des Weiteren gab es Fragen, bei denen die Zufriedenheit auf einer Fünf-Punkte-Skala von „Sehr unzufrieden“ bis „Sehr zufrieden“ bewertet werden sollte, und weitere Fragen, bei denen die Zustimmung auf einer Fünf-Punkte-Skala von „Stimme gar nicht zu“ bis „Stimme voll zu“ bewertet werden konnte, einschließlich der Kategorie "Kann ich nicht beantworten".

Der Erhebungsbogen enthielt die Frage, ob „Erwachsene“ oder „Kinder/Jugendliche“ die hauptsächlich behandelte Patientengruppe sind. Mehrfachnennungen waren möglich. Sofern beides angekreuzt war, wurden die Erhebungsbögen in beide Datensätze einbezogen.

Die LimeSurvey Daten wurden in IBM SPSS Statistics 25 überführt und mit den Daten der eingescannten Bögen für die Auswertung zusammengeführt.

Die Auswertung erfolgte deskriptiv. Bei Fragen, die mittels Mehrfachantworten beantwortet wurden, wurden einige Kategorien für die deskriptive Auswertung zusammengefasst. Diese sind in der Ergebnisdarstellung entsprechend markiert. Bei der deskriptiven Statistik wurden unter anderem Häufigkeiten, arithmetisches Mittel, Median und die Standardabweichung ermittelt.

Standardisierte Befragung der Patienten:

Die Zielpopulation bildeten sowohl erwachsene Patienten als auch Kinder und Jugendliche, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befanden und zum Zeitpunkt der Erhebung eine RL-T erhielten.

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte über die im Rahmen der Therapeuten-Befragung angeschriebenen PT (siehe Befragung von PT). Die PT wurden um Unterstützung bei der Rekrutierung von Patienten gebeten und konnten über die EsFoMed GmbH Patientenfragebögen (inklusive vorfrankiertem Rückumschlag) anfordern. Die gewünschte Anzahl an Erhebungsbögen wurde dann an die PT postalisch verschickt. Anschließend wurden die Erhebungsbögen durch die PT an die Patienten ausgehändigt. Diese konnten entscheiden, ob sie postalisch oder online via LimeSurvey an der Befragung teilnehmen möchten.

Die Rekrutierung der Patienten begann im Juli 2021. Alle 3.400 angeschriebenen PT erhielten im November 2021 ein Reminderschreiben.

Die Patienten konnten die Erhebungsbögen zu Hause ausfüllen und per vorfrankiertem Rückumschlag an den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen senden. Im Rahmen der Befragung von Kindern und Jugendlichen wurden die Jugendlichen ab 14 Jahre gebeten, den Erhebungsbogen selbst auszufüllen. Bei jüngeren Kindern wurden die Erziehungsberechtigten gebeten, den Bogen stellvertretend für ihre Kinder auszufüllen.

Sowohl der Erhebungsbogen für Erwachsene als auch der Erhebungsbogen für Kinder und Jugendliche umfassten 21 Seiten. Der Erhebungsbogen für Erwachsene enthielt selbstentwickelte Fragen zu soziodemografischen Aspekten, der aktuell durchgeführten RL-T, sowie zur Kontaktaufnahme, zum Zugang und dem Therapiebeginn. Darunter waren auch Fragen zu Erfahrungen mit der TSS und ptS. Neben Inhalten der Reform wurde auch die Zufriedenheit bezüglich der neu eingeführten Versorgungselemente angefragt. Einige Fragen waren als Single-Choice zu beantworten, während andere mittels Mehrfachantworten zu beantworten waren. Wenige Fragen boten die Möglichkeit "Andere" zu wählen, um in einem Freitextfeld eine Alternative zu den bereits angegebenen Antwortmöglichkeiten anzugeben. Des Weiteren gab es eine Frage, bei der die Zufriedenheit auf einer Fünf-Punkte-Skala von „Sehr unzufrieden“ bis „Sehr zufrieden“ bewertet werden sollte, und eine weitere Frage, bei der die Zustimmung auf einer Fünf-Punkte-Skala von „Stimme gar nicht zu“ bis „Stimme voll zu“ bewertet werden konnte, einschließlich der Kategorie "Kann ich nicht beantworten". Die jeweils verwendeten Fragen und Antwortmöglichkeiten sind im Ergebnisteil in tabellarischen Darstellungen aufgeführt.

Darüber hinaus wurde in der Befragung erwachsener Patienten der PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) verwendet (Löwe et al., 2002). Er ist ein Instrument zur Erfassung von Depressivität und dient als Modul des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D) zur Diagnose depressiver Störungen. Er wurde entwickelt, um routinemäßig im somatisch-medizinischen Bereich eingesetzt zu werden. Der PHQ-9 erfasst jedes der neun Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV-Kriterien für die Diagnose einer "Major Depression" (Cameron et al., 2008; Löwe et al., 2004).

Des Weiteren wurde der EQ-5D-5L (European Quality of Life 5 Dimensions 5 Levels Version) verwendet, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität der erwachsenen Patienten zu messen (Heartbeat Medical, 2021). Bei dem EQ-5D-5L handelt es sich um einen generischen und validierten Fragebogen. Die Auswertung umfasst die fünf Dimensionen des EQ-5D-5L: Mobilität, Selbstversorgung, übliche Aktivitäten, Schmerzen/Unbehagen und Angst/Depression (EuroQol Group, 2024; EuroQol Group, 1990). Darüber hinaus enthält der Fragebogen eine visuelle Analogskala (VAS) mit Werten von 0 bis 100 zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes.

Der Erhebungsbogen für Kinder und Jugendliche enthielt selbstentwickelte Fragen zu soziodemografischen Aspekten, der aktuell durchgeführten RL-T, sowie zur Kontaktaufnahme zum Zugang und dem Therapiebeginn. Darunter waren auch Fragen zu Erfahrungen mit der Terminservicestelle und der ptS. Neben Inhalten der Reform wurde auch die Zufriedenheit bezüglich der neu eingeführten Versorgungselemente erfragt. Einige Fragen waren als Single-Choice zu beantworten, während andere mittels Mehrfachantworten zu beantworten waren. Wenige Fragen boten die Möglichkeit "Andere" zu wählen, um in einem Freitextfeld eine Alternative zu den bereits angegebenen Antwortmöglichkeiten anzugeben. Des Weiteren gab es eine Frage, bei der die Zufriedenheit auf einer Fünf-Punkte-Skala von „Sehr unzufrieden“ bis „Sehr zufrieden“ bewertet werden sollte, und eine weitere Frage, bei der die Zustimmung auf einer Fünf-Punkte-Skala von „Stimme gar nicht zu“ bis „Stimme voll zu“ bewertet werden konnte, einschließlich der Kategorie "Kann ich nicht beantworten". Die jeweils verwendeten Fragen und Antwortmöglichkeiten sind im Ergebnisteil in tabellarischen Darstellungen aufgeführt.

Zudem wurde das Instrument des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) eingesetzt. Der SDQ ist ein kurzer Fragebogen zum Verhaltensscreening von 2- bis 17-Jährigen, um Risikogruppen für psychische Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu identifizieren. Nach vielfacher Bestätigung seiner Reliabilität und Faktorenstruktur, wird der SDQ als validiertes, international anerkanntes Fragebogenverfahren in epidemiologischen Studien als Screening Instrument eingesetzt (Hölling et al., 2014; YouthinMind, 2022), um eine Spanne relevanter kinder- und jugendpsychiatrischer Problembereiche abzubilden, indem er sowohl die Symptom- als auch die Beeinträchtigungsebene einbezieht (He et al., 2013). Die Selbstbeurteilungsversion des SDQ ist für Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren geeignet (YouthinMind, 2022; Goodman, 2005). Sie enthält insgesamt 25 Items zu psychologischen Eigenschaften, die sich auf die folgenden 5 Subskalen aufteilen lassen: „Emotionale Symptome“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit“, „Probleme mit der Beziehung zu Gleichaltrigen“, sowie „Prosoziales Verhalten“. Jedes einzelne Item soll von den Befragten auf einer dreistufigen Likert-Skala eingeordnet werden, die von „nicht zutreffend“ über „teilweise zutreffend“ bis hin zu „eindeutig zutreffend“ reicht.

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde bei den Kindern und Jugendlichen der EQ-5D-Y (Youth) bzw. spezifischer der EQ-5D-Y-3L eingesetzt, welcher eigens für die Befragung dieser Altersgruppe entwickelt wurde (EuroQol, 2020). Dabei handelt es sich um einen in deutscher Sprache verfügbaren, generischen und validierten Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der für die Befragung 8-15-jähriger Kinder und Jugendlicher eingesetzt werden kann (Kreimeier & Greiner, 2019). Eingeschätzt werden soll der derzeitige Gesundheitszustand mit Hilfe der fünf Dimensionen „Bewegung (herumlaufen)“, „Für mich selbst sorgen“, „Was ich normalerweise tue“, „Schmerzen oder körperliche Beschwerden“, „Sich unglücklich, traurig oder besorgt fühlen“. Die Antwortmöglichkeiten reichen von "keine Schwierigkeiten" über „einige Schwierigkeiten“ bis hin zu "große Schwierigkeiten". Auch in diesem Instrument ist eine visuelle Analogskala (VAS) mit Werten von 0 bis 100 zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes enthalten (EuroQol, 2020). Da keine Nutzungsrechte für eine Onlinebefragung vorlagen, wurde der EQ-5D-Y-3L nicht in die LimeSurvey Befragung der Kinder und Jugendlichen integriert.

Der standardisierte Fragebogen wurde auf Basis einer strukturierten Literaturrecherche entwickelt. Das Erhebungsinstrument enthielt validierte Erhebungsinstrumente sowie selbst entwickelte Fragen zu den Bausteinen der Reform. Die Fragen wurden im Projektkonsortium diskutiert, überarbeitet und einem Pre-Test unterzogen. Anschließend wurden die Erhebungsbögen final angepasst (siehe Anhang 5).

Die LimeSurvey Daten wurden in IBM SPSS Statistics 25 überführt und mit den Daten der eingescannten Bögen für die Auswertung zusammengeführt. Die Befragungen wurden deskriptiv ausgewertet, wobei verschiedene Parameter berücksichtigt wurden. Bei der deskriptiven Statistik wurden unter anderem Häufigkeiten, arithmetisches Mittel und Standardabweichungen ermittelt.

Fokusgruppen zur Ergänzung der standardisierten Befragung:

Der Rücklauf bei den Kindern und Jugendlichen blieb deutlich hinter den Erwartungen zurück, weshalb die Ergebnisse qualitativ ausgewertet wurden und eine ergänzende Fokusgruppe durchgeführt wurde. Ziel war es vertiefende Informationen zu den Fragen der Umsetzung der Reform aus Sicht der Patienten zu erhalten.

Im Rahmen der Fokusgruppe wurden im Juli 2022 Patientenvertreter, darunter auch Eltern von Kindern und Jugendlichen, befragt. Einschlusskriterium bei Eltern von psychisch erkrankten Kindern war, dass sich die Kinder nach der Reform der PT-RL in einer psychotherapeutischen, ambulanten Behandlung befanden. Die Fokusgruppensitzung wurde mittels MAXQDA transkribiert.

Die Auswertung der Fokusgruppendifkussion erfolgte anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach den Methoden von Mayring und Kuckartz. Dabei wurden die transkribierten Daten systematisch analysiert, um relevante Themen, Muster und Zusammenhänge zu identifizieren.

Aggregierte und anonymisierte Daten der KBV:

Für die Evaluation der Umsetzung der Reform der PT-RL wurden Daten der KBV in den Bereichen strukturelle Rahmenbedingungen, Leistungserbringung und Terminservicestelle (TSS) einbezogen (vgl. Anhang 4). Für die Datenziehung aus den Strukturdaten sowie den Leistungsdaten wurden Templates erstellt. Die Daten wurden aggregiert und anonymisiert anhand vorab definierter Ein- und Ausschlusskriterien gezogen. Das methodische Vorgehen war je Bereich unterschiedlich (s. unten). Folgende Forschungsfragen sollten beantwortet werden:

- Wie sind die Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung, innerhalb derer die psychotherapeutische Versorgung umgesetzt werden soll?
- Wie werden die neuen Versorgungsbausteine innerhalb dieser Strukturen umgesetzt?
- Welche Patientenpfade der Nutzung der Elemente der psychotherapeutischen Versorgung zeigen sich innerhalb der Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung?
- Wie gestaltet sich die Umsetzung der Terminvermittlung?

Die Daten zur TSS wurden den Publikationen auf der Internetseite der KBV entnommen. Zudem wurde eine orientierende Recherche durchgeführt und Datenquellen einbezogen, denen Angaben zur Häufigkeit der Terminvermittlung psychotherapeutischer Leistungen entnommen werden konnten.

Strukturdaten: Im Bundesarztregister sind alle Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, verzeichnet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder führen die Daten der Ärzte bzw. Psychotherapeuten ihrer Region im jeweiligen Landesarztregister und übermitteln sie monatlich an die KBV. Das Bundesarztregister enthält Informationen zur Praxisform (etwa Einzel- oder Gemeinschaftspraxis), zum Fachgebiet sowie zu Schwerpunkten. Daten des Bundesarztregisters sind nur teilweise über die Internetseite abrufbar (z.B. zum Zweck der Arztsuche), aus diesem Grund wurden weitere relevante Daten beim Bundesarztregister angefragt.

Bei der Abfrage der Daten des Bundesarztregisters wurde ein Template mit Fragen erarbeitet, das an die KBV übermittelt wurde. Das Template enthielt Fragen zur Struktur der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, unter anderem zur Anzahl der Therapeuten und zu Vollzeitäquivalenten je Therapieverfahren, zu Praxisform, ärztlichem und psychologischem Hintergrund und der Zulassung zur Gruppentherapie. Bei der Zuteilung zu den einzelnen Praxisformen ist zu beachten, dass auf Grundlage der Daten nicht zwischen Einzelpraxen und Praxisgemeinschaften unterschieden werden kann und somit Praxisgemeinschaften mit unter Einzelpraxen fallen. Die Daten wurden separat nach der Zulassung zur psychotherapeutischen Behandlung der Gruppen Erwachsene, Kinder und Erwachsene sowie Kinder gezogen. Eingeschlossen wurden alle Vertragsärzte/-psychotherapeuten, die Psychotherapie abrechnen. Wenn 50% der abgerechneten Leistungen eines Leistungserbringers im jeweiligen Erhebungszeitraum psychotherapeutische Leistungen waren, wurde der/die Leistungserbringer anteilig und ab 90 % vollständig angerechnet. Erhoben wurden die Jahre 2018, 2019 und 2020 jeweils separat. Die Daten wurden in aggregierter Form geliefert und werden deskriptiv berichtet.

Leistungsdaten: Zur Ziehung der Leistungsdaten durch die KBV wurde ebenfalls ein Template erarbeitet. In dieses wurden Fragen zur Inanspruchnahme verschiedener Leistungen, aufgeteilt in die Versorgung Kinder und Jugendlicher (0 bis 17 Jahre) und die Versorgung Erwachsener (21 bis 90 Jahre) aufgenommen. In die Versorgung Erwachsener wurden Leistungen folgender Fachärzte mit einbezogen: Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärztliche Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten. In

die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurden Leistungen der Fachrichtungen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingeschlossen.

Erhoben wurden Daten aus den Jahren 2018, 2019 und 2020. In der Regel wurden die Daten jahresweise und auf KBV-Ebene erhoben. Bei einzelnen Fragestellungen, in denen es wichtig war, Trends genauer nachzuvollziehen, wurden die Daten quartalsweise und/oder je KV erhoben. Die Daten wurden sowohl auf Patienten- als auch auf Leistungsebene betrachtet.

Ein besonderer Fokus bei der Erhebung lag auf der Inanspruchnahme der ptS und der ptA, die mit der Reform als neue Versorgungsbausteine eingeführt wurden.

Die Daten wurden in aggregierter Form geliefert und deskriptiv ausgewertet. Die Auswertung erfolgte auf Ebene der abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen getrennt für die einzelnen Jahre (2018 bis 2020) und aufgeteilt in die Versorgung Erwachsener sowie Kinder und Jugendlicher nach Therapieverfahren, Facharztgruppe sowie Praxistyp. Auf Patientenebene erfolgten Analysen der Inanspruchnahme der neuen Versorgungsbausteine ebenfalls getrennt für die einzelnen Jahre (2018 bis 2020) und aufgeteilt in die Versorgung Erwachsener sowie Kinder und Jugendlicher. Im Fokus standen hier psychotherapeutische Folgebehandlung und Therapeutenkontinuität.

Im Rahmen der Evaluation sollte auch die Erbringung der neuen Versorgungsbausteine differenziert nach Therapieverfahren analysiert werden. Die Leistungsdaten können jedoch nicht mit den Strukturdaten gekoppelt werden. Daher wurden die Therapieverfahren über die abgerechneten Leistungen zugeordnet, die von den jeweiligen Leistungserbringern erbracht worden waren. Wenn Leistungserbringer zu 90% nur eines der psychotherapeutischen Verfahren in ihren RL-T-Leistungen abrechnen, erfolgte eine entsprechende Zuordnung zu diesem Verfahren. Bei dieser Zuordnung wurden ausschließlich Leistungen im Rahmen der RL-T betrachtet. Probatorische Sitzungen oder ptA wurden hierbei nicht berücksichtigt. Da ein relevanter Teil der Leistungserbringer sowohl analytische als auch tiefenpsychologisch fundierte Therapieleistungen erbrachte, wurde eine gesonderte Kategorie erstellt für Leistungserbringer, die beide Therapieverfahren anbieten und abrechnen. In dieser Kategorie sollten die Therapeuten berücksichtigt werden, bei denen beide Verfahren abgerechnet werden und eines der beiden Verfahren einen Anteil von mehr als 10% ausmacht, während das andere Verfahren einen Anteil von weniger als 90% ausmacht. In Tabelle 5 ist die Zuordnung der EBM-Ziffern zu den verschiedenen Therapieverfahren dargestellt.

Tabelle 5: Zuordnung der EBM-Ziffern zu verschiedene zu verschiedenen Therapieverfahren

Verfahren	EBM-Ziffern
Verhaltenstherapie	35421, 35422, 35425, 35543, 35544, 35545, 35546, 35547, 35548, 35549, 35553, 35554, 35555, 35556, 35557, 35558, 35559
Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	35401, 35402, 35405, 35503, 35504, 35505, 35506, 35507, 35508, 35509, 35513, 35514, 35515, 35516, 35517, 35518, 35519
Analytische Therapie	35411, 35412, 35415, 35523, 35524, 35525, 35526, 35527, 35528, 35529, 35533, 35534, 35535, 35536, 35537, 35538, 35539
Analytisch und tiefenpsychologisch fundierte Therapie	Hier sollten die nicht unter Tiefenpsychologisch fundierte Therapie und Analytische Therapie einzubeziehenden Therapeuten berücksichtigt werden, bei denen beide Verfahren abgerechnet werden und eines der beiden Verfahren einen Anteil von mehr als 10% ausmacht, während das andere Verfahren einen Anteil von weniger als 90% ausmacht.

Terminservicestellen: Es wurden orientierende Recherchen durchgeführt und Datenquellen einbezogen, denen Angaben zur Häufigkeit der Terminvermittlung psychotherapeutischer Leistungen entnommen werden konnten (Deutscher Bundestag, 2020; Deutscher Bundestag, 2021; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022a; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022b).

5.3. Verwendete Kriterien zur Untersuchung der Kernfragen innerhalb der verschiedenen Module

Tabelle 6: Kriterien zur Beantwortung der Kern-Fragestellung „Führte die Reform zu einer Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung“

Fragestellung	Kriterien	GKV-Routinedaten		Primärdaten	KBV Daten
		Prä/Post	Post		
Verbesserung des Zugangs / Verbesserung des Versorgungs- und Behandlungsablaufs (intermediäre Outcomes)	Veränderung der Häufigkeit eines psychotherapeutischen Erstkontakts	X			
	Einflussfaktoren auf die Chance für einen psychotherapeutischen Erstkontakt (log. Reg.)	X			
	Zeitliche Dauer zwischen Indexdiagnose und Erstkontakt (Outcome Wartezeiten)	X			
	Veränderung der Dauer der Behandlungszeiten (intermediäres Outcome Dauer)	X			
	Veränderung der Anzahl der psychotherapeutischen Leistungen	X			
	Abfolge in der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen?	X			
	Veränderung der Häufigkeit der Gruppentherapie	X			
	Veränderung der „Leitliniengerechtigkeit“ der psychotherapeutischen Leistungen (mittlere und leichte Diagnosen erhalten nach einem psychotherapeutischen Erstkontakt eher eine Therapie als schwere Diagnosen)*	X			
	Einbindung von PSG und PSYTG** in die Versorgung	X			
	Einschätzung der Primärversorger zu benachteiligten Gruppen			X	
	Einschätzung PT zu ptS			X	
	Einschätzung Primärversorger zu Dauer bis Erstkontakt bzw. Therapie			X	
	Einschätzung der PT zu bedarfsgerechter Steuerung			X	
Einbindung von Primärversorgern und anderen relevanten Arztgruppen			X		
Verbesserung des Zugangs (primäre patientenrelevante Outcomes)	Häufigkeit der Arztbesuche (ohne Facharztkontakte mit psychotherapeutischem Bezug) – EW-Versicherte sowie KJ	X			
Verbesserung des Behandlungsverlaufs (primäre patientenrelevante Outcomes)	AU-Zeiten – EW-Versicherte; Anzahl nichttherapeutischen Facharztkontakte – KJ	X			
Verbesserung des Zugangs Verbesserung des Behandlungsverlaufs (sekundäre patientenrelevante Outcomes)	Veränderung der Anzahl stationärer Aufenthalte mit Depressionsdiagnose	X			
	Veränderung der Morbidität (Index-Diagnosen und psychotherapeutischer Erstkontakt/Psychotherapie)	X			
	AU-Zeiten – EW-Versicherte für die Verbesserung des Zugangs	X			
	Häufigkeit der Arztbesuche (ohne Facharztkontakte mit psychotherapeutischem Bezug) – EW-Versicherte für die Verbesserung des Behandlungsverlaufs	X			

Fragestellung	Kriterien	GKV-Routinedaten		Primärdaten	KBV Daten
		Prä/Post	Post		
	Veränderung der Dauer der Behandlungszeiten (intermediäres Outcome Dauer)	X			
Umsetzung der Reform	Inanspruchnahme der neuen Versorgungselemente/Häufigkeit der Nutzung.		X		X
	Inanspruchnahme der ptS bei mehreren PT				X
	Wer setzt die neuen Elemente ein?			X	X
	Einflussfaktoren auf die Chance zur Inanspruchnahme der neuen Bausteine.		X	X	
	Inanspruchnahme der ptA nach der ptS.		X		X
	Zeitliche Dauer des Übergangs von der ptS in die Akutbehandlung im Vergleich zur RL-T		X		
	Einschätzung der PT zu bedarfsgerechter Steuerung			X	
	Einschätzung der Patienten			X	
	Vermittlung durch TSS				X

**Da die verwendeten Abrechnungsdaten keinen kausalen Rückschluss auf die zugrunde liegende Indikation erlauben, ist eine abschließende Bewertung der Leitliniengerechtigkeit nicht möglich. Beispielsweise werden Patientenpräferenzen und andere nicht mit den Routinedaten abbildbare Aspekte nicht erfasst. Dennoch lassen sich deskriptiv Hinweise auf das aktuelle Versorgungsgeschehen erkennen, diese müssen allerdings vorsichtig interpretiert werden.*

*** PSYTG umfasst sowohl Gesprächsziffern aus Kapitel 14 (Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), Kapitel 21 (Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)), Kapitel 22 (Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie) und Kapitel 23 (Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen)*

5.4. Modul 4 Erarbeitung von Reformvorschlägen zur Weiterentwicklung der PT-RL

Das Modul 4 orientiert sich methodisch an den Phasen der Entscheidungsfindung (Laux & Liermann, 2005, S. 39 f.).

Im Rahmen der Module 2 und 3 wurde die Umsetzung der Strukturreform und ihre Zielerreichung untersucht. Hieraus konnten Problemfelder identifiziert werden, bei denen der intendierte Sollzustand vom aktuellen Istzustand abweicht (Problemformulierung).

Daran anschließend erfolgen literaturgemäß (Laux & Liermann, 2005, S. 39 f.) die folgenden Schritte:

- 1) Präzisierung des Zielsystems
- 2) Erforschung der möglichen Handlungsalternativen
- 3) Auswahl sinnvoller Handlungsalternativen

Zu 1)

Aufbauend auf den Problemfeldern wurden Zielkriterien bezüglich der Ausrichtung alternativer Maßnahmen abgeleitet und gemeinsam im Konsortium konsentiert. Die Definition der Zielkriterien erfolgte aufgrund der Zusatzauswertungen und der damit einhergehenden Laufzeitverlängerung des Projektes zweistufig. Einige Zielkriterien konnten aufgrund der vollständigen Datenlage bereits konkret ausgearbeitet werden (konkrete Zielkriterien). Andere wiederum wurden zunächst unspezifisch erarbeitet, da noch entsprechende Auswertungen, welche erst im Rahmen der Laufzeitverlängerung umgesetzt wurden, ausstanden (unspezifische Zielkriterien).

Durch die initial geplanten und durchgeführten Auswertungen konnten bereits zu einigen Aspekten konkrete Zielkriterien erarbeitet werden. Nach der Konsentierung in einem Projekt-Workshop konnte für diese Zielkriterien mit der Erarbeitung von gesundheitspolitischen Handlungsoptionen (Schritt 2) begonnen werden.

Unspezifische Zielkriterien wurden zunächst für jene Aspekte abgeleitet, für die im Rahmen der Laufzeitverlängerung zusätzliche Auswertungen durchgeführt wurden und welche erst im Anschluss detaillierter und passgenauer erarbeitet werden konnten. Eine Konkretisierung dieser ausstehenden Kriterien erfolgte hier nach Abschluss der ergänzenden Analysen im Rahmen der Laufzeitverlängerung. Auch für nachträglich finalisierte Zielkriterien wurden im Anschluss gesundheitspolitische Handlungsoptionen erarbeitet. Die Zielkriterien wurden in einem gemeinsamen Workshop im Konsortium diskutiert. Die Vorgehen des Workshops wird unten beschrieben und ist vergleichbar mit jener der Handlungsoptionen.

Zu 2)

Zur Erreichung der jeweiligen Zielkriterien wurden zunächst verschiedene mögliche Handlungsoptionen (Handlungsalternativen in der Literatur, alternative Maßnahmen im Antrag) erörtert, deren Umsetzung potenziell zur Zielerreichung führen könnten. Die Entwicklung der Handlungsoptionen erfolgte explorativ unter Einbezug der Projektergebnisse, einer strukturierten Recherche sowie der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen.

Die Herangehensweise bei der strukturierten Recherche ist vergleichbar zu jener Recherche, welche als Grundlage für die Routinedatenanalyse durchgeführt wurde.

Die Identifikation relevanter Aspekte für die weiterführende, strukturierte Recherche erfolgte auf Basis bisheriger Projektergebnisse sowie der PT-RL. Hierbei handelte es sich u.a. um Versorgungsbausteine, Therapieverfahren und identifizierte benachteiligte Gruppen (siehe Anhang 6 - Kapitel 1.1). Im Anschluss an die Definition der relevanten Bereiche wurde eine Recherche in einschlägigen Suchmaschinen u.a. bei den oben beschriebenen Institutionen durchgeführt. Besonderes Augenmerk wurde auf aktuelle rechtliche Rahmenbedingungen, Rahmenbedingungen, die durch die Selbstverwaltung definiert werden (z.B. EBM), Stellungnahmen relevanter Interessensvertreter sowie aktuelle Forschungsergebnisse gelegt. Die identifizierten Dokumente wurden untersucht und Erkenntnisse abgeleitet. Darüber hinaus wurden so weiterführende relevante Bereiche identifiziert, die daraufhin ebenfalls in die Recherche aufgenommen wurden. Dies erfolgte z.B. dadurch, dass die Quellen und Verweise untersucht wurden.

Darüber hinaus wurden noch weitere Neuerungen (u.a. KSVPsych-RL, Gesundheitskiosk, DMP-Depressionen), die innerhalb der Projektlaufzeit ins Gesundheitssystem implementiert oder geplant wurden, identifiziert. Diese wurden aufgrund ihrer Neuartigkeit und nicht prognostizierbaren Entwicklung / ausstehenden Evaluation nicht mit in die Handlungsoptionen aufgenommen.

Alle anderen Ergebnisse der strukturierten Recherche sind in Anhang 6 dargestellt.

Zu 3)

Die erarbeiteten Handlungsoptionen wurden in einem nächsten Schritt bewertet und ein Empfehlungsgrad zugeordnet.

Die Entscheidung, ob eine Handlungsoption schlussendlich empfohlen wurde, basierte auf einer im Konsortium abgestimmten Kriteriologie, welche folgende Aspekte beinhaltet:

- 1) **Eignung zur Erfüllung des Zielkriteriums (Nutzen):** Dieses Kriterium zielt darauf ab den Nutzen der Handlungsoption in Bezug auf ihr Ziel zu beurteilen. Die Beurteilung erfolge in Anlehnung an mögliche Verbesserungen der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität

nach Donabedian. Dem Nutzen wurde zur Beurteilung der Handlungsoptionen der potenzielle Aufwand (bei der Implementierung und Verstetigung) gegenübergestellt.

- 2) **Hürden bei der Umsetzung:** Handlungsoptionen wurden dahingehend bewertet, welche politischen, organisatorischen und rechtlichen Herausforderungen ihrer Umsetzbarkeit entgegenstehen könnten und ob es realistisch erscheint, dass die jeweilige Handlungsoption tatsächlich umsetzbar ist. Auf mögliche politische Hürden wurde, sofern sie aufgrund von Interessensunterschieden der am Entscheidungsprozess beteiligten Stakeholder entstehen, ein besonderes Augenmerk gelegt. Anders als bestehende organisatorische Hürden, können Interessensunterschiede deutlich schwieriger im Rahmen der Umsetzung der jeweiligen Handlungsoption abgebaut werden.
- 3) **Mögliche unerwünschte Folgen / Fehlanreize:** Unerwünschte Folgen können unabhängig vom Kriterium 1 auftreten. Die Handlungsoption kann, trotz Eignung zur Erfüllung des Zielkriteriums Fehlanreize an anderer Stelle verursachen, die bei der Entscheidung für oder gegen die Handlungsoption berücksichtigt werden müssen. Fehlanreize können z.B. in einer nicht bedarfsgerechten Leistungsausweitung auf Seiten der Leistungserbringer oder der Inanspruchnahme nicht notwendiger Versorgungsleistungen auf Seiten der Patienten liegen.

Alle Konsortialpartner wandten die zuvor beschriebene Kriteriaologie an, um die vorgeschlagenen Handlungsoptionen zu bewerten und zu einer Einschätzung zu kommen, ob sie die jeweilige Handlungsoption empfehlen oder nicht. Der Entscheidungsprozess und seine Schlussfolgerungen lagen dementsprechend im Ermessensspielraum der Konsortialpartner. Nachdem der Prozess bei den jeweiligen Konsortialpartnern abgeschlossen war, folgte die Diskussion im Rahmen der Workshops

Ziel der Workshops war es die Handlungsoptionen zu identifizieren, welche das Potenzial hatten vom gesamten Konsortium empfohlen zu werden. Im Rahmen des ersten Workshops wurden die kriterienbasierten Einschätzungen (Empfehlung ja oder nein) zu den Handlungsoptionen begründet dargelegt und Meinungen ausgetauscht. Einige Handlungsoptionen wurden im Anschluss angepasst und optimiert. Auch die Konzeption neuer Handlungsoptionen war Teil der Workshops. Im darauffolgenden Workshop fand eine erneute Diskussion der neuen oder angepassten Handlungsoptionen statt.

Neben den am Projekt beteiligten Experten wurden bei der Beurteilung der Handlungsoptionen auch weitere Interessensvertreter (u.a. Patienten- und Hausarztvertreter) einbezogen. Aufgrund der thematischen Heterogenität der Workshopinhalte konnten diese nicht an den Workshops selbst beteiligt werden. Mit ihnen wurden jeweils zweistündige leitfadengestützte Interviews geführt.

Die Perspektiven der Interviewten wurden bei der Bewertung der Handlungsoptionen beachtet. Noch offene Handlungsoptionen oder solche, bei denen sich in den Interviews negative Einschätzungen zeigten, wurden im Projektabschlussworkshop am 16. Januar 2024 erneut ausführlich unter Würdigung aller Argumente diskutiert.

Abschließend wurde allen Handlungsoptionen ein Empfehlungsgrad zugeordnet.

Tabelle 7: Empfehlungsgrade der Handlungsoptionen

Empfehlungsgrad	Erläuterung
1. Empfehlung	Die Handlungsoption wird vom gesamten Konsortium empfohlen. Dieser Empfehlungsgrad wird gewählt, wenn alle Projektpartner auf Grundlage der Kriteriaologie die Handlungsoption positiv bewertet haben.

2. Empfehlung von Teilen des Konsortiums	Die Handlungsoption wird von Teilen des Konsortiums empfohlen. Dieser Empfehlungsgrad wird gewählt, wenn mindestens einer, aber nicht alle Konsortialpartner die Handlungsoption positiv bewertet haben.
3. Keine Empfehlung	Es erfolgt keine Empfehlung. Die Handlungsoption wird von keinem Projektpartner empfohlen.

Die hier im Ergebnisbericht dargestellten Handlungsoptionen haben alle den Empfehlungsgrad 1. „Empfehlung“. Die in Anhang 6 dargestellten Handlungsoptionen stellen entweder eine Konkretisierung der im Ergebnisbericht beschriebenen Empfehlungen dar oder sind Handlungsoptionen mit dem Empfehlungsgrad 2. „Empfehlung von Teilen des Konsortiums“. Handlungsoptionen, die im Laufe des Verfahrens den Empfehlungsgrad „Keine Empfehlung“ erhalten haben, wurden nicht weiter ausgearbeitet und konkretisiert.

Detaillierte Darstellung der Durchführung der Workshops. Die Workshops waren Kernelement der Konsensfindung im Rahmen des Projekts. Die Umsetzung erfolgte projektintern. Hierfür wurde im ersten Schritt ein Termin vereinbart, zu dem es allen Projektpartnern möglich war teilzunehmen. Manche Workshops wurden digital und andere vor Ort am Lehrstuhl für Medizinmanagement umgesetzt. Das methodische Vorgehen war unabhängig vom Setting. Um eine effiziente Umsetzung zu ermöglichen, wurden die in den Workshops behandelten Unterlagen den Partnern vorab zugesandt. Es wurde darauf geachtet, dass die Konsortialpartner ausreichend Zeit hatten, um die Unterlagen gründlich vorzubereiten. Der Lehrstuhl für Medizinmanagement erstellte für jeden Termin eine Power-Point-Präsentation, die während der Workshops als Leitfaden genutzt wurde.

Der erste Workshop fand im Mai 2023 statt und diente der Definition von Zielkriterien für die gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen. Im Juni, September, Dezember 2023 und Januar 2024 folgten fünf weitere Workshops, in denen Handlungsoptionen zur Erreichung der oben genannten Zielkriterien vorgestellt wurden. Anhand von Power-Point-Präsentation wurden alle Handlungsoptionen nacheinander diskutiert. Die Diskussionen folgten dabei stets dem gleichen Aufbau: Zunächst wurde das Zielkriterium dargelegt, anschließend die Problemstellung erörtert. Im Anschluss wurde das Ziel der jeweiligen Handlungsoption definiert und die geplante Maßnahme präsentiert. Abschließend erfolgte eine Darlegung der zugrundeliegenden Projektergebnisse. Nach diesem Input folgte eine Diskussion im Konsortium.

Wissenschaftliche Hilfskräfte fertigten Protokolle an. Diese dienten als Grundlage für die nachträgliche Anpassung einiger Handlungsoptionen oder der Entwicklung neuer Handlungsoptionen ausgehend von den vorangegangenen Diskussionen. Die angepassten oder neuen Handlungsoptionen wurden im Nachhinein ans Konsortium gesendet mit der Bitte auf kritische Durchsicht. Falls Anpassungsbedarf bestand, wurde dieser vom Lehrstuhl für Medizinmanagement eingearbeitet. Im darauffolgenden Workshop wurden die überarbeiteten Handlungsoptionen erneut kurz aufgegriffen, um zu garantieren, dass Meinungsdivergenzen und inhaltliche Unschärfen überwunden wurden. Die so finalisierten Handlungsoptionen sind nun in Anhang 6 aufzufinden.

Detaillierte Darstellung der durchgeführten leitfadengestützten Interviews. Eine Teilnahme von externen, nicht am Projekt beteiligten Experten, an ganzen Workshopterminen erschien aufgrund der thematischen Heterogenität nicht sinnvoll. Aus diesem Grund wurde die Entscheidung getroffen, die Perspektiven durch Interviews mit Vertretern der jeweiligen Stakeholdergruppen in das Projekt zu integrieren. Es wurden die folgenden Perspektiven einbezogen: Patienten, Hausärzte und stationäre Versorgung. Die Rekrutierung wurde von relevanten Institutionen der Interessensvertretung unterstützt, darunter die DEGAM, DGPPN sowie Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. Alle Experten unterzeichneten eine Einwilligungserklärung, dass die Inhalte der Gespräche für das weitere Projekt genutzt werden dürfen und eine Datenschutzerklärung. Es wurde eine

Aufwandsentschädigung gezahlt. Die Umsetzung erfolgte im virtuellen Setting mit dem Programm Zoom oder telefonisch. Das methodische Vorgehen ähnelte dem der Workshops, in denen die Handlungsoptionen diskutiert wurden. Allerdings wurden nicht alle Optionen bei jedem Experten thematisiert. So wurden nur die Handlungsoptionen diskutiert, die für die jeweilige Stakeholdergruppe relevant sind. Hierfür wurden sie zunächst dargestellt, woraufhin die Einschätzung des etwaigen Experten eingeholt wurde. Die Interviews wurden transkribiert. In einem zweiten Schritt wurden die Transkripte analysiert und Argumente extrahiert. Diese Argumente wurden anschließend genutzt, um die Handlungsoptionen zu ergänzen bzw. zu überarbeiten. Die angepassten Handlungsoptionen wurden daraufhin dem Konsortium präsentiert und in diesem Rahmen diskutiert.

6. Projektergebnisse

6.1. Studienpopulation in den Erhebungssträngen

6.1.1. Routinedaten

Erwachsene Versicherte:

Insgesamt erfüllten im Zeitraum vor der Reform (PräZ) 149.941 erwachsene Versicherte zwischen 21 und 90 Jahren die Einschlusskriterien. Die Zahl der Versicherten, die im Zeitraum nach der Reform (PostZ) die Einschlusskriterien erfüllten, ging auf 134.832 erwachsene Versicherte zurück (s. Anhang 2, Tabelle 1). Dieser Rückgang ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass sich die Anzahl der Versicherten mit unspezifischer Depressionsdiagnose anteilig sowie absolut von 41% (n=60.856) der Versicherten im PräZ auf 38% (n=50.619) der Versicherten im PostZ verringerte (s. Anhang 2, Tabelle 2). Dabei zeigten sich durchweg statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Kohorten hinsichtlich der untersuchten soziodemografischen Variablen. Die Effektstärke der verwendeten Assoziationsmaße liegt allerdings unter 0,1. Mit Werten zwischen 0,008 und 0,054 deuten die ermittelten Assoziationsmaße somit noch nicht einmal auf einen leichten inhaltlichen Zusammenhang zwischen dem Zeitraum und den soziodemografischen Variablen hin. Der Anteil an weiblichen Versicherten war in beiden Kohorten höher als der Anteil männlicher Versicherter und lag jeweils bei knapp zwei Dritteln (PräZ: 65%; PostZ: 64%) (p-Wert<0,001; Phi=0,018). Das durchschnittliche Alter betrug 54 (PräZ) und 53 Jahre (PostZ) (p-Wert<0,001; Eta=0,054). In beiden Zeiträumen waren die Altersklassen der 41-50-jährigen und der 51-60-jährigen am stärksten besetzt (p-Wert<0,001; Cramers V=0,038).

Zwei Drittel 66% (PräZ) bzw. 61% (PostZ) der einbezogenen Versicherten wiesen zu Beginn des Beobachtungszeitraums eine Depression auf, die einem leichten Schweregrad zugeordnet wurde (s. Tabelle 3; Anhang 2, Tabelle 2). Ein Viertel (25%) der Versicherten im PräZ und 30% der Versicherten im PostZ litten unter einer Depression, die dem mittleren Schweregrad zugeordnet wurde. Versicherte mit einer Depression schweren oder sehr schweren Schweregrads machten in beiden Kohorten ca. 9% aus (p-Wert<0,001; Spearman Korrelation=0,045).⁵

Kinder und Jugendliche Versicherte:

In der Kohorte der Kinder und Jugendlichen erfüllten für den Zeitraum vor der Reform (PräZ) 5.396 Versicherte und für den Zeitraum nach der Reform (PostZ) 5.642 Versicherte die Einschlusskriterien (s. Anhang 3, Tabelle 1). Der Anteil an weiblichen Versicherten war in beiden Zeiträumen höher als der Anteil männlicher Versicherter und lag im PräZ bei 63% und im PostZ bei 65% (p-Wert<0,01; Phi=-0,025). Das durchschnittliche Alter betrug 15 Jahre (15,05 PräZ;

⁵ Siehe auch Anhang 1 ein im Projekt leichter Schweregrad ist nicht gleichzusetzen mit einer „leichten depressiven Episode“ (F32.0). Gleiches gilt für die anderen Schweregrade.

15,15 PostZ) (p -Wert $<0,01$; $\eta^2=0,057$). In beiden Zeiträumen war die Altersklasse der 17-Jährigen am stärksten besetzt (p -Wert $<0,05$; Cramers $V=0,035$). Die Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen beiden Jahren waren statistisch signifikant. Mit Werten zwischen $-0,025$ und $0,057$ deuten die verwendeten Effektmaße allerdings nicht auf eine Assoziation mit dem Zeitraum hin.

Zu Beginn des Beobachtungszeitraums wiesen ca. die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (PräZ 52%; PostZ 48%) eine Depression auf, die einem leichten Schweregrad zugeordnet wurde (s. Tabelle 3; Anhang 3, Tabelle 2). Den zweitgrößten Anteil machen mittelgradig Erkrankte aus mit 42% (PräZ) bzw. 46% (PostZ). Schwer und sehr schwer Erkrankte stellten in beiden Zeiträumen nur einen geringen Anteil dar (p -Wert $<0,001$; Cramers $V=0,041$).

6.1.2. Primärerhebung

PT in der Versorgung Erwachsener (EPT):

Der Rücklauf gültiger Erhebungsbögen aus der Befragung der EPT betrug 447.

Die meisten EPT, die geantwortet haben, gehören der Altersgruppe 51 bis 60 Jahre (35%) oder über 60-Jahre (33%) an (s. Anhang 5, Tabelle 1). Mehr als drei Viertel der befragten EPT waren Frauen (77%). Die meisten EPT waren Psychologen (89%). Unter den Befragten waren 9% Ärzte. Über die Hälfte der Befragten boten als Therapieverfahren Verhaltenstherapie (57%) an. Ein Viertel (25%) der Befragten bot tiefenpsychologische Verfahren an.

Die Mehrheit ist ausschließlich in einer Einzelpraxis tätig (62%) und rund 31% ausschließlich in einer Praxisgemeinschaft. Die meisten EPT behandeln ausschließlich Erwachsene (90%).

PT in der Versorgung Kinder und Jugendlicher (KJPT):

Insgesamt lagen 360 gültige Erhebungsböge von KJPT vor. Eine Rücklaufquote kann nicht ermittelt werden, da nicht bekannt ist, wie viele KJPT über die Verbände kontaktiert worden sind.

Die größte Altersgruppe unter den befragten KJPT waren die 51 bis 60-jährigen (34%), weitere 28% waren über 60 Jahre alt (s. Anhang 5, Tabelle 43). Gut drei Viertel der Befragten waren Frauen (76%). Der häufigste absolvierte Studiengang war Pädagogik (54%). Über die Hälfte der Befragten bot als psychotherapeutische Verfahren „analytische und tiefenpsychologische Verfahren“ an (53%).

Primärversorger in der Versorgung Erwachsener:

Insgesamt kamen aus der Befragung der Primärversorger für den Bereich Erwachsene bis Ende März 2022 255 gültige Erhebungsbögen zurück (Rücklauf von 7,5%).

Die größte Altersgruppe unter den Primärversorgern war mit 38% die Gruppe der 51 bis 60-jährigen (s. Anhang 5, Tabelle 3). Den zweitgrößten Anteil macht die Gruppe der über 60-Jährigen mit 35% aus. Mehr als die Hälfte der Primärversorger (54%) waren Frauen. Die Mehrheit (60%) waren Allgemeinmediziner. Drei Viertel der Primärversorger (75%) verfügten über einen Qualifikationsnachweis „Psychosomatische Grundversorgung“ (PSG).

Primärversorger in der Versorgung Kinder und Jugendlicher:

Insgesamt trafen bis Ende März 2022 444 gültige Erhebungsbögen von Primärversorgern ein (Rücklaufquote 13%).

Die Mehrheit der Primärversorger war älter als 51 Jahre (62%) und etwas mehr als die Hälfte (54%) waren Frauen (s. Anhang 5, Tabelle 45). Gut drei Viertel der Primärversorger waren Pädiater (77%). Den Qualifikationsnachweis "PSG" besaßen 61% der Befragten.

Erwachsene Patienten:

Insgesamt haben 111 der teilnehmenden EPT 1.172 Fragebögen für erwachsene Patienten angefordert. Der Rücklauf gültiger Erhebungsbögen aus der Befragung der erwachsenen Patienten betrug 336. Die Mehrheit der Erwachsenen ist den Altersgruppen von 31 bis 60 Jahren zuzuordnen, wobei die Altersgruppe 51 bis 60 Jahre mit 28% am häufigsten vertreten ist (s. Anhang 5, Tabelle 4). Die überwiegende Mehrheit der Befragten ist weiblich (79%) und hat keinen Migrationshintergrund (89%). Die befragten Erwachsenen verfügen über eine betriebliche Ausbildung/Lehre bzw. den Abschluss einer Fachschule/Fachakademie (47%) oder einen Hochschul-/Universitätsabschluss (28%).

Die Befragten befanden sich aufgrund unterschiedlicher Erkrankungen in psychotherapeutischer Behandlung. In Bezug auf die Ausprägungen der depressiven Störung bei den Erwachsenen (Gesundheitsfragebogens für Patienten-9 (PHQ-9)) zeigt sich, dass von den insgesamt 332 Befragten 15% keine Anzeichen einer depressiven Störung aufwiesen, während 35% leichte oder unterschwellige depressive Symptome zeigten (s. Anhang 5, Tabelle 5). Darüber hinaus hatten 27% eine mittelschwere depressive Störung, 15% eine schwere depressive Störung und 8% die schwerste Ausprägung einer depressiven Störung.

Zudem wurde die Verteilung der Antworten auf die verschiedenen Level der EQ-5D-5L zur Erfassung der Gesundheitszustände erfasst. Es zeigt sich, dass die Mehrheit der Befragten in den verschiedenen Kategorien keine bis leichte Probleme angegeben haben (s. Anhang 5, Tabelle 6). So gaben sie in Bezug auf Mobilität/Beweglichkeit (69%) und Selbstpflege (86%) an, keine Probleme zu haben. In Bezug auf Aktivität (31%), Schmerzen/körperliche Beschwerden (40%), Angst/Depression (40%) wurden hingegen leichte Probleme berichtet. Der MW für den EQ-Index betrug 0,76, (SD 0,214), dabei entspräche ein Wert von 1 dem bestmöglicher Gesundheit.

Auf der Grundlage der tagesaktuellen Gesundheit der Befragten liegt der MW des EQ VAS bei 62,62 (SD 18,42). Diese durchschnittliche Bewertung auf der Skala von 0 (sehr schlechte Gesundheit heute) bis 100 (sehr gute Gesundheit heute) deutet darauf hin, dass die Befragten im Durchschnitt eine moderate bis gute Gesundheit heute angegeben haben.

Kinder und Jugendliche Patienten:

Es beteiligten sich 46 KJPT an der Rekrutierung, indem sie insgesamt 372 Fragebögen für ihre Patienten anforderten. Insgesamt betrug der Rücklauf gültiger Erhebungsbögen 30 Bögen. 43% der Kinder und Jugendlichen sind der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen zuzuordnen. Dabei wurde der Bogen ab einem Alter von 14 Jahren, durch die Kinder und Jugendlichen selbst ausgefüllt (s. Anhang 1).

Es beteiligten sich vor allem Mädchen (60%; n=18) an der Befragung (s. Anhang 5, Tabelle 46). Mehrheitlich haben die Kinder- und Jugendlichen keinen Migrationshintergrund (73%, n=22). Die besuchten Schulformen der Kinder und Jugendlichen sind heterogen. Eine Grundschule besuchen 9 Kinder und weitere 6 Befragte ein Gymnasium.

Alle 30 Kinder und Jugendlichen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer RL-T und konnten Angaben zu den Gründen ihrer aktuellen Therapie machen. Die Befragten konnten zwischen 5 Antwortkategorien auswählen, wobei sich 18 für die Kategorie „Sonstige“ entschieden haben. Externalisierende Störungen wurden von 4 Befragten angegeben, jeweils 3 Personen nennen Angststörungen und depressive Störungen als Auslöser ihrer Therapie und 2 geben Essstörungen als Gründe für den Therapiebeginn an.

Insgesamt füllten 19 Kinder bzw. Jugendliche ab 11 Jahren den SDQ zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten aus. Der durchschnittliche Gesamtscore lag bei 18,2 und kann somit anhand der Klassifikation als auffällig eingestuft werden (s. Anhang 5, Tabelle 47).

Die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen ist über die verschiedenen Dimensionen sehr unterschiedlich ausgeprägt (s. Anhang 5, Tabelle 48). In Bezug auf die Bewegung (91%) und

die Selbstpflege (82%) gab ein Großteil der Befragten an keine Schwierigkeiten zu haben. Knapp zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen antworteten keine Schmerzen oder körperlichen Beschwerden zu haben (64%). Dagegen gab nur die Hälfte der Kinder und Jugendlichen an, keine Schwierigkeiten bei der Ausführung alltäglicher Tätigkeiten zu haben (50%). Hier gaben 41% der befragten Kinder und Jugendlichen an, einige Schwierigkeiten zu haben, die Dinge auszuführen, die sie normalerweise tun. Eine Einschränkung der Lebensqualität der befragten Kinder und Jugendlichen zeichnete sich insbesondere in der Dimension Angst/Depressionen ab. Knapp zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen gab an, etwas unglücklich, traurig oder besorgt zu sein (64%).

Anhand des EQ-5D-Y-3L VAS, der die Werte von 0 (sehr schlecht) bis 100 (sehr gut) enthält, bewerteten die Kinder und Jugendlichen ihren aktuellen Gesundheitszustand im Mittel eher als gut (Score 71).

Teilnehmende der Fokusgruppe Vertreter für Kinder und Jugendliche:

An der Fokusgruppe beteiligten sich 7 betroffene Elternteile, darunter zwei Paare und ein betroffener Elternteil, der auch Leiter einer Selbsthilfegruppe für Angehörige psychisch erkrankter Kinder war. Zudem beteiligte sich ein betroffener Elternteil, der auch Mitarbeitender einer Mutter-Vater-Kind-Einrichtung war.

6.2. Projektergebnisse zu den Kernfragestellungen

Die wesentlichen Projektergebnisse zu beiden Kernfragestellungen 1 und 2 (F1: Führen die neuen Elemente im Vergleich zur Situation vor dem Inkrafttreten der Strukturreform zu einer Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung?; F2: Führen die neuen Elemente im Vergleich zur Situation vor dem Inkrafttreten der Strukturreform zu einer Verbesserung des gesamten Behandlungs- und Versorgungsablaufs und einer Verbesserung der patientenrelevanten Outcome-Parameter?) sind in der nachfolgenden Tabelle 9 dargestellt. Die Ergebnisse zu Fragestellung 3 (F3: Wie werden die neu eingeführten Elemente in der Praxis umgesetzt und ergeben sich dabei Hürden und Hemmnisse?) finden sich in der anschließenden Tabelle 10. Für beide steht der Vergleich der Versorgung sowie der intermediären sowie der patientenrelevanten Outcomes im Zeitraum vor und nach dem Inkrafttreten der Reform im Fokus. Für den Vergleich der Versorgung wird auch der Erstkontakt betrachtet, dieser ist definiert als erste psychotherapeutische Leistung im jeweiligen Beobachtungszeitraum, es kann sich dabei sowohl um eine ptS oder Probatorik als auch um eine RL-T oder ptA handeln. Für diesen werden im Wesentlichen die Ergebnisse der Prä-Postanalyse herangezogen. Die in Tabelle 9 und 10 dargestellten Ergebnisse sind Teil verschiedener Publikationen, siehe hierzu Kapitel 9 „Erfolgte und geplante Veröffentlichungen“.

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen sind nicht explizit ausgewiesen, da sie für die Konzeption der Befragung herangezogen wurden. Sie können in der folgenden Veröffentlichung im Detail nachgelesen werden (Abels et al. 2023).

Die unterschiedlichen Datenquellen und Zielgruppen sind in der Tabelle jeweils farblich, nach dem Farbschema der Tabelle 8 gekennzeichnet.

Tabelle 8: Farbschema zur Ergebnisdarstellung

	Routinedaten	Primärdatenerhebung	KBV-Daten
Erwachsene			
Kinder und Jugendliche			

6.2.1. Ergebnisse zu Forschungsfrage 1 und 2

Tabelle 9: Aggregierte Ergebnisse zu Fragestellung 1 und 2

Thema	Ergebnisse	Quelle/ Bezug
Ergebnisse zum Erstkontakt vor und nach der Reform		
Häufigkeit eines Erstkontakts (Zugang)	EW mit Depressionsdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> Im PostZ war der Anteil derjenigen mit Erstkontakt um 5 Prozentpunkte höher als im PräZ. Der Unterschied war statistisch signifikant (p-Wert$<0,001$) allerdings nicht substantiell (Cramers $V=0,066$). Bezogen auf alle Versicherten mit einem Erstkontakt, stieg der Anteil an Personen, die im Rahmen dieses Kontaktes ihre erste Depressionsdiagnose erhielten, im PostZ statistisch signifikant (p-Wert$<0,001$; $\Phi=0,231$) von 14% ($n=3.773$) im PräZ auf 35% ($n=10.613$) im PostZ. Mehrheitlich erfolgte der Erstkontakt im PräZ im Rahmen der Probatorik ($n=22.603$; 86%). Im PostZ erfolgte der Erstkontakt überwiegend über die ptS ($n=25.344$; 83%). 	Anhang 2 Tabelle 18 Tabelle 20
	KJ mit Depressionsdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> Im PostZ war der Anteil derjenigen mit Erstkontakt statistisch signifikant um 13,8 Prozentpunkte höher als im PräZ (p-Wert$<0,001$; Cramers $V=0,138$). Bezogen auf alle Versicherten mit einem psychotherapeutischen Erstkontakt, unterschied sich der Anteil an Personen, die im Rahmen dieses Kontaktes ihre erste Depressionsdiagnose erhielten, nicht statistisch signifikant zwischen PräZ und PostZ (PräZ: 40% ($n=885$); PostZ: 43% ($n=1.315$)). Mehrheitlich erfolgte der psychotherapeutische Erstkontakt im PräZ im Rahmen der Probatorik ($n=1.826$; 83%). Im PostZ erfolgte der psychotherapeutische Erstkontakt überwiegend über die ptS ($n=2.474$; 80%). 	Anhang 3 Tabelle 16 Tabelle 18
Einflussfaktoren auf die Chance für einen psychotherapeutischen Erstkontakt (Zugang)	EW mit Depressionsdiagnose: <p>In der multivariaten Analyse, die alle Versicherten des PräZ und PostZ umfasste, erwiesen sich folgende Faktoren statistisch signifikant (p-Wert$<0,001$) als förderlich für das Zustandekommen eines Erstkontakts:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zeitraum nach der Reform 2018 (vs. 2016) (OR 1,37); Mittlere Erkrankungsschwere. (vs. leichte) (OR 1,41); Verordnung Psychopharmaka (vs. keine) (OR 1,46). <p>Faktoren, die sich statistisch signifikant (p-Wert$<0,001$), am stärksten als hinderlich für das Zustandekommen eines Erstkontakts auswirkten, waren:</p>	Anhang 2 Tabelle 23

	<ul style="list-style-type: none"> Alter 81-90 (OR: 0,02), 71 – 80 (OR: 0,08), 61-70 (OR: 0,26), 51 -60 (OR: 0,58), 41-50 (OR: 0,66) (vs. 21 – 30); Erste Depressionsdiagnose durch einen sonstigen Facharzt, Hausarzt oder im stationären Bereich (vs. PTE) (OR: 0,17 bzw. OR: 0,25 bzw. OR: 0,28) Männliches Geschlecht vs. Weiblich (OR: 0,71) 	
	<p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <p>In der multivariaten Analyse, die alle Versicherten des PräZ und PostZ umfasste, erwiesen sich folgende Faktoren statistisch signifikant (p-Wert<0,001) als förderlich für das Zustandekommen eines psychotherapeutischen Erstkontakts:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zeitraum nach der Reform 2018 (vs. 2016) (OR: 1,77) Alter (> 13 Jahre) (vs. 2-12 Jahre) (OR: 1,28) Verordnung Psychopharmaka (vs. keine) (OR: 1,29) <p>Die Faktoren, die sich statistisch signifikant (p-Wert<0,001) am stärksten hinderlich für das Zustandekommen eines Erstkontakts auswirken, waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erste Depressionsdiagnose durch einen sonstigen Facharzt, Hausarzt oder im stationären Bereich (vs. PTKJ) (OR: 0,15 bzw. OR: 0,18 bzw. OR: 0,21) Männliches Geschlecht (vs. weiblich) (OR: 0,68) 	Anhang 3 Tabelle 21
Wahrgenommene Barrieren zur psychotherapeutischen Versorgung (Zugang)	<p>EW mit psychischen Erkrankungen (Befragung Primärversorger):</p> <p>Mehrheitlich nahmen die Primärversorger Zugangsbarrieren wahr für psychisch kranke Menschen mit unzureichender Sprachkompetenz (77%), mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten (73%), mit Migrationshintergrund (65%), mit niedrigem Sozialstatus (53%), mit höherem Alter (47%).</p>	Anhang 5 Tabelle 31
	<p>KJ mit psychischen Erkrankungen (Befragung Primärversorger):</p> <p>Primärversorger im Bereich KJ schätzten den Zugang für Patienten mit unzureichender Sprachkompetenz (86%), von Patienten mit Migrationshintergrund (71%), Patienten mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten (60%) sowie Patienten mit einem niedrigen Sozialstatus (59%) als erschwert ein.</p>	Anhang 5 Tabelle 70
Wahrgenommene Veränderungen der Patientenstruktur (Zugang)	<p>EW mit psychischen Erkrankungen (Befragung der EPT):</p> <p>Eine Veränderung der Struktur der Patienten in Bezug auf verschiedene Merkmale (wie Alter oder Erkrankungsschwere) wurde von der Mehrheit der EPT nicht wahrgenommen.</p>	Anhang 5 Tabelle 30
	<p>KJ mit psychischen Erkrankungen (Befragung der KJPT):</p>	Anhang 5 Tabelle 69

	Eine Veränderung der Struktur der Patienten in Bezug auf verschiedene Merkmale (wie Alter oder Erkrankungsschwere) wurde von der Mehrheit der KJPT nicht wahrgenommen.	
Zeitliche Dauer zwischen Indexdiagnose und Erstkontakt (Intermediäres Outcome Wartezeiten; Zugang)	EW mit Depressionsdiagnose: Im PräZ fand bei 60% (n=15.665) derjenigen mit Erstkontakt, dieser Erstkontakt innerhalb desselben Quartals statt, in dem die Indexdiagnose gestellt wurde. Im PostZ stieg dieser Anteil auf 64% (n=19.545) der Kohorte an (p-Wert<0,001; Cramers V=0,043).	Anhang 2 Tabelle 29
	KJ mit Depressionsdiagnose: Im PräZ fand bei 66% (n=1.466) derjenigen mit Erstkontakt, dieser Erstkontakt innerhalb desselben Quartals statt, in dem die Indexdiagnose gestellt wurde. Im PostZ ist dieser Anteil auf 70% (n=2.153) angestiegen (p-Wert<0,05; Cramers V=0,048).	Anhang 3 Tabelle 27
Intermediäre Outcomes		
Veränderung der psychotherapeutischen Behandlungszeit (Zugang / Behandlungsverlauf) (Die ptS und ptA werden im Rahmen der neuen Versorgungselementen weiter unten bei F3 dargestellt)	EW mit Depressionsdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> Probatorik: Die Anzahl an Tagen zwischen erster und letzter Probatorik war im PostZ mit durchschnittlich (Ø 22 Tagen um 12 Tage kürzer als im PräZ mit Ø 34 Tagen (p-Wert<0,001), bei statistisch signifikanten und Ø 6 Tage kürzeren Intervallen zwischen den Leistungen (22 Tage PräZ; 16 Tage PostZ; p-Wert<0,001). Die Ø Sitzungsanzahl reduzierte sich um ca. eine Sitzung (PräZ Ø 3 Sitzungen aufgerundet von 2,52; PostZ Ø 3 Sitzungen abgerundet von 3,30; p-Wert<0,001). KZT (Einzel): Die Anzahl an Tagen zwischen erster und letzter Leistung der KZT (Einzel) war im PostZ mit Ø 146 Tagen um 19 Tage kürzer als im PräZ mit 166 Tagen (p-Wert<0,001), bei statistisch signifikant aber mit Ø 17 Tagen im PräZ und 18 Tagen im PostZ ähnlichen Intervallen zwischen den Leistungen und Ø 3 Sitzungen (Ø 14 Sitzungen PräZ; Ø 11 Sitzungen PostZ; p-Wert<0,001) weniger als im PräZ. Zwischen der letzten probatorischen Leistung und einer anschließenden Richtlinientherapie (d.h. Einzel-KZT, Gruppen-KZT, Einzel-/Gruppen-LZT) lagen im PostZ Ø 5 Tage (Ø 27 Tage PräZ; Ø 22 Tage PostZ) weniger als im PräZ (p-Wert<0,001). 	Anhang 2 Tabelle 31 Tabelle 32 Tabelle 33
	KJ mit Depressionsdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> Probatorik: Die Anzahl an Tagen zwischen erster und letzter Probatorik war im PostZ um Ø 11 Tage kürzer (Ø 36 Tage PräZ; Ø 24 Tage PostZ; p-Wert<0,001) mit ca. einer Leistung weniger als im PräZ (Ø 4 Sitzungen PräZ; Ø 3 Sitzungen PostZ; p-Wert<0,001). Zwischen den einzelnen Sitzungen lagen im PostZ Ø 4 Tage weniger als im 	Anhang 3 Tabelle 29 Tabelle 30 Tabelle 31

	<p>PräZ (Ø 17 Tage PräZ; Ø 13 Tage PostZ; p-Wert<0,001), dieser Unterschied ist statistisch signifikant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • KZT (Einzel): Die Anzahl an Tagen zwischen erster und letzter Leistung der KZT (Einzel) war im PostZ um 21 Tage kürzer (Ø 166 Tage PräZ; Ø 145 Tage PostZ; p-Wert<0,05) mit ca. 3 Leistungen weniger als im PräZ (Ø 17 Sitzungen PräZ; Ø 14 Sitzungen PostZ; p-Wert<0,001). Zwischen den einzelnen Sitzungen lag im PostZ Ø 1 Tag mehr als im PräZ (Ø 13 Tage aufgerundet von 12,53 PräZ; Ø 13 Tage abgerundet von 13,47 PostZ; p-Wert<0,001), dieser Unterschied ist statistisch signifikant. • Zwischen der letzten probatorischen Leistung und einer anschließenden Richtlinien-therapie (d.h. Einzel-KZT, Gruppen-KZT, Einzel-/Gruppen-LZT) lagen im PostZ Ø 10 Tage (Ø 32 Tage PräZ; Ø 21 Tage PostZ) weniger als im PräZ (p-Wert<0,001). 	
<p>Abfolge in der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen (Behandlungsverlauf)</p>	<p>EW mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häufigster idealtypischer Behandlungspfad unter Versicherten mit psychotherapeutischem Erstkontakt: Probatorik – Einzel-KZT bzw. ptS – Probatorik – KZT1: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ø Dauer gesamt: 234 Tage (PräZ) bzw. 204 Tage (PostZ) ○ Ø Sitzungen: 18 (PräZ) bzw. 15 (PostZ; Leistungen der ptS sind auf 50 Minuten normiert) • Zweithäufigster idealtypischer Behandlungspfad unter Versicherten mit psychotherapeutischem Erstkontakt: Probatorik – keine weiteren psychotherapeutischen Leistungen (PräZ: 34%) bzw. ptS – keine weiteren psychotherapeutischen Leistungen (29%): <ul style="list-style-type: none"> ○ Ø Dauer gesamt: 29 Tage (PräZ) bzw. 18 Tage (PostZ) ○ Ø Sitzungen: 2,5 (PräZ) bzw. 1,5 (PostZ; Leistungen der ptS sind auf 50 Minuten normiert) 	<p>Anhang 2 Abbildung 1 Abbildung 2</p>
	<p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt konnten über die dargestellten idealtypischen Behandlungsverläufe 82% (PräZ) bzw. 72% (PostZ) der Versicherten mit Erstkontakt abgebildet werden. • Häufigster idealtypischer Behandlungspfad von denjenigen mit Erstkontakt: Probatorik-Einzel-KZT (PräZ: 43%) bzw. ptS-Probatorik-KZT 1 (PostZ: 30%): <ul style="list-style-type: none"> ○ Ø Dauer gesamt: 237,5 Tage (PräZ) bzw. 205,4 Tage (PostZ) ○ Ø Sitzungen: 22,3 Sitzungen (PräZ) bzw. 18,4 Sitzungen (PostZ; Leistungen der ptS sind auf 50 Minuten normiert) 	<p>Anhang 3 Abbildung 1 Abbildung 2</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Zweithäufigster idealtypischer Behandlungspfad derjenigen mit Erstkontakt ist Probatorik – keine psychotherapeutischen Leistungen (PräZ: 29%) bzw. ptS – keine weiteren psychotherapeutischen Leistungen (PostZ: 27%) <ul style="list-style-type: none"> ○ Ø Dauer gesamt: 34,1 Tage (PräZ) bzw. 26,4 Tage (PostZ) ○ Ø Sitzungen: 3,0 Sitzungen (PräZ) bzw. 2,1 Sitzungen (PostZ; Leistungen der ptS sind auf 50 Minuten normiert) 	
Häufigkeit der Gruppentherapie (Behandlungsverlauf)	EW mit Depressionsdiagnose: Eine KZT (Gruppe) wurde in beiden Zeiträumen von einem kleinen Teil der jeweiligen Kohorte in Anspruch genommen (PräZ: n=481 (0,03%); PostZ: n=662 (0,05%); p-Wert<0,001). Der Anteil von Versicherten, die eine LZT (Gruppe) erhielt, liegt im PräZ bei 0,08% (n=125) und im PostZ bei 0,1% (n=190), was sich als nicht statistisch signifikant darstellte (p-Wert<0,001).	Anhang 2 Tabelle 31
	KJ mit Depressionsdiagnose: Eine KZT (Gruppe) wurde nur von einem kleinen Teil der jeweiligen Kohorte in Anspruch genommen (PräZ: n=19 (0,04%); PostZ: n=45 (0,08%); p-Wert n.s.). Der Anteil von Versicherten, die eine LZT (Gruppe) erhalten haben, war noch niedriger (PräZ: n=12 (0,02%); PostZ: n=15 (0,03%); p-Wert n.s.).	Anhang 3 Tabelle 29
Hinweise auf eine „leitliniengerechte“ Versorgung (Behandlungsverlauf)	EW mit Depressionsdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> • Über alle Schweregrade hinweg erhielten die Versicherten im PräZ schneller eine Therapie im Anschluss an den Erstkontakt als im PostZ. Versicherte mit leichtem Schweregrad erhielten durchschnittlich nach 73 Tagen im PräZ und nach 94 Tagen im PostZ eine Therapie (p-Wert<0,001). Versicherte mit mittelgradigem Schweregrad erhielten nach 73 Tagen PräZ und 93 Tagen PostZ (p-Wert<0,001) und Versicherte mit schwerem Schweregrad nach 72 Tagen PräZ und 96 Tagen PostZ (p-Wert<0,001) eine Therapie. • 39% der Versicherten mit leichtem Schweregrad der Indexdiagnose hatten mind. 1 Verordnung eines Antidepressivums in beiden Zeiträumen. • Bei Versicherten mit mittlerem bzw. schwerem Schweregrad waren es in beiden Zeiträumen jeweils 51% bzw. 59% mit Verordnung eines Antidepressivums. • Von den Versicherten mit sehr schwerem Schweregrad der Indexdiagnose waren es 53% (PräZ) bzw. 50% (PostZ), die mindestens eine entsprechende Verordnung im Beobachtungszeitraum aufwiesen. 	Anhang 2 Tabelle 37 Tabelle 34 Tabelle 35 Tabelle 36; vgl. hierzu methodisches Vorgehen Anhang 1 und Limitationen

	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen PräZ und PostZ zeigen sich keine statistisch signifikant hinsichtlich der Verordnung von Antidepressiva nach Schweregrad der Erkrankung (p-Wert<0,001; Cramers V=0,050). <p>(Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychosomatik, et al. 2015)</p>	
	<p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> Im PräZ und PostZ erhielten KJ mit mittleren und schweren Indexdiagnosen häufiger einen Erstkontakt als Kinder mit leichten Diagnosen. Über alle Schweregrade hinweg erhielten die Versicherten im PräZ schneller eine Therapie im Anschluss an den Erstkontakt als im PostZ. Versicherte mit leichtem Schweregrad erhielten durchschnittlich nach 73 Tagen im PräZ und nach 105 Tagen im PostZ eine Therapie (p-Wert<0,001). Versicherte mit mittelgradigem Schweregrad erhielten nach 74 Tagen PräZ und 102 Tagen PostZ (p-Wert<0,001) und Versicherte mit schwerem Schweregrad nach 80 Tagen PräZ und 103 Tagen PostZ (p-Wert<0,05) eine Therapie. Bezieht man sich auf diejenigen, die einen leichten Schweregrad bei Indexdiagnose hatten, hatten davon in beiden Zeiträumen jeweils 17% der Versicherten mindestens eine Verordnung eines Antidepressivums. Von den Versicherten mit einer mittelgradigen Depression erhielten 21% (PräZ) bzw. 24% (PostZ) Antidepressiva. Unter den schwer Erkrankten waren es 44% (PräZ) bzw. 37% (PostZ) und den sehr schwer Erkrankten 43% (PräZ) bzw. 43% (PostZ). Zwischen PräZ und PostZ zeigen sich keine statistisch signifikant hinsichtlich der Verordnung von Antidepressiva nach Schweregrad der Erkrankung (p-Wert<0,01; Cramers V=0,077). <p>(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie et al. 2013)</p>	<p>Anhang 3 Tabelle 35 Tabelle 32 Tabelle 33 Tabelle 34; vgl. hierzu methodisches Vorgehen Anhang 1 und Limitationen</p>
<p>Psychosomatische Grundversorgung (PSG) und Psychotherapeutische Gesprächsziffern (PSYTG) – (Behandlungsverlauf)</p>	<p>EW mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mindestens eine abgerechnete Ziffer der PSG hatten 60% (PräZ) bzw. 59% (PostZ) in der Gesamtkohorte (p-Wert<0,001; Phi=0,008). Bezogen auf Versicherte mit Erstkontakt wiesen 70% (PräZ) bzw. 68% (PostZ) mindestens eine abgerechnete Ziffer der PSG auf (p-Wert<0,001; Cramers V=0,068). Bei denjenigen ohne Erstkontakt waren es 58% (PräZ) bzw. 57% (PostZ) (p-Wert<0,001; Cramers V=0,066). Mindestens eine abgerechnete Ziffer der PSYTG lagen für 25% (PräZ) bzw. 24% (PostZ) der Versicherten im Beobachtungszeitraum vor (p-Wert<0,001; Phi=0,010). 	<p>Anhang 2 Tabelle 38 Tabelle 41 Tabelle 44</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Bezogen auf Versicherte mit Erstkontakt wiesen 49% (PräZ) bzw. 43% (PostZ) mindestens eine abgerechnete Ziffer der PSYTG auf (p-Wert<0,001; Cramers V=0,070); bei Versicherten ohne Erstkontakt waren es 20% (PräZ) bzw. 19% (PostZ) (p-Wert<0,001; Cramers V=0,072). <p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens eine abgerechnete Ziffer PSG hatten 47% (PräZ) bzw. 46% (PostZ) aller KJ mit Depressionsdiagnose (p-Wert n.s.; Phi=0,016). • Bezogen auf Versicherte mit Erstkontakt erhielten 49% (PräZ) bzw. 46% (PostZ) mindestens eine abgerechnete Ziffer der PSG (p-Wert n.s.; Cramers V=0,025). Bei denjenigen ohne Erstkontakt waren es 46% (PräZ) bzw. 45% (PostZ) (p-Wert n.s.; Cramers V=0,013). • Statistisch signifikanter, aber nicht korrelierter Unterschied hinsichtlich der Erkrankungsschwere und der Inanspruchnahme von PSG (p-Wert<0,001; Cramers V=0,060). • Mindestens eine abgerechnete Ziffer der PSYTG lagen für 48% (PräZ) bzw. 42% (PostZ) der Versicherten im Beobachtungszeitraum vor (p-Wert<0,001; Phi=0,053). • Der Anteil an Versicherten bezogen auf diejenigen mit Erstkontakt mit mindestens einer abgerechneten Ziffer der PSYTG lag bei 63% (PräZ) bzw. 51% (PostZ) (p-Wert<0,001; Cramers V=0,116); bei Versicherten ohne Erstkontakt bei 37% (PräZ) bzw. 32% (PostZ) (p-Wert<0,001; Cramers V=0,056). 	<p>Anhang 3 Tabelle 36 Tabelle 38 Tabelle 39 Tabelle 42</p>
<p>Einbindung der Primärversorger</p>	<p>EW mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Mittel lagen über die gesamte Kohorte pro Versicherten im PräZ 5,33 hausärztliche Behandlungsfälle (Median 5) und im PostZ 5,65 hausärztliche Behandlungsfälle (Median 5) vor (p-Wert<0,001; Cramers V=0,106). • Die Mehrheit der Versicherten beider Kohorten wurde kontinuierlich hausärztlich versorgt. • Allerdings ging aus den Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen unterschiedlicher Arztgruppen nicht hervor, inwieweit hier eine Einbindung der Primärversorger (im Sinne eines Austauschs) in die psychotherapeutische Versorgung erfolgte. • Versicherte, deren Indexdiagnose durch Primärversorger gestellt wurde, erhielten deutlich häufiger Leistungen im Rahmen der PSG, als Versicherte deren Indexdiagnose durch PTE gestellt wurde. Im PräZ wurden Leistungen der PSG bei 63% der Versicherten abgerechnet, die ihre Indexdiagnose durch Primärversorger erhalten haben, bzw. 68% (Indexdiagnose durch andere Facharzt- 	<p>Anhang 2 Tabelle 11 Tabelle 39</p>

	<p>gruppe) vs. 45% (Indexdiagnose durch PTE) im PostZ jeweils 62% bzw. 68%. vs. 44% (p-Wert<0,001; Cramers V=0,021).</p>	
	<p>EW mit psychischen Erkrankungen (Befragung der Primärversorger):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der direkte fallbezogene Austausch mit behandelnden EPT wird im Mittel nicht als gut funktionierend eingestuft (MW 2,23/SD 1,017; 1=stimme gar nicht zu bis 5=stimme voll zu). • Zudem nahmen die Primärversorger im Erwachsenenbereich allenfalls eingeschränkt wahr, dass die Reform der PT-RL zu einer Verbesserung der Kooperation und Kommunikation zwischen Primärversorgern und EPT geführt hat. (MW 2,09/SD 0,856; 1=stimme gar nicht zu bis 5=stimme voll zu). 	<p>Anhang 5 Tabelle 40</p>
	<p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Mittel wurden über die gesamte Kohorte 3,09 hausärztliche Behandlungsfälle im PräZ (Median 3) und 2,89 im PostZ (Median 3) dokumentiert (p-Wert n.s.; Cramers V=0,049). Außerdem lagen im Mittel über die gesamte Kohorte 1,59 Behandlungsfälle bei Kinder- und Jugendmedizinern im PräZ (Median 0) und 1,62 Behandlungsfälle im PostZ (Median 1) pro Kind/ Jugendlichen vor (p-Wert<0,05; Cramers V=0,049). • Die Mehrheit der KJ beider Kohorten wurde durch Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendmediziner versorgt. • Allerdings ging aus den Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen unterschiedlicher Arztgruppen nicht hervor, inwieweit hier eine Einbindung der Primärversorger in die psychotherapeutische Versorgung (im Sinne eines Austauschs) erfolgte. • KJ, deren Indexdiagnose durch Hausärzte gestellt wurde, erhielten deutlich häufiger Leistungen im Rahmen der PSG, als Versicherte deren Indexdiagnose durch differentialdiagnostisch geschulte Fachgruppen gestellt wurde. Es erhielten jeweils im PräZ 67% (Hausärzte), 60% (sonstige Facharztgruppen), 43% (Kinder- und Jugendmediziner), 35% (PTE) und 34% (PTKJ) und im PostZ 68% (Hausärzte), 66% (sonstige Fachärzte), 44% (Kinder- und Jugendmediziner), 42% (PTE) und 32% (PTKJ) mindestens eine Leistung der PSG (p-Wert n.s.; Cramers V=0,038). 	<p>Anhang 3 Tabelle 11 Tabelle 37</p>
	<p>KJ mit psychischen Erkrankungen (Befragung der Primärversorger):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittlich stimmten die Primärversorger allenfalls teilweise zu, dass der direkte fallbezogene Austausch mit behandelnden KJPT gut funktioniert (MW 2,66/SD 1,179; 1=stimme gar nicht zu bis 5=stimme voll zu). 	<p>Anhang 5 Tabelle 79</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Durchschnittlich stimmten die Primärversorger im Kinder- und Jugendbereich lediglich teilweise zu, dass die Reform der PT-RL zu einer Verbesserung der Kooperation und Kommunikation zwischen Primärversorgern und KJPT führte (MW 2,94/SD 1,643; 1=stimme gar nicht zu bis 5=stimme voll zu). 	
Primäre und sekundäre Outcome-Parameter (Zugang und Behandlungsverlauf)		
Häufigkeit der Arztbesuche (ohne psychotherapeutische Leistungen) (PO Zugang/ PO Behandlungsverlauf KJ)	EW mit Depressionsdiagnose: Im PräZ war die durchschnittliche Anzahl an somatischen Arztkontakten, bezogen auf die Anzahl von Behandlungsfällen, mit 14 Arztkontakten je Versicherten geringfügig (1,5 Arztkontakte) aber statistisch signifikant niedriger als im PostZ mit 16 Arztkontakten je Versicherten (p-Wert<0,001; Eta=0,093). Im PostZ wurden allerdings Behandlungsfälle der ptS mitgezählt.	Anhang 2 Tabelle 46; vgl. hierzu methodisches Vorgehen Anhang 1 und Limitationen
	KJ mit Depressionsdiagnose: In beiden Zeiträumen fanden durchschnittlich ca. 11 somatische Arztkontakte je Versicherten statt (p-Wert n.s.; Eta=0,072). Auch in einer getrennten Untersuchung nach Versicherten mit und ohne Erstkontakt zeigen sich keine Unterschiede zwischen der Kohorte im PräZ und der Kohorte im PostZ. Im PostZ wurden allerdings Behandlungsfälle der ptS mitgezählt.	Anhang 3 Tabelle 44; vgl. hierzu methodisches Vorgehen Anhang 1 und Limitationen
KH-Aufenthalte mit Depressionsdiagnose (SO)	EW mit Depressionsdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> In beiden Jahren betrug die mittlere Anzahl der stationären Aufenthalte, aufgrund von Depressionen, in der gesamten Studienpopulation 0,04 (p-Wert<0,05; Eta=0,007). Die durchschnittliche Anzahl der stationären Aufenthalte bezogen auf Versicherte mit Erstkontakt lag in beiden Kohorten (PräZ und PostZ) bei durchschnittlich 0,08 Aufenthalten wegen einer Depressionsdiagnose (n.s.) und bei 0,06 Aufenthalten mit einer anderen F-Diagnose als Hauptentlassungsdiagnose (n.s.). 	Anhang 2 Tabelle 12 Tabelle 51
	KJ mit Depressionsdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> Bezogen auf alle KJ lag ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Anzahl (p-Wert<0,001; Eta=0,049), aber nicht hinsichtlich der Dauer stationären Aufenthalte mit Depressionsdiagnosen, vor. Kinder und Jugendliche ohne Erstkontakt hatten durchschnittlich 0,1 (PräZ) bzw. 0,2 (PostZ) vollstationäre Aufenthalte wegen einer Depressionsdiagnose (p- 	Anhang 3 Tabelle 12 Tabelle 47

	Wert<0,05; Eta=0,054) sowie 0,1 (PräZ und PostZ) vollstationäre Aufenthalte mit einer anderen F-Diagnose als Hauptentlassungsdiagnose (n.s.). Für Kinder und Jugendliche mit einem Erstkontakt zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Zeitraum vor und nach der Reform.	
Morbidität (SO)	EW mit Depressionsdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> Für knapp die Hälfte der Versicherten mit Erstkontakt konnte sowohl im PräZ als auch in PostZ keine Veränderung des Schweregrads der Indexdiagnose im Vergleich zum Schweregrad bei psychotherapeutischem Erstkontakt festgestellt werden (PräZ: 47%; PostZ: 49%; p-Wert<0,001; Cramers V=0,055). Ebenfalls bei etwa der Hälfte der Versicherten mit erster Therapieleistung konnte in beiden Zeiträumen keine Veränderung des Schweregrads zwischen Indexdiagnose und der ersten Therapieleistung festgestellt werden (PräZ: 48%; PostZ: 51%; p-Wert<0,001; Cramers V=0,060). 	Anhang 2 Tabelle 52
	KJ mit Depressionsdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> Sowohl im PräZ als auch im PostZ hat sich bei etwa der Hälfte der Versicherten mit Erstkontakt der Schweregrad von der Indexdiagnose zum Erstkontakt nicht verändert (PräZ 53%; PostZ 54%; %; p-Wert<0,05; Cramers V=0,049). Im PräZ sowie im PostZ blieb der dokumentierte Schweregrad der Depressionsdiagnose zwischen Indexdiagnose und erster Therapieleistung konstant (jeweils 57%; p-Wert n.s.; Cramers V=0,065). 	Anhang 3 Tabelle 48
AU-Zeiten (nur EW) (SO)	EW mit Depressionsdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> Statistisch signifikante Unterschiede zwischen PräZ und PostZ zeigen sich für AU-Tage gesamt (p-Wert<0,001; Eta=0,041), AU-Tage wegen Depressionsdiagnose (p-Wert<0,001; Eta=0,039) und AU-Tage wegen anderer F-Diagnosen (p-Wert<0,001; Eta=0,034), wobei sich eine längere durchschnittliche AU-Dauer im PostZ zeigte (bezogen auf Versicherte mit mind. 1 AU-Bescheinigung). Die höchsten durchschnittlichen AU-Tage zeigen sich für Versicherte mit AU-Bescheinigungen wegen Depressionsdiagnose. 	Anhang 2 Tabelle 16

6.2.2. Ergebnisse zu Forschungsfrage 3

Tabelle 10: Aggregierte Ergebnisse zu Fragestellung 3

Kriterien:	Wie wird die Reform umgesetzt?	Bezug
Erbrachte neue Leistungen/ Inanspruchnahme	EW in der vertragsärztlichen Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> Insgesamt wurden im Rahmen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung im Jahr 2018 4.929.236, im Jahr 2019 5.375.167 und im Jahr 2020 5.321.256 Leistungen der <u>ptS</u> abgerechnet. PtS wurden überwiegend durch psychologische EPT erbracht (2018: 72%; 2020: 73%). Ärztliche EPT sowie Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbrachten ca. 11% bzw. 8% der ptS. Psychiater und Fachärzte für Nervenheilkunde erbrachten ca. 6% bzw. 2 % der Leistungen der ptS. EPT, die überwiegend Verhaltenstherapien (VT) durchführten, erbrachten mehr als die Hälfte der abgerechneten ptS, mit steigender Tendenz (2018: 55%; 2020: 58%). Rückläufig waren Abrechnungen der ptS durch EPT, die überwiegend tiefenpsychologisch fundierte Therapien (TP) (2018: 32%; 2020: 29%) sowie TP + analytische Therapien (AP) (2018: 7% vs. 2020: 6%) durchführten. Dieser Trend spiegelt sich auch in den entsprechenden Vollzeitäquivalenten wider (zum Vergleich Anteil der Therapieverfahren an allen Vollzeitäquivalenten: 2018 48% ausschließlich VT, 31% ausschließlich TP, 17% AP + TP, 4% sonstige Kombinationen, <5 ausschließlich AP; 2020: 52% ausschließlich VT, 29% ausschließlich TP, 16% AP und TP, 3% sonstige Kombinationen, <5 ausschließlich AP). 	Anhang 4 Tabelle 5 Tabelle 6 Abbildung 1; vgl. Limitationen
	EW in der vertragsärztlichen Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> Insgesamt wurden im Rahmen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung im Jahr 2018 1.925.502 Leistungen im Rahmen der <u>ptA</u> abgerechnet. Diese Anzahl stieg im Folgejahr auf 2.218.789 Leistungen an und fiel 2020 auf 2.089.281 Leistungen ab. Leistungen der ptA wurden überwiegend durch psychologische EPT (2018: 74%; 2020: 77%) erbracht. EPT, die überwiegend VT durchführten, erbrachten mehr als die Hälfte der abgerechneten Leistungen der ptA (2018: 51%; 2020: 55%). Ca. ein Drittel der ptA wurden durch EPT erbracht, die überwiegend TP (2018: 35% vs. 2020: 32%) abrechneten. EPT, die AP abrechneten, erbrachten im Jahr 2018 9% bzw. 2020 7% der ptA. 	Anhang 4 Tabelle 8 Tabelle 7; vgl. Limitationen

	<p>EW mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% aller Versicherten erhielten im Beobachtungszeitraum mind. eine ptS; diejenigen mit ptS erhielten im Durchschnitt (\emptyset) 2,4 Sitzungen (Leistungen der ptS sind auf 50 Minuten normiert) • 2% aller Versicherten erhielten im Beobachtungszeitraum mind. eine ptA; diejenigen mit ptA erhielten im Durchschnitt 6,7 Sitzungen (Leistungen der ptA sind auf 50 Minuten normiert) • 10% aller Versicherten erhielten im Beobachtungszeitraum mind. eine KZT1 Sitzung; diejenigen mit KZT1 erhielten im Durchschnitt 8,8 Sitzungen • 5% aller Versicherten erhielten im Beobachtungszeitraum mind. eine KZT2-Sitzung; diejenigen mit KZT2 erhielten im Durchschnitt 7,0 Sitzungen 	Anhang 2 Tabelle 53
	<p>KJ in der vertragsärztlichen Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt wurden im Rahmen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung im Jahr 2018 1.323.536, im Jahr 2019 1.479.682 und im Jahr 2020 1.444.583 Leistungen der ptS abgerechnet. • PtS wurden überwiegend durch KJPT erbracht (2018: 82%; 2020: 81%). Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie erbrachten knapp ein Fünftel der ptS (2018: 18%; 2020 19%). Andere Fachgruppen sind nahezu gar nicht an der Erbringung der ptS für KJ beteiligt. • Der Anteil abgerechneter ptS von KJPT, die vorwiegend VT durchführen, lag bei über der Hälfte der erbrachten Leistungen der ptS (2018: 54%; 2020: 55%). KJPT, die überwiegend TP (2018: 25%; 2020: 24%) oder TP und AP (2018: 10% vs. 2020: 8%) durchführten, machen einen deutlich geringeren Anteil der erbrachten ptS aus • Zum Vergleich Anteil der Therapieverfahren an allen Vollzeitäquivalenten: 2018 46% ausschließlich VT, 24% ausschließlich TP, 29% AP und TP, 0,7% sonstige Kombinationen, 0,1% ausschließlich AP; 2020: 50% ausschließlich VT, 23% TP, 26% AP + TP, 0,8% sonstige Kombinationen, 0,2% ausschließlich AP. 	Anhang 4 Tabelle 5 Tabelle 6 Abbildung 2; vgl. Limitationen
	<p>KJ in der vertragsärztlichen Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt wurden im Rahmen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung im Jahr 2018 172.356 Leistungen im Rahmen der ptA abgerechnet. Diese Anzahl stieg im Folgejahr auf 212.837 Leistungen an und fiel 2020 auf 208.304 Leistungen ab. • Die ptA wurde überwiegend durch die Fachgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (2018: 91%; 2020: 90%) erbracht. 	Anhang 4 Tabelle 7 Tabelle 8; vgl. Limitationen

	<ul style="list-style-type: none"> KJPT, die überwiegend VT durchführten, erbrachten mehr als die Hälfte der abgerechneten Leistungen im Rahmen der ptA (2018: 51%; 2020: 54%). Ca. ein Viertel der ptA wurden durch KJPT erbracht, die überwiegende TP (2018: 26%; 2020: 25%) abrechneten. KJPT, die TP und AP abrechneten, erbrachten im Jahr 2018 15% bzw. im Jahr 2020 12% der ptA. 	
	<p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> 46% aller Versicherten erhielten im Beobachtungszeitraum mind. eine ptS; diejenigen mit ptS erhielten im Durchschnitt 3,8 Sitzungen (Leistungen der ptS sind auf 50 Minuten normiert) 5% aller Versicherten erhielten im Beobachtungszeitraum mind. eine ptA; diejenigen mit ptA erhielten im Durchschnitt 7,3 Sitzungen (Leistungen der ptA sind auf 50 Minuten normiert) 25% aller Versicherten erhielten im Beobachtungszeitraum mind. eine KZT1 Sitzung; diejenigen mit KZT1 erhielten im Durchschnitt 10,8 Sitzungen 15% aller Versicherten erhielten im Beobachtungszeitraum mind. eine KZT2-Sitzung; diejenigen mit KZT2 erhielten im Durchschnitt 9,0 Sitzungen 	Anhang 3 Tabelle 49; vgl. methodisches Vorgehen Anhang 1
ptS bei mehreren PT	<p>EW in der vertragsärztlichen Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> EW, die mindestens eine ptS in Anspruch genommen haben, nehmen weitüberwiegend (96%) innerhalb von 4 Quartalen weitere ptS in Anspruch. Die Mehrheit der EW mit mehreren ptS, nimmt diese bei nur einem EPT wahr (2018: 80%; 2020: 79%). 15% (2018) bzw. 16% (2020) suchten zur ptS zwei unterschiedliche EPT auf. Eine Minderheit (2018: 5% bzw. 2020: 6%) nimmt die ptS bei drei oder mehr EPT in Anspruch. 	Anhang 4 Abbildung 15, Tabelle 10
	<p>KJ in der vertragsärztlichen Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Überwiegend werden auch von Kindern und Jugendlichen, die eine ptS in Anspruch genommen haben, innerhalb von 4 Quartalen weitere ptS in Anspruch genommen (97%). Die Mehrheit der KJ mit mehreren ptS, nimmt diese bei demselben KJPT wahr (2018: 85%; 2020: 84%). 13% (2018 und 2020) nehmen dabei zwei unterschiedliche KJPT in Anspruch. Eine Minderheit 2% (2018) bzw. 3% (2020) nimmt die ptS bei drei und mehr KJPT in Anspruch. 	Anhang 4 Abbildung 17, Tabelle 11
Organisatorische Aspekte der ptS	<p>EW mit psychischen Erkrankungen (Befragung der EPT):</p> <ul style="list-style-type: none"> Die ptS wurde überwiegend (98%) nur nach vorheriger Terminvergabe durchgeführt. Nur 3% der EPT bot eine offene Sprechstunde zu festgelegten Zeiten an. 	Anhang 5 Tabelle 7

	<ul style="list-style-type: none"> In Bezug auf die Anzahl von ptS pro Woche geben 30% der EPT an, zwischen 50-100 Minuten pro Woche anzubieten. Rund 23% boten 50 Minuten pro Woche und 15% weniger als 50 Minuten an, 17% boten 100 Minuten pro Woche und 15% mehr als 100 Minuten an. Hier gibt es jedoch Unterschiede je nach Versorgungsauftrag. Die überwiegende Mehrheit der EPT (73%) boten ptS an, obwohl keine Kapazitäten für eine anschließende RL-T vorhanden waren. 	
	<p>KJ mit psychischen Erkrankungen (Befragung der KJPT):</p> <ul style="list-style-type: none"> Die ptS wurde überwiegend (97%) nur nach vorheriger Terminvergabe durchgeführt. Lediglich 9% boten diese als offene Sprechstunden zu festgelegten Zeiten an. In Bezug auf die Anzahl von ptS pro Woche geben 27% der KJPT an, zwischen 50-100 Minuten pro Woche anzubieten. Rund 22% boten 50 Minuten pro Woche und 13% weniger als 50 Minuten an, 14% boten 100 Minuten und 25% mehr als 100 Minuten an. Drei Viertel (75%) der KJPT boten ptS auch an, wenn keine Kapazitäten für eine anschließende RL-T vorhanden waren. 	Anhang 5 Tabelle 50
Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme der neuen Bausteine	<p>EW mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> PtS: Einen statistisch signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) mit gering ausgeprägtem Zusammenhang auf die Inanspruchnahme einer ptS haben das Alter der Patienten und die Fachgruppe, welche die Indexdiagnose stellte. <ul style="list-style-type: none"> Knapp zwei Drittel (64%; $n=16.856$) der Versicherten, die mindestens eine ptS hatten, nahmen im Anschluss psychotherapeutische Therapieleistungen wahr. 43% der Versicherten mit mindestens einer ptS erhielten im Anschluss eine KZT1, 10% eine ptA, 2% eine Gruppentherapie (KZT/LZT), 6% eine LZT und 36% keine weiteren Leistungen nach der ptS. KZT1: Bei Versicherten, die nach ptS eine KZT1 in Anspruch nahmen, hatte das Alter, das Geschlecht, der Schweregrad der Depressionsdiagnose im Behandlungsfall der ptS und die Fachgruppe, die die Indexdiagnose gestellt hat, einen statistisch signifikanten Einfluss ($p < 0,001$). <ul style="list-style-type: none"> Die höchste Inanspruchnahme der KZT 1 hatte die Altersgruppe der 31-40-Jährigen mit 45%, die niedrigste dies er 81-90-Jährigen mit 25% ($p\text{-Wert} < 0,001$). Männer erhalten mit 39% seltener KZT1 als Frauen mit 45% ($p\text{-Wert} < 0,001$). 	Anhang 2 Tabelle 58 Tabelle 59

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 46% der leicht, 49% der mittelgradig, 36% der schwer und 24% der sehr schwer Erkrankten erhielten KZT1 nach der ptS (p-Wert<0,001). ○ 50% der Patienten vom PTE/PTKJ, 38% vom HA, 34% von sonstigen Fachärzten und 40% aus dem stationären/ambulanten Krankenhausbereich haben nach der ptS KZT1 erhalten (p-Wert<0,001). ● ptA: Der Schweregrad der Depressionsdiagnose im Behandlungsfall der ptS und die Fachgruppe, die die Indexdiagnose gestellt hat, haben einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme der ptA nach der ptS. <ul style="list-style-type: none"> ○ 9% der leicht, 11% der mittelgradig, 12% der schwer und 7% der sehr schwer Erkrankten erhielten ptA nach der ptS (p-Wert<0,001). ○ 11% der Patienten vom PTE/PTKJ, 9% vom HA, 8% von sonstigen Fachärzten und 9% aus dem stationären/ambulanten Krankenhausbereich haben nach der ptS eine ptA erhalten (p-Wert<0,001). ● Gruppentherapie: Jüngere Altersklassen fingen häufiger eine Gruppentherapie im Anschluss an eine ptS an. Bei der Einordnung ist zu berücksichtigen, dass insgesamt nur 575 Versicherte eine Gruppentherapie im Anschluss an eine ptS begonnen haben. Auch der Schweregrad der Depressionsdiagnose im Behandlungsfall der ptS und die Fachgruppe, die die Indexdiagnose gestellt hat, haben einen statistisch signifikanten Einfluss zugunsten derjenigen mit mittlerem oder schwerem Schweregrad und einer Indexdiagnose aus dem stationären Bereich bzw. beim PTE. <ul style="list-style-type: none"> ○ Die höchste Inanspruchnahme der Gruppentherapie hatte die Altersgruppe der 21-30-Jährigen mit 3%, die niedrigste die der 71-80-Jährigen und 81-90-Jährigen mit jeweils 1% (p-Wert<0,05). ○ 2% der leicht, 3% der mittelgradig, 3% der schwer und 2% der sehr schwer Erkrankten erhielten Gruppentherapie nach der ptS (p-Wert<0,001). ○ 3% der Patienten vom PTE/PTKJ, 2% vom HA, 2% von sonstigen Fachärzten und 3% aus dem stationären/ambulanten Krankenhausbereich haben nach der ptS Gruppentherapie erhalten (p-Wert<0,001). ● Keine weiteren psychotherapeutischen Leistungen: Ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht für das Alter, das Geschlecht, den Schweregrad der Depressionsdiagnose im Behandlungsfall der ptS und die Fachgruppe, die die Indexdiagnose gestellt hat. <ul style="list-style-type: none"> ○ Je älter die Versicherten sind, desto größer der Anteil, der keine weiteren Leistungen erhält (21-30-Jährige 36%; 81-90-Jährige 57%; p-Wert<0,001). 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Männer erhalten mit 39% häufiger keine weiteren Leistungen als Frauen mit 34% (p-Wert<0,001). ○ 33% der leicht, 29% der mittelgradig, 42% der schwer und 59% der sehr schwer Erkrankten erhielten keine weiteren Leistungen nach der ptS (p-Wert<0,001). ○ 27% der Patienten vom PTE/PTKJ, 42% vom HA, 45% von sonstigen Fachärzten und 38% aus dem stationären/ambulanten Krankenhausbereich haben nach der ptS keine weiteren Leistungen erhalten (p-Wert<0,001). 	
	<p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ptS: Die Fachgruppe, die die Indexdiagnose gestellt hat, weist einen signifikanten Zusammenhang zur Inanspruchnahme einer ptS auf. Förderlich wirkt sich aus, wenn die Indexdiagnose durch einen PTKJ gestellt wurde. Die Altersgruppe, der Schweregrad der Indexdiagnose und das Geschlecht weisen jeweils einen signifikanten aber gering ausgeprägten Zusammenhang auf. <ul style="list-style-type: none"> ○ Es nahmen 65% (n=1.693) derjenigen, die im Vorfeld eine ptS besuchen, weitere psychotherapeutische Therapieleistungen wahr. ○ 62% Versicherten mit mindestens einer ptS erhielten im Anschluss eine Probatorik, 44% eine KZT1, 9% erhielten eine ptA, 10% eine LZT, 2% erhielten im Anschluss eine Gruppentherapie, 35% erhielten keine weiteren psychotherapeutischen Leistungen. ● KZT1: Der Schweregrad der Depressionsdiagnose im Behandlungsfall der ptS weist einen signifikanten Zusammenhang zur Inanspruchnahme einer KZT1 im Anschluss an die ptS zugunsten derjenigen mit leichten Depressionsdiagnosen auf. Aber es besuchten auch 22% ohne gesicherte F-Diagnose im Behandlungsfall der ptS eine KZT1 im Anschluss. Förderlich wirkt sich zudem aus, wenn die Indexdiagnose durch einem PTKJ gestellt wird. <ul style="list-style-type: none"> ○ 53% der leicht, 46% der mittelgradig, 38% der schwer und 25% der sehr schwer Erkrankten erhielten KZT1 nach der ptS (p-Wert<0,001). ○ 50% der Patienten vom PTE/PTKJ, 39% vom HA, 37% von sonstigen Fachärzten und 40% aus dem stationären/ambulanten Krankenhausbereich haben nach der ptS KZT1 erhalten (p-Wert<0,001). ● ptA: Der Schweregrad der Depressionsdiagnose im Behandlungsfall der ptS und die Fachgruppe, die die Indexdiagnose gestellt hat, haben einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme der ptA nach der ptS, allerdings jeweils nur mit geringem Effekt. Alle anderen 	<p>Anhang 3 Tabelle 54 Tabelle 55</p>

	<p>untersuchten Variablen weisen keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme auf.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 10% der leicht, 12% der mittelgradig, 13% der schwer und 25% der sehr schwer Erkrankten erhielten ptA nach der ptS (p-Wert<0,001). ○ 11% der Patienten vom PTE/PTKJ, 8% vom HA, 3% von sonstigen Fachärzten und 9% aus dem stationären/ambulanten Krankenhausbereich haben nach der ptS keine weiteren Leistungen erhalten (p-Wert<0,05). <ul style="list-style-type: none"> ● Gruppentherapie: Keine der untersuchten Variablen hat einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme der Gruppentherapie nach der ptS. ● Keine weiteren Leistungen: Der Schweregrad der Depressionsdiagnose im Behandlungsfall der ptS sowie die Fachgruppe, die die Indexdiagnose gestellt hat, haben einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme keiner weiteren Leistungen. <ul style="list-style-type: none"> ○ 24% der leicht, 31% der mittelgradig, 41% der schwer und 25% der sehr schwer Erkrankten erhielten keine weiteren Leistungen nach der ptS (p-Wert<0,001). ○ 27% der Patienten vom PTE/PTKJ, 41% vom HA, 51% von sonstigen Fachärzten und 38% aus dem stationären/ambulanten Krankenhausbereich haben nach der ptS keine weiteren Leistungen erhalten (p-Wert<0,001). 	
<p>Patientenpfad ptS - ptA</p>	<p>EW in der vertragsärztlichen Versorgung:</p> <p>Versicherte, die erstmalig eine Sprechstunde und im Anschluss eine ptA erhalten haben, erhielten diese in folgenden zeitlichen Abständen:</p> <p>die ptA findet am ehesten im selben Quartal der letzten Sprechstunde (2018: 4%; 2020: 4%) statt.</p>	<p>Anhang 4 Abbildung 19</p>
	<p>EW mit Depressionsdiagnose:</p> <p>Im Beobachtungszeitraum wechselten 2.168 Versicherte (2% der gesamten Kohorte) von der ptS in eine ptA (Ø 21 Tage).</p>	<p>Anhang 2 Tabelle 57</p>
	<p>EW mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Im Beobachtungszeitraum wiesen 4% der Versicherten mit Erstkontakt den idealtypischen Behandlungspfad ptS - ptA – keine weiteren psychotherapeutischen Leistungen auf. Durchschnittlich dauerte es in diesem Pfad Ø 57 Tage mit 2,5 Sitzungen (Leistungen der ptS sind auf 50 Minuten normiert) bis zur ersten Sitzung der ptA. ● 2% der Versicherten mit Erstkontakt wiesen den idealtypischen Behandlungspfad ptS – ptA – Probatorik auf. Durchschnittlich dauerte es in diesem Pfad Ø 37 Tage 	<p>Anhang 2 Abbildung 2</p>

	mit 2,7 Sitzungen (Leistungen der ptS sind auf 50 Minuten normiert) bis zur ersten Sitzung der ptA.	
	<p>KJ in der vertragsärztlichen Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unter Kindern und Jugendlichen, die erstmalig eine ptS erhalten haben, zeigen sich in Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung unterschiedliche einander ausschließende Patientenzugänge, von denen einige auch eine ptA beinhalten: <ul style="list-style-type: none"> ○ die ptA am ehesten im selben Quartal der letzten Sprechstunde (2018: 2%; 2020: 2%). 	Anhang 4 Abbildung 20
	<p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <p>Im Beobachtungszeitraum wechselten 183 KJ (3% der gesamten Kohorte) von der ptS in eine ptA (Ø 19 Tage)</p>	Anhang 3 Tabelle 53
	<p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Beobachtungszeitraum wiesen 3% der KJ mit Erstkontakt den idealtypischen Behandlungspfad ptS - ptA – keine weiteren psychotherapeutischen Leistungen auf. Durchschnittlich dauerte es in diesem Pfad Ø76 Tage mit 4 Sitzungen (Leistungen der ptS sind auf 50 Minuten normiert) bis zur ersten Sitzung der ptA. • 2% der Versicherten mit Erstkontakt wiesen den idealtypischen Behandlungspfad ptS – ptA – Probatorik auf. Durchschnittlich dauerte es in diesem Pfad Ø 45 Tage mit 4 Sitzungen (Leistungen der ptS sind auf 50 Minuten normiert) bis zur ersten Sitzung der ptA. 	Anhang 3 Abbildung 2
Wechsel von ptS in ptA im Vergleich zum Wechsel ptS in RL-T	<p>EW mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwischen der ersten ptS und erster RL-Therapieleistung lagen im Durchschnitt 100 Tage (Median: 80 Tage). Der durchschnittliche Abstand zwischen der ersten ptS und ersten Leistung der ptA betrug 65,8 Tage (Median: 43 Tage). Damit ist der Abstand um 33,7 Tage kürzer als der zwischen ptS und einer RL-Therapieleistung. • Versicherte, die nach ptS direkt eine ptA erhielten (n=2.168), nahmen diese durchschnittliche nach 21 Tagen (Median: 13 Tage) wahr 	Anhang 2 Tabelle 30 Tabelle 57
	<p>EW mit Depressionsdiagnose:</p> <p>Im Beobachtungszeitraum wiesen 32% der Versicherten mit Erstkontakt den idealtypischen Behandlungspfad ptS – Probatorik – KZT1 auf. Nach der letzten ptS dauerte der Wechsel im Durchschnitt 61 Tage bis zur ersten KZT1 Leistung mit 3 ptS (auf 50 Minuten normiert) und 3 probatorischen Sitzungen.</p>	Anhang 2 Abbildung 2
	<p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwischen der ersten ptS und erster RL-Therapieleistung lagen im Durchschnitt 106,4 Tage (Median: 89,5 Tage). Der durchschnittliche Abstand zwischen ptS und 	Anhang 3 Tabelle 28 Tabelle 53

	<p>erster Leistung der ptA betrug 87,1 Tage (Median: 58 Tage), damit ist der Abstand um 19,3 Tage kürzer als der zwischen Erstkontakt und einer RL-Therapieleistung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • KJ, die nach ptS direkt eine ptA erhielten (n=183), nahmen diese durchschnittliche nach 19 Tagen (Median: 10 Tage) wahr. 	
	<p>KJ mit Depressionsdiagnose:</p> <p>Im Beobachtungszeitraum wiesen 30% der KJ mit Erstkontakt den idealtypischen Behandlungspfad ptS – Probatorik – KZT1 auf. Nach der letzten ptS dauerte der Wechsel im Durchschnitt 58 Tage bis zur ersten KZT1 Leistung mit durchschnittlich 4 ptS (auf 50 Minuten normiert) und 3 probatorischen Sitzungen.</p>	Anhang 3 Abbildung 2
Einschätzung zu bedarfsgerechter Steuerung	<p>EW mit psychischen Erkrankungen (Befragung der EPT):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die befragten EPT stimmen eher zu, dass sie sich im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit auch als Versorger im Sinne einer angemessenen Steuerung der Behandlung psychischer Erkrankungen verstehen (MW 3,84/SD 0,835). • Gleichzeitig wurde eher nicht zugestimmt, dass eine Verbesserung der bedarfsgerechten Patientensteuerung durch die Einführung der ptS erfolgt ist (MW 2,16/SD 0,946). 	Anhang 5 Tabelle 42 Tabelle 9
	<p>KJ mit psychischen Erkrankungen (Befragung der KJPT):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die befragten KJPT stimmen zu, dass sie sich im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit auch als Versorger im Sinne einer angemessenen Steuerung der Behandlung psychischer Erkrankungen verstehen (MW 3,83/SD 0,906). • Die befragten KJPT stimmten eher nicht zu, dass es durch die ptS zu einer Verbesserung der bedarfsgerechten Steuerung der Patienten durch sie gekommen ist (MW 2,44/SD 1,035). 	Anhang 5 Tabelle 81 Tabelle 52
Die Umsetzung der neuen Elemente aus Perspektive der Patienten	<p>EW mit psychischen Erkrankungen (Befragung der Patienten):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefonische Erreichbarkeitszeiten: Mehrheitlich waren die Patienten mit der telefonischen Erreichbarkeit zufrieden (25% eher zufrieden; 23% sehr zufrieden). Rund 14% bzw. 13% der Patienten waren eher bzw. sehr unzufrieden. • PtS: Mit verschiedenen Aspekten der ptS waren die Patienten überwiegend zufrieden. Sehr zufrieden zeigten sich Patienten mit der Zuwendung des Therapeuten (65%), den erhaltenen Informationen (53%), der Unterstützung bei den empfohlenen Maßnahmen (49%) und der ptS insgesamt (57%). Lediglich ein kleiner Teil der Patienten war sehr unzufrieden mit der Unterstützung 	Anhang 5 Tabelle 34 Tabelle 13 Tabelle 20 Tabelle 21

	<p>bei den empfohlenen Maßnahmen (5%), der zur Verfügung stehenden Zeit (3%) und den erhaltenen Informationen (4%).</p> <ul style="list-style-type: none"> • RL-T: In Bezug auf ihre aktuelle Therapie sind die Patienten sehr zufrieden mit dem Vertrauensverhältnis (MW 4,59/SD 0,83), der Behandlungsart (MW 4,59/SD 0,84) und der Häufigkeit der Sitzungen (MW 4,35/SD 0,96). • Gruppentherapie: Insgesamt machten 38 bzw. 39 Patienten (11%) Angaben zur Zufriedenheit mit der Gruppentherapie und äußerten sich überwiegend eher oder sehr zufrieden. 	
	<p>KJ mit psychischen Erkrankungen (Befragung der Patienten):</p> <p>Der Rücklauf in der Befragung der KJ Patienten lag bei 30 Teilnehmenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefonische Erreichbarkeitszeiten: 21 Befragte beantworteten die Frage zur Zufriedenheit mit der telefonischen Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Praxen. Die Mehrheit war zufrieden (11 Befragte) bis sehr zufrieden (9 Befragte) mit der Erreichbarkeit. Sieben Personen äußerten gemischte Gefühle, während zwei Befragte sehr unzufrieden waren. • PtS: Die Fragen zur Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der ptS wurden von den KJ wie folgt beantwortet: Sehr zufrieden zeigten sich KJ mit der ptS insgesamt (18 von 24 Befragten), mit den erhaltenen Informationen (16 von 24 Befragten), der Unterstützung bei den empfohlenen Maßnahmen (12 von 23 Befragten) und mit der Zuwendung des/der Therapeuten (15 von 24 Befragten). • RL-T: Die KJ sind überwiegend sehr zufrieden. Lediglich hinsichtlich der Häufigkeit der Sitzungen und den zusätzlichen empfohlenen Maßnahmen war eine Minderheit von einer bzw. zwei Personen eher unzufrieden. • Gruppentherapie: Insgesamt machten nur drei der 30 KJ aktuell eine Gruppentherapie weitere 3 könnten sich eine Gruppentherapie gut vorstellen. 	<p>Anhang 5 Tabelle 73 Tabelle 56 Tabelle 60</p>
<p>Die Umsetzung der neuen Elemente aus Sicht der PT</p>	<p>EW mit psychischen Erkrankungen (Befragung der EPT):</p> <p>ptA</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPT bewerten die ptA als ein hilfreiches Instrument, um Patienten in akuten Krisen zu helfen (MW 3,79/SD 1,007) sehen aber auch, dass sie aufgrund von fehlenden Kapazitäten in der Praxis schwierig umzusetzen sei (MW 3,54/SD 1,164). 	<p>Anhang 5 (SB) Tabelle 83 Tabelle 84 Tabelle 85 Tabelle 86</p>

	<p>Rezidivprophylaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird nach Angabe der EPT von den Patienten gut angenommen (MW 3,84/SD 1,036) und kann ein sinnvolles Instrument für bestimmte Patientengruppen sein (z.B. chronische oder schwere psychische Erkrankungen). • Wird von einem Teil der EPT genutzt, um bei Bedarf Krisen abzufangen (MW 3,36 / SD 1,239). • Am häufigsten (63% der EPT) wurde als Hürde für die Anwendung der RP die Reduzierung der Anzahl der LZT-Stunden gesehen. <p>Zweiteilung der KZT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die EPT sehen durch die Zweiteilung der KZT überwiegend keinen Effekt dahingehend, dass mehr Patienten durch die Einführung der KZT 1 die RL-T nach 12 Therapiestunden beenden (MW 1,76/SD 0,986). • Auf der anderen Seite habe sich der Aufwand für die Antragstellung durch die Zweiteilung erhöht (MW 3,87SD 1,125) 	
	<p>KJ mit psychischen Erkrankungen (Befragung der KJPT):</p> <p>ptA</p> <ul style="list-style-type: none"> • KJPT bewerten die ptA als ein hilfreiches Instrument, um Patienten in akuten Krisen zu helfen (MW 3,82 / SD 1,06) sehen aber auch, dass sie aufgrund von fehlenden Kapazitäten in der Praxis schwierig umzusetzen sei (MW 3,30/SD 1,211) <p>Rezidivprophylaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird nach Angabe der KJPT von den Patienten gut angenommen (MW 3,44/SD 0,993) und kann ein sinnvolles Instrument für bestimmte Patientengruppen sein (z.B. chronische oder schwere psychische Erkrankungen). • Wird von einem Teil der KJPT genutzt, um bei Bedarf Krisen abzufangen (MW 3,23 / SD 1,180). • Am häufigsten (71% der KJPT) wurde als Hürde für die Anwendung der RP die Reduzierung der Anzahl der LZT-Stunden gesehen. <p>Zweiteilung der KZT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die KJPT sehen durch die Zweiteilung der KZT überwiegend keinen Effekt dahingehend, dass mehr Patienten durch die Einführung der KZT 1 die RL-T nach 12 Therapiestunden beenden (MW 1,93/SD 0,911) • Auf der anderen Seite habe sich der Aufwand für die Antragstellung durch die Zweiteilung erhöht (MW 3,51/SD 1,309) 	<p>Anhang 5 (SB) Tabelle 91 Tabelle 92 Tabelle 93 Tabelle 94</p>

TSS	EW in der vertragsärztlichen Versorgung:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung berechtigter Vermittlungswünsche: Zwischen den Jahren 2018 bis 2020 wurden überwiegend berechnete Vermittlungswünsche für ptS an die TSS gestellt. Bezogen auf alle Anfragen für den psychotherapeutischen Bereich entfielen 2018 95% auf die ptS, 5% auf die ptA und 1% auf die Probatorik. Bis zum Jahr 2020 stieg der Anteil der Anfragen zur Probatorik auf 7% und der Anteil Anfragen zur ptS sank auf 88%, während der Anteil der Anfragen zu ptA weiter bei 5% lag. • Ein Großteil der vermittlungsfähigen Anfragen wurde fristgerecht vermittelt. Dies war bei 86% (2018) bzw. 85% (2019) der Anfragen zur ptS und 84% (2018) bzw. 80% (2019) der Anfragen zur ptA der Fall. Für die Probatorik liegen lediglich Angaben für das Jahr 2019 vor, hier gab es 85% fristgerechte Vermittlungen. 	Anhang 4 Abbildung 23 Abbildung 25
	KJ in der vertragsärztlichen Versorgung:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung berechtigter Vermittlungswünsche: Zwischen den Jahren 2018 bis 2020 wurden überwiegend berechnete Vermittlungswünsche für ptS an die TSS gestellt. Bezogen auf alle Anfragen für den psychotherapeutischen Bereich entfielen 2018 95% auf die ptS, 4% auf die ptA und 1% auf die Probatorik. Bis zum Jahr 2020 stieg der Anteil der Anfragen zur Probatorik auf 6% und der Anteil Anfragen zur ptS sank auf 90%, während der Anteil der Anfragen zu ptA weiter bei 4% lag. <p>Angaben zur fristgerechten Vermittlung lagen für den Kinder und Jugendbereich nicht vor.</p>	Anhang 4 Abbildung 24
	EW mit psychischen Erkrankungen (Befragung der EPT):	
	<ul style="list-style-type: none"> • Die EPT waren insgesamt zufrieden mit der Zusammenarbeit mit der TSS (MW 3,30/SD 1,105) • Sie bewerteten die TSS nur teilweise als gut funktionierende zentrale Anlaufstelle (MW 2,63/SD 1,180). • Es wurde häufiger angegeben freie Termine für die ptS als für die ptA oder probatorische Sitzungen zu melden (ptS: MW 3,57/SD 1,314; ptA: MW 2,13/SD 1,325; Probatorik: MW 2,14/SD 1,317) 	Anhang 5
	KJ mit psychischen Erkrankungen (Befragung der KJPT):	
	<ul style="list-style-type: none"> • Die KJPT waren insgesamt weniger zufrieden mit der Zusammenarbeit mit der TSS als EPT (MW 2,91/SD 1,10). • Sie bewerteten die TSS nur teilweise als gut funktionierende zentrale Anlaufstelle. (MW 2,35/SD 1,091) • Es wurde häufiger angegeben freie Termine für die ptS als für die ptA oder probatorische Sitzungen zu melden (ptS: MW 3,08/SD 1,361; ptA: MW 2,25/SD 1,301; Probatorik: MW 2,27/SD 1,328) 	Anhang 5

6.3. Handlungsempfehlungen (Modul 4)

Ausgehend von den aggregierten Projektergebnissen wurden in diesem Modul zunächst die folgenden Zielkriterien definiert:

- Erhöhung der Transparenz zu Versorgungs- und Beratungsangeboten
- Optimierung der Versorgungselemente
- Verbesserung von Kooperationen im Behandlungsablauf
- Optimierte Nutzung der psychotherapeutischen Kapazitäten
- Optimierung der TSS
- Verbesserung der Evidenzlage durch Forschung
- Fokussierung der Reform in Aus-, Weiter- und Fortbildung

Im Projektverlauf wurde festgelegt, dass über allen Zielkriterien das Ziel steht, den Patienten der identifizierten benachteiligten Gruppen (s. Anhang 6, Kapitel 1.1) den Zugang zur Versorgung zu erleichtern.

Für jedes Zielkriterium werden im Folgenden die konsentierten Handlungsempfehlungen (Empfehlungsgrad 1: Empfehlung) in Kurzfassung vorgestellt. Im Anhang 6 findet sich sowohl eine ausführliche Hinführung und Erläuterung der Handlungsempfehlungen als auch eine Aufstellung der übrigen Handlungsoptionen mit 2. Empfehlungsgrad, welche im Prozess aus den in Kapitel 5.4 genannten Gründen nicht weiterverfolgt wurden.

Die Handlungsempfehlungen wurden ausgehend von den definierten Zielkriterien abgeleitet, welche wiederum auf den Projektergebnissen (Primärdatenerhebung, Routinedatenanalyse, strukturierte Recherche) basieren. Eine Zuordnung der Projektergebnisse zu den einzelnen Handlungsempfehlungen ist, aufgrund des Zuschnitts auf die Zielkriterien, nur indirekt möglich. Ein Verweis auf die zugrundeliegenden Projektergebnisse erfolgt wie folgt:

In Anhang 6 werden die für den jeweiligen Themenbereich (z.B. ptS, Gruppentherapie oder TSS) relevantesten Projektergebnisse zusammengefasst. Hierbei werden die unterschiedlichen Methodiken einbezogen. Detailergebnisse finden sich in den Anhängen 2-5. Bei den unten beschriebenen Handlungsempfehlungen wird sowohl auf das in Anhang 6 relevante Kapitel verwiesen, in dem die Handlungsoption und ihr Hintergrund erläutert wird, als auch, sofern möglich, exemplarisch auf Tabellen aus den Anhängen 2-5, sofern diese in direktem Zusammenhang mit der Handlungsempfehlung stehen. Wenn zu dem Thema der speziellen Handlungsempfehlung eine Publikation geplant ist, wird auf diese verwiesen.

6.3.1. Erhöhung der Transparenz zu Versorgungs- und Beratungsangeboten

Aus den Projektergebnissen lässt sich ableiten, dass auf verschiedenen Ebenen Informationsdefizite bestehen.

Aufgrund der Komplexität des Versorgungssystems erscheinen die Strukturen für Patienten intransparent und teilweise schwer verständlich, wodurch der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erschwert werden kann.

Auch den PT und Ärzten fehlen gebündelte Informationen zu regionalen und überregionalen Angeboten im Versorgungssystem, um sich selbst zu informieren, aber auch, um die Patienten adäquat beraten zu können.

Zusätzliches Informationsbedürfnis entsteht durch die Neuerungen innerhalb des Systems (z.B. Einführung neuer Versorgungselemente durch die Reform der PT-RL, Einführung der TSS und stückweise Erweiterung ihrer Zuständigkeiten).

Die folgenden Handlungsempfehlungen haben das übergeordnete Ziel, den Zugang von Patienten (insbesondere Patienten der benachteiligten Gruppen, s.o.) in die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Eine mögliche Stellschraube, in der das Potenzial zur Optimierung des Patientenzugangs im Eva-PT-RL Konsortium gesehen wurde, war die Erhöhung der Transparenz zu Versorgungs- und Beratungsangeboten.

An diesem Punkt setzen die Handlungsempfehlungen an und adressieren jeweils unterschiedliche Aspekte zur Verbesserung der Informationsbereitstellung:

Tabelle 11: Handlungsempfehlung 1 - Bündelung von Informationen zu regionalen Versorgungsangeboten

Empfehlung	Bündelung von Informationen zu regionalen Versorgungsangeboten
Problemstellung	Die Angebote außerhalb der GKV sind regional sehr unterschiedlich und häufig bei Patienten sowie Versorgern nicht bekannt. Entsprechend können sie ihren Versorgungsnutzen nicht in Gänze erbringen.
Ziel	Erhöhung der Transparenz zu Versorgungs- und Beratungsangeboten
Maßnahmen	Für Patienten mit psychischen Erkrankungen sollten die möglichen Leistungen, die sie außerhalb der GKV in Anspruch nehmen können, zusammengestellt werden. Da die Angebote regional bzw. kommunal verschieden sind, muss die Aggregation der Daten in kleinen Raumordnungen erfolgen.
Adressat	Gesundheitsämter
Anhang 6	Kapitel 3.4
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript Diekmann et al: Die psychotherapeutische Sprechstunde – Potenzial für eine Steuerungs- und Lotsenfunktion im Rahmendes Projektes Eva PT-RL i.V.m. Empfehlungen aus der ptS (PTV 11), Anhang 4: Abbildung 19 und 20, Anhang 5: Tabelle 11, 54 Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 12: Handlungsempfehlung 2 - Erarbeitung eines Glossars zur Erläuterung relevanter Begriffe

Empfehlung	Erarbeitung eines Glossars zur Erläuterung relevanter Begriffe
Problemstellung	Die Gesundheitsversorgung ist komplex und vielschichtig. Manchen Patienten und Angehörigen sind nicht alle Versorgungsoptionen bekannt. Entsprechend kann eine informierte Entscheidung hinsichtlich bestehender Versorgungsalternativen erschwert sein.
Ziel	Erhöhung der Transparenz zu Versorgungs- und Beratungsangeboten
Maßnahmen	Erstellung eines Glossars, in dem alle relevanten Versorgungsoptionen mit Erklärungen dargestellt sind.
Adressat	Patientenvertretung gemeinsam mit weiteren Stakeholdern (z.B. Berufsverbände, BMG)
Anhang 6	Kapitel 3.1
Projektergebnisse (Auswahl)	Anhang 4: Abbildung 19, 20, Anhang 5: Tabelle 9, 13, 14, 20, 24, 33, 52, 56, 57, 60, 63, 72, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 13: Handlungsempfehlung 3 – Erarbeitung einer Website mit gebündelten Informationen

Empfehlung	Erarbeitung einer Website mit gebündelten Informationen
Problemstellung	Das Versorgungssystem für die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist komplex und somit für gewisse Patienten schwer zu überblicken. Bestehende relevante Informationsangebote sind für manche Patienten schwer auffindbar und an unterschiedlichen Stellen verortet. Dadurch wird ihr Nutzen gesenkt.
Ziel	Erhöhung der Transparenz zu Versorgungs- und Beratungsangeboten
Maßnahmen	<p>Die zu entwickelnde Website sollte für alle am Versorgungsprozess beteiligten Personengruppen relevante Informationen bereitstellen. Die Informationen liegen mehrheitlich bereits vor, sodass die Website eine Plattform darstellt, auf der aggregiert alle notwendigen Informationen verfügbar gemacht werden.</p> <p>Mögliche Inhalte wären:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glossar (Handlungsempfehlung 2) - Überblick über Versorgungsangebote, z.B. PT - Psychotherapeuten-suche der KVen - Überblick über Beratungsstellen und Kommunikationswege, z. B. Selbsthilfegruppen - NAKOS-Website <p>Die Verfügbarkeit der Website in mehreren Sprachen, in leichter Sprache und barrierefrei ermöglicht dem Großteil der Patienten eine niedrigschwellige Nutzung. Um dies zu erreichen, sollte zusätzlich die Möglichkeit geschaffen werden die genannten Informationen auch analog zu nutzen.</p>
Adressat	BMG - Referat 524 „Nationales Gesundheitsportal“
Anhang 6	Kapitel 3.5
Projektergebnisse (Auswahl)	Anhang 4: Abbildung 19, 20, Anhang 5: Tabelle 9, 13, 14, 20, 24, 33, 52, 56, 57, 60, 63, 72, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 14: Handlungsempfehlung 4 – Informationskampagnen zur TSS

Empfehlung	Informationskampagnen zur TSS
Problemstellung	Eine niedrigschwellige Möglichkeit, zeitnah einen Termin für einen Erstkontakt und ggf. eine erforderliche Anschlussbehandlung zu erhalten, ist Ziel der Terminvermittlung der TSS. Allerdings ist das Informationsniveau diesbezüglich sowohl bei Patienten als auch bei Leistungserbringern noch nicht ausreichend. Damit ausreichend Termine zur Verfügung gestellt werden, ist leistungserbringerseitig förderlich, dass Rahmenbedingungen und bestehende Anreizstrukturen bekannt sind. Patienten müssen zunächst über das Angebot der TSS informiert werden.
Ziel	Erhöhung der Transparenz zu Versorgungs- und Beratungsangeboten
Maßnahmen	Es sollten zwei getrennte Informationskampagnen umgesetzt werden, eine für Patienten und eine für Leistungserbringer. Die Informationskampagne für die Patienten könnte sowohl die Bekanntheit der TSS in Bezug

	auf die Koordination von Terminen erhöhen als auch die anderen Tätigkeitsbereiche (z.B. Notdienst 116117) aufgreifen. Eine Orientierung an der Informationskampagne „Die Nummer mit den Elfen“ wäre sinnvoll, um den Wiedererkennungswert zu nutzen. Den Leistungserbringern sollten bestehende Anreizstrukturen und Vorteile vermittelt werden. Die Empfehlung gilt für alle Patienten- und Leistungserbringergruppen.
Adressat	KBV
Anhang 6	Kapitel 3.2
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript: Neusser et al.: Die TSS in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ Anhang 4: Abbildung 23, 24, 25, Anhang 5: Tabelle 24, 63, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 15: Handlungsempfehlung 5 - Erarbeitung von Informationsmaterial für die hausärztliche Versorgung

Empfehlung	Erarbeitung von Informationsmaterial für die hausärztliche Versorgung
Problemstellung	Die Projektergebnisse machen deutlich, dass gerade in der Überleitung zwischen hausärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung Schnittstellenprobleme existieren. Es fehlen einheitliche Informationsmaterialien in der hausärztlichen Versorgung.
Ziel	Erhöhung der Transparenz zu Versorgungs- und Beratungsangeboten
Maßnahmen	Erarbeitung von Informationsmaterial für die Bedürfnisse der hausärztlichen Versorgung in Anlehnung an das PTV 10. Um auch benachteiligte Gruppen zu erreichen, sollte das Informationsmaterial in weiteren Sprachen, in leichter Sprache und barrierefrei umgesetzt werden.
Adressat	Bundesmantelvertragspartner in Kooperation mit entsprechenden Berufsverbänden und der Kooperationsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit
Anhang 6	Kapitel 3.3
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript Neusser et al.: Kommunikation, Kooperation und Austausch mit Psychotherapeut*innen aus der Sicht von Primärversorger*innen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ Anhang 2: Tabelle 4, 5, 18, 22, 23, 42, Anhang 3: Tabelle 4, 5, 16, 20, 21, 40, Anhang 5: Tabelle 26, 27, 33, 65, 66, 72 Anhang 6: Strukturierte Recherche

6.3.2. Optimierung der Versorgungselemente

Projektfragen waren, ob die neuen Versorgungselemente erfolgreich eingeführt wurden sowie wo weiterhin Hürden und Probleme bestehen. Zusätzlich wurden die weiteren, mit der Reform verbundenen Änderungen (z.B. Förderung der Gruppentherapie) beleuchtet.

Es folgen die konsentierten Handlungsoptionen zur ptS und zur Gruppentherapie. Weitere Empfehlungen finden sich an anderer Stelle in diesem Kapitel 6.

Auch die Handlungsempfehlungen in diesem Kapitel legen einen Fokus auf die Verbesserung des Zugangs von Patienten, insbesondere der benachteiligten Gruppen, welcher u.a. durch die Empfehlungen erreicht werden soll.

6.3.2.1. Psychotherapeutische Sprechstunde

Tabelle 16: Handlungsempfehlung 6 - Weiterentwicklung des PTV 10

Empfehlung	Weiterentwicklung des PTV 10
Problemstellung	Aktuell ist das Formblatt PTV 10, welches im Rahmen der ptS Patienten zur Information gegeben wird, nur für eine ausgewählte Gruppe von Patienten nutzbar. Vor allem Patienten mit Sehstörungen, Intelligenzmin- derung oder mangelnden Deutschkenntnissen können das PTV 10 aktuell nicht verstehen und davon profitieren.
Ziel	Stärkere Patientenorientierung des PTV 10
Maßnahmen	1) Übersetzung des PTV 10 in englische Sprache 2) Schaffung einer barrierefreien Version des PTV 10 3) Erarbeitung einer Version des PTV 10 in leichter Sprache
Adressat	Bundesmantelvertragspartner in Kooperation mit u.a. der Koordinie- rungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit und Patientenvertretun- gen (z.B. Deutsche Gesellschaft für Leichte Sprache eG oder der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.)
Anhang 6	Kapitel 2.1.3.1
Projektergeb- nisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript Diekmann et al: Die psychotherapeutische Sprechstunde – Potenzial für eine Steuerungs- und Lotsenfunktion im Rahmen des Projektes Eva PT-RL Anhang 5: Tabelle 9, 13, 30, 31, 52, 56, 69, 70 Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 17: Handlungsempfehlung 7 - Ergänzung des PTV 11 um Gruppentherapie

Empfehlung	Ergänzung des PTV 11 um Gruppentherapie
Problemstellung	Das Ergebnis der ptS wird in der Regel anhand des Formblatts PTV 11 dokumentiert. Dabei können Psychotherapeuten differenzierte Empfeh- lungen zum weiteren Vorgehen festhalten. Bisher fehlt die Möglichkeit zur Empfehlung eines bestimmten Therapiesettings (Einzel- oder Grup- pentherapie).
Ziel	Förderung der Gruppentherapie
Maßnahmen	Es sollte eine Anpassung des PTV 11 erfolgen, um auch das empfohlene Therapiesetting abbildbar zu machen.
Adressat	Bundesmantelvertragspartner
Anhang 6	Kapitel 2.5.2
Projektergeb- nisse (Auswahl)	Anhang 2: Tabelle 25, 56, 58, 59, Anhang 3: Tabelle 23, 52, 54, 55, Anhang 5: Tabelle 15, 16, 19, 21, 36, 58, 59, 75

6.3.2.2. Gruppentherapie

Tabelle 18: Handlungsempfehlung 8 - Nachqualifizierung mit der Erlaubnis der Erbringung von Gruppentherapie in den eigenen Räumlichkeiten

Empfehlung	Nachqualifizierung mit der Erlaubnis der Erbringung von Gruppentherapie in den eigenen Räumlichkeiten
Problemstellung	Die häufigere Durchführung von Gruppentherapien ist erwünscht. Ein Abbau von bestehenden Hürden in der Nachqualifizierung zum Gruppenpsychotherapeuten kann hierfür zweckdienlich sein.
Ziel	Förderung der Gruppentherapie durch Abbau von Hürden bei der Nachqualifizierung
Maßnahmen	Erteilen der Erlaubnis während der Nachqualifikation die kontinuierliche Gruppenbehandlung in der eigenen Praxis durchzuführen. Voraussetzung könnte die abgeschlossene theoretische Qualifikation, der Beginn der Selbsterfahrung und die Angabe eines Supervisors sein. Mit der Erlaubnis würde gleichzeitig auch die Möglichkeit einhergehen, dass erbrachte / durchgeführte Gruppentherapieleistungen mit der GKV abgerechnet werden können.
Adressat	Bundesmantelvertragspartner (Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung)
Anhang 6	Kapitel 2.5.3
Projektergebnisse (Auswahl)	Anhang 2: Tabelle 25, 56, 58, 59, Anhang 3: Tabelle 23, 52, 54, 55, Anhang 5: Tabelle 15, 16, 19, 21, 36, 58, 59, 75, Anhang 6: Strukturierte Recherche

6.3.3. Verbesserung von Kooperationen im Behandlungsablauf

Betrachtet man die Projektergebnisse und ergänzend einschlägige Literatur hinsichtlich der Behandlungspfade wird deutlich, dass einige Patienten trotz bestehendem Behandlungsbedarf auf ihrem Weg in die psychotherapeutische Versorgung „verloren“ gehen. Um diesen Patienten den Zugang zu erleichtern, wurden die folgenden Handlungsempfehlungen konsentiert.

6.3.3.1. Verbesserung der intersektoralen Überleitung

Tabelle 19: Handlungsempfehlung 9 - Anbindung der Kliniken an die TSS

Empfehlung	Anbindung der Kliniken an die TSS
Problemstellung	Die TSS soll gerade Personen, die eine Terminfindung aus eigener Kraft oder aus eigenen Mitteln nicht realisieren können, unterstützen. Ambulante Leistungserbringer haben die Möglichkeit über den eTerminservice selbst Termine für die Patienten zu buchen. Obwohl Menschen aus der stationären Versorgung Probleme haben einen Erstkontakt zu vereinbaren, sind Kliniken anders als ambulante Leistungserbringer nicht an die TSS angebunden. Behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten in Kliniken können keine Termine für Patienten über den eTerminservice koordinieren und Patienten vermitteln.

Ziel	Verbesserung der intersektoralen Überleitung
Maßnahmen	Kliniken sollten wie die ambulanten Leistungserbringer auch an die TSS angebunden sein. Es sollte die Möglichkeit bestehen, für Patienten direkt über den eTerminservice Termine zu vereinbaren.
Adressat	Gesetzgeber, in Zusammenarbeit mit KBV / DKG
Anhang 6	Kapitel 1.5.2.5
Projektergebnisse (Auswahl)	Anhang 2: Tabelle 3, 7, 22, 23, 27, 28, 54, 59, Anhang 3: Tabelle 3, 7, 20, 21, 25, 26, 50, 55, Anhang 4: Abbildung 23, 24, 25, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 20: Handlungsempfehlung 10 - Verpflichtung zur Unterstützung bei der Terminkoordination im Entlassmanagement

Empfehlung	Verpflichtung zur Unterstützung bei der Terminkoordination im Entlassmanagement
Problemstellung	Aktuell existieren Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen.
Ziel	Verbesserung der intersektoralen Überleitung
Maßnahmen	Im Rahmen dieser Empfehlung geht es insbesondere um die Intensivierung des Entlassmanagements. Patienten, bei denen im Anschluss eine Weiterbehandlung empfohlen wird, sollten von den Kliniken das Angebot erhalten bei der Terminkoordination und Psychotherapeutensuche unterstützt zu werden. Eine Dokumentation der Unterstützung und der geäußerten Wünsche des Patienten sollten verpflichtend sein und im Rahmenvertrag Entlassmanagement festgehalten werden. Die Empfehlung im Projekt bezieht sich primär auf die Überleitung in eine psychotherapeutische Versorgung, die Verpflichtung könnte jedoch auf weitere Leistungsbereiche ausgeweitet werden.
Adressat	Vertragspartner des Rahmenvertrags Entlassmanagements (GKV-SV, KBV, DKG)
Anhang 6	Kapitel 1.5.2.2.1
Projektergebnisse (Auswahl)	Anhang 2: Tabelle 7, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 28, 54, 59, Anhang 3: Tabelle 7, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 26, 50, 55, Anhang 5: Tabelle 39, 78, Anhang 6: Strukturierte Recherche

6.3.3.2. Verbesserung der Überleitung zwischen den Fachgruppen

Tabelle 21: Handlungsempfehlung 11 - Förderung von Qualitätszirkeln

Empfehlung	Förderung von (interdisziplinären) Qualitätszirkeln
Problemstellung	Aus Perspektive der Primärversorger wird die aktuelle Kommunikation zwischen ihnen und den entsprechenden PT als verbesserungswürdig eingeschätzt. Zusätzlich kann eine intensivere Kommunikation zwischen verschiedenen Fachdisziplinen die Weiterleitung der Patienten nach der ptS verbessern.

Ziele	Verbesserung der (interdisziplinären) Kommunikation
Maßnahmen	Eine Förderung von interdisziplinären Qualitätszirkel würde die gemeinsame Kommunikation zwischen Hausärzten (oder anderen Fachärzten) und PT verbessern. Innerhalb der Qualitätszirkel könnten dabei Themen behandelt werden, die an der Schnittstelle zwischen den Fachgruppen liegen. Zusätzlich dienen Qualitätszirkel der Fortbildung der Ärzte, u.a. können diese für die Vermittlung von Änderungen durch die Reform der PT-RL genutzt werden.
Adressat	KVen
Anhang 6	Kapitel 4.2
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript zur Nieden et al: Kommunikation, Kooperation und Austausch mit Psychotherapeut*innen aus der Sicht von Primärversorger*innen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“, Anhang 5: Tabelle 40, 41, 79, 80, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 22: Handlungsempfehlung 12 - Etablieren von Fallkonferenzen

Empfehlung	Etablieren von Fallkonferenzen
Problemstellung	Aus Perspektive der Primärversorger wird die aktuelle Kommunikation zwischen ihnen und den PT als verbesserungswürdig eingeschätzt. Hier wird insbesondere der unzureichende patientenbezogene Austausch kritisiert.
Ziele	Verbesserung des fallbezogenen Austauschs zwischen den Fachgruppen
Maßnahmen	Fallkonferenzen, wie sie bereits bei anderen Krankheitsbildern im EBM angelegt sind, können auch bei psychischen Erkrankungen die interdisziplinäre, fallbezogene Kommunikation verbessern. Eine entsprechende EBM-Ziffer sollte geschaffen werden. Die genauen Rahmenbedingungen müssten in entsprechenden Gremien definiert werden.
Adressat	Bundesmantelvertragspartner
Anhang 6	Kapitel 4.3
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript zur Nieden et al: Kommunikation, Kooperation und Austausch mit Psychotherapeut*innen aus der Sicht von Primärversorger*innen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“, Anhang 5: Tabelle 40, 41, 79, 80, Anhang 6: Strukturierte Recherche

6.3.4. Optimierte Nutzung der psychotherapeutischen Kapazitäten

Aus den Projektergebnissen wird deutlich, dass PT durch die Änderungen der Reform einen höheren Gesamtaufwand haben, was wiederum die Kapazitäten für Patientenkontakte reduziert.

Die folgenden Handlungsempfehlungen zielen darauf ab, die Kapazitäten der PT zu entlasten, damit sie mehr Zeit für Behandlung von Patienten haben.

Tabelle 23: Handlungsempfehlung 13 - Förderung der Einstellung von Praxispersonal in psychotherapeutischen Praxen

Empfehlung	Förderung der Einstellung von Praxispersonal in psychotherapeutischen Praxen
Problemstellung	Wenn psychotherapeutische Praxen ohne Praxispersonal arbeiten, müssen alle anfallenden Aufgaben vom PT übernommen werden. Einige der administrativen und organisatorischen Tätigkeiten könnten jedoch an andere Personen bzw. Praxispersonal delegiert werden. Dies findet in der Versorgungsrealität trotz bestehender Anreizstrukturen selten statt.
Ziel	Optimierte Nutzung der psychotherapeutischen Kapazitäten
Maßnahmen	Unterstützung des Zusammenschlusses mehrerer PT bei der Einstellung von Praxispersonal: Psychotherapeutische Einzelpraxen benötigen regelmäßig keine Vollzeitkraft für organisatorische Belange. Für potenzielle Mitarbeiter ist jedoch eine Halbtagsstelle ggf. nicht attraktiv. Um diese (rechtlichen und organisatorischen) Hürden zu überwinden, sollten Bestrebungen zur gemeinsamen Einstellung von Personal unterstützt werden. Dadurch könnte zusätzlich eine Bündelung von festen telefonischen Erreichbarkeitszeiten stattfinden, was wiederum für Patienten eine Erleichterung in der Kontaktaufnahme darstellt.
Adressat	KVen + Berufsverbände + Psychotherapeutenkammern
Anhang 6	Kapitel 1.2.1
Projektergebnisse (Auswahl)	Anhang 5: Tabelle 32, 33, 35, 37, 71, 72, 74, 76, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 24: Handlungsempfehlung 14 - Akzeptanz eines Entlassberichts aus der stationären Versorgung als Ersatz für den Konsiliarbericht

Empfehlung	Akzeptanz eines Entlassberichts aus der stationären Versorgung als Ersatz für einen Konsiliarbericht
Problemstellung	Die Einholung eines Konsiliarberichts erfordert Aufwand sowohl auf Seiten des PT als auch bei den Hausärzten. Zusätzlich kann sich dadurch der Therapiebeginn verzögern, wenn Konsiliarberichte noch nicht vorliegen.
Ziele	Entlastung psychotherapeutischer (und hausärztlicher) Kapazitäten
Maßnahmen	Anlehnung der Empfehlung an Punkt 13 des Eckpunktepapiers zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen Für die Umsetzung muss eine Anpassung des §32 PT-RL erfolgen. Der Entlassbericht darf bei Beantragung der RL-T nicht älter als sechs Monate sein, um die Aktualität zu gewährleisten.
Adressat	G-BA
Anhang 6	Kapitel 1.5.2.6
Projektergebnisse (Auswahl)	Anhang 2: Tabelle 7, 23, 27, 54, 59 Anhang 3: Tabelle 7, 21, 26, 50, 55

	Anhang 5: Tabelle 39, 78 Anhang 6: Strukturierte Recherche
--	---

6.3.5. Optimierung der TSS

Die TSS hat das Potenzial Patienten den Zugang in die Versorgung zu erleichtern. Es müssen ausreichend Termine von den PT zur Verfügung gestellt werden, um dem Bedarf gerecht zu werden. Mit den gemeldeten Terminen konnten 2022 nur knapp über 50% der Patientenfragen bedient werden und das obwohl Angebot und Nachfrage ungefähr gleich groß war. Dies deutet sowohl auf ein zeitliches als auch auf ein regionales Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage hin.

Damit die TSS in Zukunft mehr Patienten bei ihrem Weg in die psychotherapeutische Versorgung unterstützen kann, wurden ausgehend von bestehenden Hürden und Hemmnissen, die folgenden Empfehlungen konsentiert:

Tabelle 25: Handlungsempfehlung 15 - Empfehlungen der KVen zur Anzahl zu meldender Termine

Empfehlung	Empfehlungen der KVen zur Anzahl zu meldender Termine
Problemstellung	Ein Grund für die nicht passgenaue Terminmeldung kann darin liegen, dass den PT die regional differierende Anzahl der benötigten Termine nicht bekannt ist, um der Nachfrage adäquat zu begegnen.
Ziele	Steigerung der Vermittlungskapazitäten der TSS
Maßnahmen	Nutzung bestehender Kommunikationsstrukturen zwischen KVen und PT, um Informationen zur benötigten Anzahl von zu meldenden Terminen weiterzugeben. Es sollte sich möglichst um regionale und KV-individuelle Empfehlungen zu allen drei möglichen Therapieelementen (ptS, Akutbehandlung, Probatorik) handeln.
Adressat	KVen
Anhang 6	Kapitel 1.4.2.2
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript Neusser et al.: Die TSS in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ Anhang 4: Abbildung 23, 24, 25, Anhang 5: Tabelle 24, 63

Tabelle 26: Handlungsempfehlung 16 - Einführung einer Terminerinnerung durch die TSS

Empfehlung	Einführung einer Terminerinnerung durch die TSS
Problemstellung	Die PT geben an, dass ein Anteil der über die TSS vereinbarten Termine nicht eingehalten wird, was zu Ausfällen bei den PT führt. Dies wiederum könnte zur Konsequenz haben, dass PT zurückhaltend sind, Termine an die TSS zu melden.
Ziele	Steigerung der Vermittlungskapazitäten der TSS
Maßnahme	Um die Termintreue bei den Patienten zu steigern, sollte die TSS (unabhängig von der Art der Terminvermittlung – telefonisch oder per eTer-

	minservice) die Patienten an den Termin erinnern. Dabei sollten (mindestens) die folgenden Aspekte genannt werden: Datum, Zeit und Adresse sowie Name des PT. Bestehende rechtliche Hürden, z.B. hinsichtlich des Datenschutzes, sollten abgebaut werden.
Adressat	Gesetzgeber (Abbau rechtlicher Hürden), KBV / KVen (als Betreiber der TSS zuständig für die Organisation der Terminerinnerung)
Anhang 6	Kapitel 1.4.3.2
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript Neusser et al.: Die TSS in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ Anhang 4: Abbildung 23, 24, 25, Anhang 5: Tabelle 24, 63, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 27: Handlungsempfehlung 17 - Weiterentwicklung des eTerminservice

Empfehlung	Weiterentwicklung des eTerminservice
Problemstellung	Die aktuelle Website des eTerminservice ist nicht ausreichend individualisierbar, um auf die Bedürfnisse aller potenziellen Patienten adäquat eingehen zu können.
Ziele	Stärkere Patientenorientierung des eTerminservice
Maßnahmen	1) Deutschlandweite Vereinheitlichung des Angebots 2) Schaffung von Barrierefreiheit 3) Übersetzung in verschiedene Sprachen 4) Möglichkeit nach individuellen Kriterien zu filtern (z.B. Therapie-Sprache, Geschlecht des Therapeuten, Behandlungsschwerpunkte) 5) Verhindern von mehreren Terminbuchungen einer Therapieleistung
Adressat	KBV
Anhang 6	Kapitel 1.4.5
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript Neusser et al.: Die TSS in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ Anhang 4: Abbildung 23, 24, 25, Anhang 5: Tabelle 24, 63, Anhang 6: Strukturierte Recherche

6.3.6. Verbesserung der Evidenzlage durch Forschung

Dieses Zielkriterium wurde nach Erarbeitung der Handlungsempfehlungen ergänzt. Einige der möglichen Handlungsoptionen konnten nicht final empfohlen werden, da keine fundierte Datenbasis, die eine Empfehlung rechtfertigen würde, existierte. Es wurden vom Konsortium die folgenden Forschungs- und Datenlücken identifiziert, mit der Empfehlung sie zu schließen.

Tabelle 28: Handlungsempfehlung 18 - Evaluation der Psychotherapeutischen Akutbehandlung

Empfehlung	Evaluation der Psychotherapeutischen Akutbehandlung
Problemstellung	Im Rahmen des Projekts fiel auf, dass anders als bei der ptS und der RP bei der ptA keine Evaluation vom G-BA geplant ist. Diese Datengrundlage ist für eine umfassende Abbildung der Versorgungsrealität von entscheidender Wichtigkeit und konnte auch mit den Projektergebnissen nicht ausreichend geschaffen werden.
Ziele	Verbesserung der Evidenzlage durch Forschung
Maßnahmen	Teil J. der PT-RL sollte durch den G-BA angepasst werden und um eine Evaluation der Akutbehandlung ergänzt werden. Die Akutbehandlung sollte in einer Studie umfassend evaluiert werden. Die Evaluation der Akutbehandlung sollte neben Krankenkassen-Routinedaten auch Primärerhebungen (Befragung von Patienten und PT) einschließen.
Adressat	G-BA i.V.m. Forschungsinstituten
Anhang 6	Kapitel 2.3.1
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript Neusser et al.: Einschätzung der neuen Therapiebausteine nach der Reform. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ Anhang 2: Tabelle 20, 25, 30, 32, 53, 55, 56, 57, 58, 59 Anhang 3: Tabelle 18, 23, 28, 30, 49, 51, 52, 53, 54, 55 Anhang 4: Tabelle 7, 8, 9, Abbildung 11, 12, 19 Anhang 5: Tabelle 23, 24, 25, 62, 63, 64, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 29: Handlungsempfehlung 19 – Verbesserung des TSS Evaluationsberichts

Empfehlung	Verbesserung des TSS Evaluationsberichts
Problemstellung	Im Evaluationsbericht über die TSS wurden Lücken deutlich, die für die Entwicklung von Strategien zur Optimierung der TSS geschlossen werden müssen. Beispielhaft sind hier der Anteil an nicht berechtigten Vermittlungswünschen bei den nicht vermittelbaren Suchanfragen oder die Art von gemeldeten Terminen (ptS, Probatorik, Akutbehandlung), die nicht vergeben werden konnten, zu nennen. Aktuell werden die Unterschiede zwischen KVen, die eine Verpflichtung zum Melden von Terminen haben, und solchen ohne Verpflichtung, nicht untersucht.
Ziele	Verbesserung der Evidenzlage durch Forschung
Maßnahmen	Es sollte eine umfassende Evaluation der TSS im jährlichen Zyklus erfolgen. Die oben genannten Lücken sollten geschlossen werden. Darauf aufbauend sollten regional / kommunal Problemfelder detektiert und Lösungsstrategien erarbeitet werden.
Adressat	KBV in Zusammenarbeit mit den KVen, Gesetzgeber
Anhang 6	Kapitel 1.4.2.4
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript: Die TSS in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ Anhang 4: Abbildung 23, 24, 25,

	Anhang 5: Tabelle 24, 63, Anhang 6: Strukturierte Recherche
--	--

Tabelle 30: Handlungsempfehlung 20 - Weiterführende Forschung zur Kommunikation zwischen Leistungserbringern

Empfehlung	Weiterführende Forschung zur Kommunikation zwischen Leistungserbringern
Problemstellung	Aus Perspektive der Primärversorger wird die aktuelle Kommunikation zwischen ihnen und den entsprechenden PT als verbesserungswürdig eingeschätzt. Da sich auch Hürden an der Sektorengrenze stationär-ambulant zeigen, kann auch hier eine optimierbare Kommunikation zwischen den beteiligten Leistungserbringern vermutet werden. Eine intensivere Kommunikation zwischen verschiedenen Fachdisziplinen kann die Weiterleitung der Patienten nach der Sprechstunde verbessern.
Ziele	Verbesserung der Evidenzlage durch Forschung
Maßnahmen	Im Rahmen des Projektes wurden lediglich die Primärversorger nach ihrer Einschätzung zur Kommunikation befragt. Die Perspektive anderer Leistungserbringer (insbesondere PT, aber auch anderer Fachärzte oder stationärer Versorger) wurde nicht erhoben. Dies sollte nachgeholt werden, um zielgerichtet und präferenzgerecht Bestrebungen zur Verbesserung der Kommunikation anstoßen zu können.
Adressat	G-BA
Anhang 6	Kapitel 4.1
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript zur Nieden et al.: Kommunikation, Kooperation und Austausch mit Psychotherapeut*innen aus der Sicht von Primärversorger*innen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ Anhang 5: Tabelle 38, 39, 40, 41, 77, 78, 79, 80,

6.3.7. Fokussierung der Reform in Aus-, Weiter- und Fortbildung

Tabelle 31: Handlungsempfehlung 21 - Fortbildung "Versorgungslehre" für Psychotherapeuten

Empfehlung	Fortbildung „Versorgungslehre“ für Psychotherapeuten
Problemstellung	Insbesondere PT, die ihre Ausbildung vor der Reform absolviert haben, könnten den Bedarf nach mehr Informationen u.a. zur Umsetzung der neuen Therapieelemente haben. Auch das neue Verständnis für ihre Rolle im Versorgungsprozess konnten sie noch nicht in der Ausbildung erwerben, sondern müssen es sich selbst aneignen. Fortbildungsangebote zum Thema „Versorgungslehre“ existieren aktuell jedoch nur sehr vereinzelt.
Ziele	Erweiterung der Fortbildungsmöglichkeiten für PT
Maßnahmen	Es sollten mehr Fortbildungsangebote zu den neuen Versorgungsbausteinen und zur Rolle der PT innerhalb der Versorgung geschaffen werden. Ein breites Angebot an unterschiedlichen Inhalten, Zeitaufwänden und Lernmedien schafft für jeden interessierten PT eine passende Option.
Adressat	KBV in Zusammenarbeit mit den KVen

Anhang 6	Kapitel 5.1.2
Projektergebnisse (Auswahl)	(geplantes) Manuskript: Neusser et al.: Einschätzung der neuen Therapiebausteine nach der Reform. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ Anhang 2: Tabelle 25, Anhang 3: Tabelle 23, Anhang 4: Abbildung 7, 8, 11, 12, Anhang 5: Tabelle 42, 81, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 32: Handlungsempfehlung 22 - Sensibilisierung der MFA-Auszubildenden für psychische Erkrankungen

Empfehlung	Sensibilisierung der MFA-Auszubildenden für psychische Erkrankungen
Problemstellung	In den letzten Jahren stieg die Prävalenz von psychischen Erkrankungen und MFA kommen immer häufiger in Kontakt mit Patienten, die psychische Erkrankungen haben. In ihrer Ausbildung wird der Umgang und die Kommunikation mit diesem Patientenkollektiv jedoch nicht gelehrt.
Ziele	Verbesserung der Qualifikation von MFA
Maßnahmen	Die Verordnung über die Berufsausbildung zur MFA sollte dahingehend angepasst werden, dass im Rahmen der Ausbildung zur MFA Grundkenntnisse über die häufigsten psychischen Erkrankungen vermittelt werden. Zusätzlich sollte auch die adäquate Kommunikation mit Patienten mit psychischen Erkrankungen forciert werden.
Adressat	BÄK/BPtK in Zusammenarbeit mit Verband Medizinischer Fachberufe e.V.
Anhang 6	Kapitel 5.2.1
Projektergebnisse (Auswahl)	Anhang 5: Tabelle 32, 33, 71, 72, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 33: Handlungsempfehlung 23 - Fortbildung "Psychotherapeutische Versorgung" für MFA

Empfehlung	Fortbildung „Psychotherapeutische Versorgung“ für MFA
Problemstellung	In den letzten Jahren stieg (z.B. aufgrund der Corona-Pandemie) die Anzahl an Patienten, die von psychischen Erkrankungen betroffen ist und MFA kommen immer häufiger in Kontakt mit Patienten, die psychische Erkrankungen haben. In ihrer Ausbildung wird der Umgang und die Kommunikation mit diesem Patientenkollektiv jedoch nicht gelehrt.
Ziele	Verbesserung der Qualifikation von MFA
Maßnahmen	Zusätzlich zu den oben beschriebenen Anpassungen der Ausbildung sollte eine Fortbildung geschaffen werden, welche die psychotherapeutische Versorgung fokussiert. Neben Krankheitslehre, welche ggf. mit der bereits bestehenden Fortbildung „Neurologie und Psychiatrie“ kombiniert werden kann, sollten das Versorgungssystem und die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung („Versorgungslehre“) Teil des Curriculums sein. Auch Besonderheiten von organisatorischen Tätigkeiten in psychotherapeutischen Praxen können inkludiert werden.
Adressat	BÄK/BPtK in Zusammenarbeit mit Verband Medizinischer Fachberufe e.V.

Anhang 6	Kapitel 5.2.2
Projektergebnisse (Auswahl)	Anhang 5: Tabelle 32, 40, 41, 71, 79, 80, Anhang 6: Strukturierte Recherche

6.3.8. Sonstiges

Tabelle 34: Handlungsempfehlung 24 – Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens

Empfehlung	Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens
Problemstellung	Entsprechend der aktuellen Gesetzgebung ist vorgesehen, dass mit deutschlandweiter Ausrollung des „QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkassenversicherter“ (QS ambulante Psychotherapie) das Antrags- und Gutachterverfahren abgeschafft wird. Bestätigt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht für Psychotherapie im Rahmen der Antrags- und Gutachterverfahren, entfällt eine zusätzliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die bewilligte Psychotherapie. Mit Wegfall des Antrags- und Gutachterverfahrens werden entsprechend der geltenden Vereinbarungen Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt. Hierunter könnten insbesondere benachteiligte Gruppen (z.B. schwer bis sehr schwer Kranke) leiden, da PT aufgrund des intensiven Therapiebedarfs bei diesen Patienten ein höheres Risiko für Wirtschaftlichkeitsprüfungen befürchten.
Ziele	Gewährleistung eines niedrighschwelligigen Zugangs für benachteiligte Gruppen
Maßnahmen	Anstatt der Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens wird deren Digitalisierung vorgeschlagen. Dies würde zu einer Vereinfachung und Straffung des Prozesses und damit zu einer Effizienzsteigerung führen. Gleichzeitig würde die Sicherheit auf einen adäquaten Therapieumfang durch vorab genehmigte Therapiekontingente bestehen bleiben. Dieses ist für alle Patienten in RL-T, aber insbesondere für benachteiligte Gruppen mit höherem Versorgungsbedarf von Bedeutung.
Adressat	Budensmantelvertragspartner
Anhang 6	Kapitel 2.6.3
Projektergebnisse (Auswahl)	Anhang 2: Tabelle 23, 28, Anhang 3: Tabelle 21, 26, Anhang 5: Tabelle 30, 31, 69, 70, Anhang 6: Strukturierte Recherche

Tabelle 35: Handlungsempfehlung 25 - Kopplung der Vergabe von Versorgungsaufträgen an ausgewählte Versorgungsaspekte

Empfehlung	Kopplung der Vergabe von Versorgungsaufträgen an ausgewählte Versorgungsaspekte
Problemstellung	Die Kriterien zur Vergabe eines Versorgungsauftrags in gesperrten Planungsbereichen sind in §103 Abs. 4 Satz 5 SGB V geregelt. Die neun Auswahlkriterien sind dabei vom Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen und prinzipiell gleichrangig in die Entscheidung einzuschließen. Nummer 7 „besondere Versorgungsbedürfnisse“ müssen von den KVen

	in der Ausschreibung definiert werden. Diese Möglichkeit wird aktuell zu- meist nicht genutzt.
Ziele	Stärkerer Einbezug von regionalen Versorgungsbedürfnissen
Maßnahmen	In Zukunft sollte auch den Zulassungsausschüssen die Möglichkeit gege- ben werden besondere Versorgungsbedürfnisse bei der Ausschreibung von Versorgungsaufträgen festzulegen. Damit besondere Versorgungs- bedürfnisse besser bei der Vergabe berücksichtigt werden können, sollte über eine höhere Priorisierung der Nummer 7 gegenüber den Kriterien 2 und 3 (Approbationsalter, Dauer der ärztlichen Tätigkeit) nachgedacht werden. Mögliche besondere Versorgungsbedürfnisse könnten das An- gebot von Gruppentherapie oder die Nachbesetzung in einem anderen, bisher unterrepräsentierten, Therapieverfahren sein.
Adressat	Bundesmantelvertragspartner
Anhang 6	Kapitel 2.6.2
Projektergeb- nisse (Auswahl)	Anhang 4: Tabelle 1, 2, 3, Abbildung 1, 2, 3, Anhang 5: Tabelle 15, 58, Anhang 6: Strukturierte Recherche

7. Diskussion der Projektergebnisse

Im Folgenden werden entlang der Module die Stärken und Limitationen der einzelnen Projekt-
schritte dargelegt.

7.1. Diskussion der Routinedatenanalyse und Primärdatenerhebung

Anhand der Prä-Post-Analyse von Abrechnungsdaten von Versicherten des AOK-BV und der
BARMER konnte die Versorgungssituation von Versicherten mit einer erstmaligen Depressi-
onsdiagnose vor und nach der Reform verglichen werden. Dies geschah mit Blick auf interme-
diäre Outcomes bezüglich des Versorgungsprozesses sowie patientenrelevante Outcomes.

Die Analyse der intermediären Outcomes zeigte, dass sich nach der Reform der PT-RL der **An-
teil der Menschen erhöht hatte**, die bei einer erstmaligen Depressionsdiagnose innerhalb von
12 Monaten einen **Erstkontakt** hatten. Dieser Zuwachs betrug bei erwachsenen Menschen
mit erstmaliger Depressionsdiagnose 5 Prozentpunkte. Unter Berücksichtigung anderer mög-
licher Einflussfaktoren deutet die logistische Regression darauf hin, dass der Zeitraum nach
der Reform statistisch signifikant einen förderlichen Faktor für das Zustandekommen eines
Erstkontakts darstellt (OR 1,4). In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen stellt sich die
Verbesserung des Zugangs noch ausgeprägter dar. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit
neu diagnostizierter Depression, die innerhalb des Beobachtungszeitraums einen Erstkontakt
erhalten haben, ist nach der Reform statistisch signifikant um 13,8 Prozentpunkte gestiegen.
Die logistische Regression unter Kontrolle anderer möglicher Einflussfaktoren, deutet darauf
hin, dass nach der Reform, die Chance auf einen Erstkontakt statistisch signifikant gestiegen
ist (OR 1,8). Ähnlich wurde auch im Projekt ES-RiP auf Basis von Routinedaten der BARMER
nach der Reform eine stetige Zunahme von Versicherten mit psychischer Erkrankung mit Erst-
kontakt zur psychotherapeutischen Versorgung beobachtet. Dabei verwendeten die Projekte
unterschiedliche Einschlusskriterien (Kruse et al., 2023). ES-RIP bezog alle erwachsenen Versi-
cherten ein, die erstmalig F-Diagnosen aufwiesen und diese auch in einem späteren Quartal
nochmals dokumentiert wurden (Kruse et al., 2023). Eva-PT-RL legte den Fokus dagegen auf
Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sowie Erwachsene ab 21 Jahren mit erstmaliger Depres-
sionsdiagnose, die ebenfalls noch in einem späteren Quartal im Beobachtungszeitraum doku-
mentiert wurde.

Für das intermediäre Outcome der **Zeit zwischen der ersten Diagnose und dem Erstkontakt** deuten die vorliegenden Ergebnisse auf leichte Verbesserungen hin, die allerdings vorsichtig zu interpretieren sind, da die Zeiten lediglich quartalsweise gegenübergestellt wurden. Nach der Reform fand bei knapp zwei Dritteln (64%) der erwachsenen Versicherten der Erstkontakt noch im selben Quartal statt, in dem die Indexdiagnose gestellt wurde. Im Zeitraum vor der Reform war dies bei 60% der erwachsenen Versicherten der Fall. Dabei stieg der Anteil an Versicherten, die ihre Indexdiagnose im Behandlungsfall des Erstkontakts erhielten, statistisch signifikant um 22,2 Prozentpunkte an, auf 35% nach der Reform gegenüber 14% vor der Reform. Von den Kindern und Jugendlichen erhielten nach der Reform 70% einen Erstkontakt im selben Quartal, in dem die Indexdiagnose gestellt wurde, im Zeitraum vor der Reform lag der Anteil bei 66%. Dabei stieg der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die ihre Indexdiagnose im Behandlungsfall des Erstkontakts erhielten, geringfügig um 2,5 Prozentpunkte. Möglicherweise trug zur Verkürzung der Abstände im quartalsweisen Vergleich bei, dass der Anteil der Versicherten, deren Indexdiagnose im Rahmen des Erstkontaktes gestellt wurde, statistisch signifikant gestiegen ist.

Die innovationsfondsgeförderte Studie PT-REFORM kam auf einer anderen Datenbasis zu dem Ergebnis, unveränderter Abstände bis zum ersten Gespräch (Singer et al., 2023). Die Ergebnisse beider Studien lassen sich allerdings nicht direkt vergleichen, da PT-REFORM mit der Befragung von PT einen anderen methodischen Ansatz verfolgt. Zudem wurde der Erstkontakt anders definiert und operationalisiert. Der Erstkontakt stellt bei PT-REFORM die erste (telefonische) Kontaktaufnahme durch Patienten mit Therapeuten dar, in deren Rahmen ein erster Gesprächstermin vereinbart wurde. Betrachtet wird somit der Zeitraum zwischen dieser ersten Kontaktaufnahme und dem ersten Gesprächstermin (Singer et al., 2023). Aufgrund der Notwendigkeit eines quartalsweisen Vergleichs im vorliegenden Projekt Eva-PT-RL bleibt Unsicherheit bestehen, inwieweit es tatsächlich zu einer Verkürzung der Abstände kam.

Für das intermediäre Outcome der **Abstände zwischen Erstkontakt und dem Beginn einer RL-T deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich der Abstand verlängert hat**. Im Bereich der Versorgung erwachsener Versicherter war der durchschnittliche Abstand zwischen der Probatorik (PräZ) bzw. der ptS (PostZ) und der ersten Richtlinientherapieleistung nach der Reform um 27 Tage länger als vor der Reform. Ähnlich nahm auch in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen der Abstand zwischen der Probatorik (PräZ) bzw. der ptS (PostZ) und der ersten Richtlinientherapieleistung um 33 Tage zu. Die innovationsfondsgeförderten Projekte ES-RIP und PT-REFORM kamen für die Versorgung erwachsener Versicherter zu ähnlichen Ergebnissen (Kruse et al., 2023; Singer et al., 2022). Gleichzeitig zeigt sich in der vorliegenden Studie Eva-PT-RL für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche, dass nach der Reform der Abstand zwischen der ptS und der neu eingeführten Akutbehandlung kürzer ist als der Abstand zwischen der ptS und der RL-T. Zudem deutete die Analyse idealtypischer Behandlungspfade darauf hin, dass sich zwar die Behandlungszeiträume verlängert haben, häufig jedoch auch mehr Leistungen in diesem Zeitraum erbracht werden. Das könnte auf eine kontinuierliche Betreuung hindeuten. Auf Basis der vorliegenden Datengrundlage, lassen sich die Hintergründe nicht abschließend klären. Hinsichtlich der Akutbehandlung, die allerdings vergleichsweise wenig genutzt wird, könnte dies ein Hinweis sein, dass im Rahmen der ptS bereits die Bedarfe abgeklärt werden und eine entsprechende Steuerung stattfindet. Um dahingehend belastbare Aussagen treffen zu können, besteht allerdings weiterer Forschungsbedarf.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die **ptS die Anlauffunktion (=Erstkontakt) übernimmt**, die vorher durch die Probatorik erfolgte. Während vor der Reform für erwachsene Versicherte mit erstmaliger Depressionsdiagnose mehrheitlich die Probatorik den ersten Kontakt darstellte (PräZ: 86%), war dies nach der Reform die ptS (PostZ: 83%). Für Kinder und Jugendliche zeigt sich ein ähnliches Bild. Vor der Reform stellte mehrheitlich die Probatorik den ersten Kontakt dar (PräZ: 83%), dies war nach der Reform die ptS (PostZ: 80%). Dieses Ergebnis war aufgrund der Anpassungen der PT-RL zu erwarten, da der Erstkontakt über die ptS für die Mehrheit der Patienten verpflichtend vorgeschrieben ist.

Anhand der GKV-Abrechnungsdaten zeigte sich insgesamt über den 12-monatigen Beobachtungszeitraum, dass 36% der erwachsenen Versicherten sowie 35% der Kinder und Jugendlichen nach ptS keine weiteren psychotherapeutischen Leistungen entsprechend Anhang 1 Tabelle 3 erhielten. Dabei ist unklar, inwiefern kein notwendiger psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, eine RL-T oder ptA erst nach Ablauf des Beobachtungszeitraums stattfinden konnte oder andere Versorgungsformen gewählt wurden.

Neben dem Erstkontakt und der RL-T oder ptA scheint auch die PSG durch Primärversorger und somatische Fachärzte eine relevante Rolle zu spielen. In beiden Kohorten wurde für ca. 60% der erwachsenen Versicherten mit Depressionsdiagnose mindestens eine Leistung der **PSG** abgerechnet. Für Kinder und Jugendliche zeigte sich ein ähnliches Bild. Bei den Erwachsenen wurde insbesondere dann die PSG abgerechnet, wenn die erste Depressionsdiagnose im haus-/fachärztlichen Bereich gestellt wurde. Zudem wurde bei Versicherten, die nach einem Erstkontakt keine weiteren psychotherapeutischen Leistungen erhalten hatten, häufiger mindestens eine Leistung der PSG abgerechnet. Dies geschah sowohl vor als auch nach dem Erstkontakt. Hinsichtlich des Zeitraums vor oder nach der Reform der PT-RL zeigten sich dabei lediglich geringfügige Unterschiede. Aus den Abrechnungsdaten lässt sich allerdings nicht entnehmen, inwieweit sich die PSG in den Behandlungsablauf der Depression einordnet. Einerseits könnte die PSG in der Versorgungspraxis zur Identifikation psychischer Erkrankungen sowie zu ersten Behandlungsansätzen genutzt werden, die einer Überleitung in die psychotherapeutische Versorgung vorausgehen. Andererseits könnte die PSG auch zur Überbrückung der Zeit bis zum Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung dienen oder entsprechend des im Erstkontakt abgeklärten Behandlungsbedarfs als zweckmäßig eingestuft worden sein (siehe zum Beispiel S3 Leitlinie Unipolare Depression). Die in den Abrechnungsdaten enthaltenen Informationen sowie der Beobachtungszeitraum von nur einem Jahr bieten allerdings keine ausreichende Basis, um diese Fragen vertiefend zu klären. Dabei deutet die Unzufriedenheit der Primärversorger mit dem patientenbezogenen Austausch und der Kommunikation mit PT eher darauf hin, dass beide Versorgungsbereiche aktuell nicht verzahnt sind. Bezogen auf Versicherte, die im Beobachtungszeitraum nach einem Erstkontakt keine weiteren Leistungen erhalten, zeigt sich zudem, dass insbesondere nach dem Erstkontakt PSYTG abgerechnet werden. Dies war gerade bei höherem Schweregrad der Depressionsdiagnose der Fall. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass diese Gesprächsziffern zur Überbrückung der Zeit zwischen dem Erstkontakt und Beginn einer Therapie genutzt werden. Vereinzelt gaben PT in der Befragung an, zur Versorgung von Patienten mit akutem Behandlungsbedarf PSYTG zu nutzen. Allerdings können auf der Basis der vorliegenden Ergebnisse keine belastbaren Aussagen getroffen werden. Insbesondere die Frage, inwieweit eine weitere Verzahnung der psychotherapeutischen Versorgung mit dem Element der PSG sinnvoll und wünschenswert wäre, müsste zunächst geprüft werden, bevor Ansatzpunkte zur Umsetzung erforscht und diskutiert werden.

Insgesamt deutet die Betrachtung der intermediären Outcomes darauf hin, dass sich das psychotherapeutische Versorgungsgeschehen nach dem Inkrafttreten der Reform in verschiedenen Aspekten in Bezug auf den Zugang sowie den Behandlungsverlauf verbessert hat. So bestehen bspw. Hinweise darauf, dass die ptS von PT und Patienten als neue Leistung angenommen wird. Hinsichtlich der Steuerungsfunktion ergibt sich ein gemischtes Bild. Gleichwohl weisen die untersuchten patientenrelevanten Outcomes nicht auf Unterschiede zwischen der Versorgungssituation vor und nach der Reform hin. Mit der Anzahl nichtpsychotherapeutischer Arztkontakte, AU sowie stationären Aufenthalten mit Depressionsdiagnosen wurden Outcomes gewählt, die durch Routinedaten abbildbar sind und durchaus eine Relevanz für die Patienten besitzen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass auch andere Faktoren einen Einfluss auf diese Outcomes haben könnten, wie etwa Prozesse in der Arbeitswelt auf AU-Zeiten. Zudem deuten andere Untersuchungen darauf hin, dass die Anzahl der Behandlungsfälle pro Versicherten jährlichen Schwankungen zu unterliegen scheint (vgl. Grobe et al., 2020). Eine quantitative Gegenüberstellung vergleichbarer patientenrelevanter Outcomes erfolgte in den beiden anderen innovationsfondsgeförderten Projekten PT-REFORM und ES-RIP nicht.

Zudem deutet die Analyse der Befragungsergebnisse darauf hin, dass weiterhin Hemmnisse und Hürden bestehen, die eine vollumfängliche Implementierung der Bausteine der Reform behindern. Insofern erscheint es wenig erstaunlich, dass die intermediären Outcomes darauf hindeuten, dass die Reform der PT-RL bislang noch nicht zu einer grundlegenden Verbesserung des Versorgungsgeschehens geführt hat. Entsprechend schlagen sich diese noch nicht in den patientenrelevanten Outcomes nieder.

7.2. Limitationen

7.2.1. Modul 2/3: Limitationen der Routinedatenanalyse

Datengrundlage für die Prä-Postanalyse sind die Routinedaten des AOK-BV sowie der BAR-MER, damit bietet sich eine große Datengrundlage für die Analyse des Versorgungsgeschehens in Deutschland. Allerdings wurden die Daten zu Abrechnungszwecken erfasst und unterliegen somit bestimmten Beschränkungen. Beispielsweise ist im ambulanten Bereich bei mehreren codierten Diagnosen der therapeutische Stellenwert der einzelnen Diagnosen unbekannt. Zudem sind viele potenziell für das Versorgungsgeschehen relevante Aspekte, wie Patientenpräferenzen, nicht in den Abrechnungsdaten dokumentiert.

Studiendesign: Für die Analyse der Übergänge von der ersten Depressionsdiagnose in die Therapie ist ein Beobachtungszeitraum von 12 Monaten relativ kurz. Forschungspraktische Gründe, wie die Datenverfügbarkeit, führten dazu, dass der Beobachtungszeitraum so gewählt werden musste. Daher können psychotherapeutische Leistungen, die länger als 12 Monate nach der Indexdiagnose erfolgt sind, nicht abgebildet werden. Die Beobachtung über einen längeren Zeitraum wäre wünschenswert, da die erhebliche Streuung in der Dauer der Übergänge darauf hindeutet, dass diese durchaus längere Zeit in Anspruch nehmen können. Mit der Frage nach dem Zugang richtet sich der Fokus insbesondere auf Prozesse, die innerhalb der ersten 12 Monate nach Diagnosestellung stattfinden. Für diesen Zeitraum liefert die vorliegende Analyse einen vertieften Einblick in die Übergänge und den Versorgungsablauf. Insbesondere die Abbildung der Effekte zur Zweiteilung der KZT und der Inanspruchnahme der Rezidivprophylaxe werden durch den Beobachtungszeitraum aber limitiert.

Zudem umfasst der als Indexzeitraum bezeichnete Selektionszeitraum aus forschungspraktischen Gründen für beide Kohorten lediglich das erste Quartal der beiden Beobachtungszeiträume 2016 und 2018. Eventuelle jahreszeitliche Schwankungen, etwa bezüglich der Indexdiagnose oder in der Dauer der Übergänge in die psychotherapeutische Versorgung könnten daher die Übertragbarkeit der Ergebnisse einschränken. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Auswertungen auf der Selektion aus einem sehr großen Datenpool beruhen, den Routinedaten einer großen überregionalen Ersatzkasse sowie den Routinedaten des AOK-BV, der alle regionalen Allgemeinen Ortskrankenkassen beinhaltet. Darüber hinaus kam das innovationsfond-geförderte Projekt ES-RIP (Kruse et al., 2023), unter Verwendung längerer Zeiträume und einer heterogeneren Studienpopulation, zu vergleichbaren Ergebnissen für Versicherte mit F-Diagnosen.

Operative Restriktionen führten zudem dazu, dass jeweils nur eine kurze Zeitspanne von 12 Monaten für die Überprüfung der Diagnosecodierungen im Zeitraum vor dem Indexquartal herangezogen werden konnten. Mit diesem Vorgehen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Depressionsdiagnosen bereits in länger zurück liegenden Zeiträumen gestellt worden sind. Auch wurde nicht hinsichtlich anderer bestehender F-Diagnosen im Zeitraum vor der erstmaligen Depressionsdiagnose kontrolliert. Das Vorliegen einer anderen F-Diagnose könnte den Versorgungsverlauf beeinflussen. Ein Hinweis darauf, dass dies bei einigen Patienten der Fall sein könnte, ist, dass 13% (PräZ) und 7% (PostZ) der Patienten bei Erstkontakt eine KZT oder LZT erhielten, welche nach PT-RL erst nach ptS und Probatorik bzw. früher nur nach der Probatorik durchgeführt werden darf.

Die **Selektion der Kohorten** erfolgte für beide **Beobachtungszeiträume** nach denselben Ein- und Ausschlusskriterien. Unter den **erwachsenen Versicherten** ergab sich allerdings für den Zeitraum nach der Reform eine um 15.109 Versicherte kleinere Kohorte als im Zeitraum vor der Reform. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Denkbar wäre eine Veränderung im Gesundheitszustand der Bevölkerung, die mit einem Rückgang psychischer Erkrankungen einhergeht. Allerdings sprechen Studien, die auf Basis unterschiedlicher Datenquellen und Instrumente Erkrankungsprävalenzen ermitteln zwar durchaus dafür, dass es zu quartalsweisen Schwankungen kommen kann, zeigen aber eher steigende Prävalenzen (RKI, 2024). Bezogen auf die Art der ersten Depressionsdiagnosen im Beobachtungsjahr (Indexdiagnosen) zeigen sich in den absoluten Zahlen deutliche Unterschiede, die darauf hindeuten, dass sich eventuell die Diagnosepraxis geändert haben könnte. Im Zeitraum nach der Reform wurden deutlich weniger unspezifische Diagnosen gestellt als vor der Reform. Zudem ging auch die Anzahl diagnostizierter leichter depressiver Episoden etwas zurück. Insbesondere im hausärztlichen Bereich wurden absolut betrachtet deutlich weniger gesicherte Depressionsdiagnosen kodiert. Auch die Anzahl an kodierten gesicherten Depressionsdiagnosen durch andere Fachärzte ist im Zeitraum nach der Reform etwas gesunken. Dies könnte darauf hindeuten, dass sich das Kodierverhalten im hausärztlichen und somatischen Bereich verändert hat und etwas weniger häufig gesicherte Depressionsdiagnosen sowie nicht näher bezeichnete depressive Episoden kodiert wurden. Gründe für ein mögliches verändertes Kodierverhalten können vielfältig sein. Sie könnten mit einem verbesserten Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zusammenhängen oder durch abrechnungstechnische Hintergründe zu erklären sein. Dieses lässt sich anhand der vorliegenden Analyse nicht bestimmen. Hinsichtlich der Verteilung der Altersklassen, des Geschlechts oder der Verteilung des Schweregrades der Indexdiagnose sind zwischen den Kohorten keine Unterschiede zu erkennen, sodass trotz geringerer Größe der Kohorte im PostZ von einer Vergleichbarkeit ausgegangen wird.

Gleichzeitig gab es im Bereich der **Kinder und Jugendlichen** lediglich marginale Unterschiede in der Größe der Kohorten. Hinsichtlich der beschreibenden soziodemografischen Variablen sind keine wesentlichen Unterschiede in den Verteilungen zu erkennen. Allerdings zeigte sich bei den Indexdiagnosen eine Verschiebung. So wurden im Zeitraum vor der Reform noch am häufigsten nicht näher bezeichnete depressive Episoden kodiert, wohingegen im Zeitraum nach der Reform die mittelgradige depressive Episode die führende Diagnose bei den Indexdiagnosen war. Nicht näher bezeichnete depressive Episoden wurden häufig durch Ärzte im hausärztlichen oder somatischen Bereich gestellt. Bei den Primärversorgern ist im Jahr 2018 ein prozentualer Rückgang zu erkennen.

Die **Operationalisierung** der Variablen zur Abbildung des Versorgungsgeschehens sowie zur Erfassung der Endpunkte birgt die Gefahr, dass die Konstrukte nicht ausreichend wiedergegeben werden. Daher wurde die Operationalisierung begleitend zur Aufbereitung und Auswertung der Routinedaten in der Arbeitsgruppe Routinedaten gemeinsam mit Vertretern der Konsortialpartner reflektiert. Dabei floss einerseits Expertise hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen von Routinedaten sowie Expertise hinsichtlich der Identifikation und Behandlung von psychischen Erkrankungen ein. Zudem wurde, soweit möglich, das eigene Vorgehen anhand der Methodik vergleichbarer Studien reflektiert (Grobe et al., 2020; Grobe & Szecsenyi, 2021, Müller et al. 2021). Die Gefahr systematischer Verzerrungen konnte auf diese Weise minimiert werden.

Die Analyse des Versorgungsgeschehens weist dennoch an einigen Stellen Unschärfen und Unklarheiten auf, deren Ursachen auf der vorliegenden Datenbasis auch mit Unterstützung der beteiligten Experten nicht geklärt werden konnten. Beispielsweise zeigt der jeweilige Vergleich der Depressionsdiagnose zum Zeitpunkt des Erstkontakts und der ersten Therapieleistung, dass nicht in jedem Fall eine Depressionsdiagnose in der weiterführenden Behandlung codiert wurde. Zwar war eine Depressionsdiagnose als Einschlusskriterium in die Studie zum Indexzeitpunkt gegeben, tauchte aber teilweise nicht mehr unter den Diagnosen im Behandlungsfall des Erstkontakts und/oder ersten Therapieleistung auf, stattdessen waren andere F-

Diagnosen oder zum Teil auch keine F-Diagnosen dokumentiert worden. Einerseits könnte die differentialdiagnostische Abklärung im Erstkontakt zu einer Anpassung der Diagnose geführt haben, andererseits könnte aber auch der Erstkontakt aufgrund einer anderen psychischen Erkrankung zustande gekommen sein. Zusätzlich könnte die Diagnose einer Depression, der Erstkontakt und die psychotherapeutische Behandlung, etwa als Komorbidität aufgrund einer Suchterkrankung zustande gekommen sein. Insofern bleibt eine gewisse Unschärfe bestehen, da oftmals pro Behandlungsfall mehrere Diagnosen dokumentiert wurden und unklar bleibt, welche Diagnose letztlich ausschlaggebend für den Erstkontakt bzw. die erste psychotherapeutische Behandlung war.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass für leichte und unspezifische administrative Depressionsdiagnosen eine diagnostische Unschärfe diskutiert wird. Stahmeyer et al. 2022 zeigten in einem Jahresvergleich der Schweregrade zwischen 2018 und 2019 für leichte und unspezifische Depressionsdiagnosen, dass diese lediglich zu 67% bzw. 68% auch im Folgejahr gestellt wurden, während mittelgradige und schwere Depressionsdiagnosen in 73% bzw. 75% auch im Folgejahr gestellt wurden. Dabei lässt sich aus den Analysen der Routinedaten allerdings nicht ableiten, ob derartige Beobachtungen auf eine Unschärfe in der Diagnosequalität oder ein geringeres Risiko der Chronifizierung zurückgeht.

Vor diesem Hintergrund sind auch die Ergebnisse der leitliniengerechten Behandlung vorsichtig zu interpretieren. Zusätzlich konnten einige patientenindividuelle Voraussetzungen und Aspekte, aufgrund derer eine Therapieauswahl leitlinienkonform erfolgt, im Rahmen des Projektes nicht untersucht werden. Entsprechend kann die Beurteilung der Leitliniengerechtigkeit ausschließlich anhand der Routinedaten erfolgen. Ähnliche Analysen auf Basis von Routinedaten wurden bspw. von Melchior et al. (2014) und Stahmeyer et al. (2022) durchgeführt. Dabei wurden aber, aus den oben genannten Gründen, unspezifische (Bertelsmann Stiftung 2014) oder zusätzlich leichte und mittelgradige (Stahmeyer et al. 2022) Diagnosen nicht eingeschlossen. In der vorliegenden Studie zeigte sich ein ähnlicher Anstieg der Häufigkeit der Verordnung von Psychopharmaka bei mittlerem und schwerem Schweregrad, wie in der Studie von Stahmeyer et al. (2022), in einer weitgehend vergleichbaren Größenordnung. Allerdings erhielten in der vorliegenden Studie anteilig mehr Patienten mit mittelgradiger oder schwerer Depression mindestens eine psychotherapeutische Leistung, als in der Studie von Stahmeyer et al. (2022). Diese Unterschiede könnten allerdings auch im methodischen Vorgehen im Rahmen der Selektion und Nachbeobachtung der Versicherten begründet sein. Da die verwendeten Zuordnungen zu den Kategorien für die Schweregrade teilweise von den in der Literatur verwendeten Aufgreifkriterien bzw. in Interviews detailliert erhobenen Kriterien abweichen sowie auch unspezifische Diagnosen in die Kategorie leichter Schweregrad miteingeschlossen wurden, ist eine Bewertung der Ergebnisse im Sinne einer ggf. bestehenden Über-; Unter- oder Fehlversorgung nicht möglich. Einschränkend kommt für die deskriptive Betrachtung der Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen hinzu, dass die „S3-Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ ab Mitte des Beobachtungszeitraums für den PostZ (Juni 2018) nicht mehr gültig war. Zum Zeitpunkt der Datenauswertung lag noch keine Aktualisierung vor. Um die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu untersuchen, sind daher weitere Untersuchungen erforderlich.

Für **erwachsene Versicherte mit Depressionsdiagnose** konnten pro Kohorte deutlich über 100.000 Versicherte eingeschlossen werden. Aufgrund des großen Datensatzes können auch seltene untypische Konstellationen als Sonderfälle auftreten. Diese haben allerdings keinen substantziellen Einfluss auf die interne und externe Validität der Ergebnisse.

Insgesamt ist aufgrund der Größe der Studienpopulation in der Routinedatenanalyse der erwachsenen Versicherten mit Depressionsdiagnose von einer erheblichen Präzision der Studienergebnisse auszugehen. Dies zeigt sich bspw. auch darin, dass nahezu alle Studienergebnisse signifikant sind. Aus der statistischen Signifikanz lässt sich nicht notwendigerweise auf

die inhaltliche Relevanz der Ergebnisse schließen. Daher müssen für die Einordnung der Ergebnisse im Bereich der erwachsenen Versicherten mit Depressionsdiagnose auch die statistischen Zusammenhangsmaße berücksichtigt werden.

Trotz der großen Kohorte im Bereich der erwachsenen Versicherten war eine Analyse der Auswirkungen der Reform auf die Nutzung von Gruppentherapien nur bedingt möglich, da nur ein sehr geringer Anteil der Patienten in den Kohorten gruppenpsychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen.

Insgesamt bestehen aufgrund der Datenbasis an verschiedenen Stellen Unschärfen und das Studiendesign der Prä-Postanalyse schränkt die eindeutige Identifikation von Kausalitäten ein. Allerdings spiegelt die Datenbasis das Versorgungsgeschehen einer sehr großen Gruppe Versicherter unterschiedlicher Kassenarten mit einer deutschlandweiten Abdeckung wider. Daher können belastbare Trends abgeleitet werden und sind im Wesentlichen auch deutschlandweit übertragbar.

7.2.2. Modul 3: Limitationen KBV-Daten:

Die Leistungsdaten der KBV ermöglichen die Analyse des psychotherapeutischen Versorgungsgeschehens ohne die Risiken eines Selektionsbias. Die Darstellung der Versorgungssituation ist zudem nicht auf Patienten mit Depressionsdiagnose bzw. Versicherte einer bestimmten Krankenkasse eingeschränkt und kann für alle EPT und KJPT erfolgen, die im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung Leistungen der ptS, ptA und/oder PT-RL abrechnen. Limitierend wirkt sich allerdings aus, dass keine Verknüpfung zwischen Leistungs- und Strukturdaten möglich ist. Daher mussten für die Ziehung der Leistungsdaten, die angebotenen Psychotherapie-Verfahren sowie die hauptsächlich behandelte Patientengruppe (Erwachsene/Kinder und Jugendliche) der EPT und KJPT über die jeweiligen abgerechneten Leistungen ermittelt werden. Zum anderen gelten alle Limitationen, die üblicherweise für Routinedaten gelten, auch hier.

Für die Analyse wurden die ersten drei Jahre nach der Reform der PT-RL betrachtet (2018-2020). Das Jahr 2020 fällt zeitlich mit dem Beginn der Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie zusammen. Entsprechend sind die Daten aus diesem Jahr, z.B. das leicht rückläufige Inanspruchnahme-Verhalten in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vorsichtig zu interpretieren.

7.2.3. Modul 3: Limitationen der Analyse der Primärerhebungen

Die Erfassung der Perspektive der EPT bzw. KJPT, der Primärversorger sowie der Patienten geschah auf Basis einer standardisierten Querschnittsbefragung der jeweiligen Gruppen. Daher besteht hier die grundsätzliche Einschränkung von nicht-experimentellen Querschnittstudien, dass keine belastbaren Schlussfolgerungen zur Kausalität möglich sind. Für die Erfassung der Perspektive der Gruppe der Kinder und jugendlichen Patienten wurde aufgrund des geringen Rücklaufs zur vertiefenden Analyse eine ergänzende Fokusgruppe durchgeführt.

Für die Befragung der PT sowie der Primärversorger wurden aus dem Pool eines Adressanbieters Zufallsstichproben gezogen und angeschrieben. Allerdings deckte dieser Adresspool nicht alle vertragspsychotherapeutisch bzw. vertragsärztlich tätigen Leistungserbringer ab. Der Abgleich anhand der Alters- und Geschlechtsverteilung der Befragungsteilnehmer mit der Alters- und Geschlechtsverteilung in der vertragspsychotherapeutisch bzw. vertragsärztlich Versorgung wies allerdings keine Auffälligkeiten auf. Somit ist davon auszugehen, dass die Befragungsergebnisse auf die ambulante Versorgung übertragbar sind.

Alle Befragungen basierten auf Selbstauskünften und die Ergebnisse geben somit die subjektive Einschätzung der Befragten wieder. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Rekrutierung der Patienten über die angeschriebenen PT erfolgte. Somit besteht die Gefahr, einer stärkeren Selektion zufriedener Patienten.

Limitierend wirkt sich der niedrige Rücklauf insbesondere unter den Primärversorgern für Erwachsene aus. Einschränkung wirkte sich möglicherweise die Länge des Fragebogens aus.

7.2.4. Modul 3: Limitationen Fokusgruppen:

Bei der Interpretation der Fokusgruppenergebnisse sind Limitationen zu berücksichtigen. Qualitative Analysen, denen Erhebungen mittels Fokusgruppen zuzuordnen sind, dienen in erster Linie der Hypothesengenerierung. Aufgrund der Größe und Anzahl der Fokusgruppen lassen sich ihre Ergebnisse nicht generalisieren. Die im Projekt durchgeführten Fokusgruppen liefern allerdings Hinweise darauf, wie die Elemente der Reform aus den unterschiedlichen Perspektiven aufgenommen wurden. So können Hemmnisse und Hürden identifiziert werden, die ggf. Anpassungen von Rahmenbedingungen erforderlich machen.

Da die Umsetzung während der CoVID-19-Pandemie erfolgte, wäre eine Durchführung in Präsenz mit gesundheitlichen Risiken für die Teilnehmer verbunden gewesen. Alle Fokusgruppen wurden entsprechend online durchgeführt. Abrams et al. (2015) zeigten, dass Online-Fokusgruppen einen ähnlichen Datenreichtum wie physische Face-to-Face Fokusgruppen erzielen können. Da jedoch zu Beginn der Pandemie viele noch ungeübt im Umgang mit Videokonferenzsystemen waren, könnte es eine Limitation darstellen, dass die Fokusgruppen ausschließlich im digitalen Format und somit in einem ungewohnten Setting umgesetzt wurden.

Die in den Fokusgruppen generierten Hypothesen dienen als Grundlage für die quantitative Primärdatenerhebung (siehe oben), in welcher sie überprüft werden konnten. So wurden die mit der Methodik einhergehenden Limitationen der fehlenden Generalisierbarkeit überwunden.

7.2.5. Modul 4: Limitationen Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen, die in Modul 4 erarbeitet wurden, basieren auf den im Eva PT-RL Projekt erhobenen Ergebnissen. Entsprechend unterliegen die Empfehlungen denselben Limitationen, wie die Projektergebnisse, auf denen sie aufbauen.

Im Rahmen des Moduls wurden neben den Projektergebnissen auch weiterführende Literatur sowie regulatorische Änderungen seit Projektbeginn einbezogen. Externe Datenquellen erhöhen die Robustheit, da die Informationsgrundlage erweitert und somit gefestigt wird. Der Einbezug dieser Datenquellen erhöht entsprechend die Qualität der gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen. Durch den Einbezug von relevanten Gesetzesänderungen, wird garantiert, dass die zum aktuellen Zeitpunkt geltenden Voraussetzungen berücksichtigt werden.

Modul 4 stellte im Eva PT-RL Projekt ein Schlüsselmodul dar, dessen Ergebnisse in Anhang 6 systematisch dargelegt sind. Dies ermöglicht nicht am Projekt beteiligten Personen sich einen transparenten Überblick über den Entstehungsprozess der Handlungsempfehlungen zu verschaffen und die im Projekt getroffenen Entscheidungen nachzuvollziehen.

Durch den Zwischenschritt mit den beteiligten Personen, unter Berücksichtigung des zu erreichenden Ziels, zunächst verschiedene Handlungsoptionen zu erarbeiten, konnten verschiedene Möglichkeiten gegeneinander abgewogen werden. Für jede einzelne Handlungsoption wurde hierbei schriftlich festgehalten, welche Konsequenzen mit der Umsetzung einhergehen würden und welche Vor- bzw. Nachteile (auch im Vergleich zu anderen Handlungsoptionen mit dem gleichen Ziel) bestehen. So konnten Konsequenzen, wie Hürden bzw. Fehlanreize besser identifiziert und abgebildet werden. Eine begründete Entscheidung für bzw. gegen die verschiedenen Optionen erfolgte am Ende dieses Prozesses.

Die schlussendlichen Handlungsempfehlungen sind solche mit denen die intendierten Ziele erreicht werden können. Da Experten verschiedener Fachgebiete und Interessensgruppen einbezogen worden sind, kann von einer hohen Akzeptanz ausgegangen werden. Die Anwendung einer Krieteriologie für die Entscheidungsfindung ist positiv hervorzuheben, da so eine hohe Transparenz erreicht werden kann.

Limitierend ist, dass für fundierte Empfehlungen teilweise nicht ausreichend Literatur vorlag und auch im Projekt nicht vollumfänglich alle notwendigen Daten erhoben werden konnten. So konnte bei einigen Aspekten lediglich eine Empfehlung für weiterführende Forschung gegeben werden, ohne konkrete Verbesserungsmaßnahmen zu nennen.

Eine Empfehlung und Aufnahme in den Ergebnisbericht wurde nur dann erteilt, wenn die Handlungsoption von allen beteiligten Projektpartnern konsentiert werden konnte. Dies kann eine weitere Limitation darstellen. Alle diskutierten Handlungsoptionen sind im Anhang 6 aufgeführt.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Reform der PT-RL ist vor mittlerweile über sieben Jahren in Kraft getreten. Die Projektergebnisse haben gezeigt, dass die mit der Reform eingeführten neuen Therapieelemente in der Versorgungsrealität angekommen sind. Trotzdem konnten bestehende Probleme, wie Informationsdefizite und benachteiligte Gruppen, im Projekt identifiziert werden. Diese Aspekte zeigen, dass nach wie vor Verbesserungspotenziale in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bestehen.

Mögliche Veränderungen, die aus Sicht des Projektkonsortiums dazu führen können, die Versorgung zu verbessern, wurden in Modul 4 in Form von gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen formuliert. Neben den Projektergebnissen wurden aktuelle Literatur sowie regulatorische Veränderungen (z.B. in der PT-RL) einbezogen. Abhängig von der Verortung im System werden hierbei unterschiedliche Akteure als Adressaten genannt. Durch die Beteiligung von unterschiedlichen Interessensgruppen kann erwartet werden, dass die ausgesprochenen Empfehlungen ein hohes Umsetzungspotenzial haben.

An einigen Stellen wurde weiterer Forschungsbedarf identifiziert. Hier wäre es zunächst notwendig den Status-Quo genauer zu untersuchen, um hieraus dann passgenaue Empfehlungen zur Verbesserung der GKV-Versorgung abzuleiten.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Aus dem Projekt entstandene Publikationen:

Abels, C., Diekmann, S., Neusser, S., Schlierenkamp, S., Wasem, J., & Walendzik, A. (2023). Umsetzung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Ergebnisse aus Fokusgruppen im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts EVA PT-RL [Reform Implementation of the Psychotherapy Guideline 2017: Results from Focus Groups Within the Framework of the Innovation Fund Project EVA PT-RL]. In *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 85(6), 547–553. <https://doi.org/10.1055/a-1976-1856>

Diekmann S, Schlierenkamp S, Walendzik A, Abels C, Zur Nieden P, Best D, Schaff C, Timmermann H, Klipker K, Marschall U, Wasem J, Neusser S. Mixed-Methods-Ansatz zur Evaluation der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: ein Studienprotokoll. *Gesundheitswesen*. 2023 Nov;85(11):1066-1071. German. doi: 10.1055/a-2011-6129. Epub 2023 Jul 20. in: *Gesundheitswesen*. 2023 Nov;85(11):e48. PMID: 37473768.

Geplante Publikationen:

Pauline Birte zur Nieden, Jürgen Wasem, Luisa Friedrich, Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Gerald Lux, Anke Walendzik, Carina Abels, Klemens Höfer, Kathrin Klipker, Ursula Marschall, Dieter Best, Christa Schaff, Helene Timmermann, Silke Neusser: Kommunikation, Ko-

operation und Austausch mit Psychotherapeut*innen aus der Sicht von Primärversorger*innen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen

Sarah Schlierenkamp, Sandra Diekmann, Pauline Schlesiger, Prof. Dr. Gerald Lux, Dr. Carina Abels, Klemens Höfer, Dieter Best, Dr. Kathrin Klipker, Dr. Ursula Marschall, Dr. Christa Schaff, Dr. Helene Timmermann, Dr. Anke Walendzik, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Prof. Dr. Dr. Neumann, Dr. Silke Neusser: Behandlungspfade in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Depression – eine Routinedatenanalyse; Psychiatrische Praxis

Sarah Schlierenkamp, Sandra Diekmann, Pauline Schlesiger, Luisa Friedrich, Dr. Carina Abels, Klemens Höfer, Dieter Best, Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Daniel Thumm, Dagmar Wiczorek, Dr. Ursula Marschall, Dr. Christa Schaff, Bettina Meisel, Dr. Helene Timmermann, Dr. Anke Walendzik, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Prof. Dr. Dr. Neumann, Dr. Silke Neusser: Evaluation of the psychotherapy guideline: Utilisation of psychotherapeutic services and medication - a routine data analysis; geplante Veröffentlichung in: BMC Psychiatry

Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Pauline Schlesiger, Luisa Friedrich, Dr. Carina Abels, Klemens Höfer, Dieter Best, Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Daniel Thumm, Dagmar Wiczorek, Dr. Ursula Marschall, Dr. Christa Schaff, Bettina Meisel, Dr. Helene Timmermann, Dr. Anke Walendzik, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Dr. Silke Neusser: Die psychotherapeutische Sprechstunde – Potenzial für eine Steuerungs- und Lotsenfunktion Projektes Eva PT-RL (Evaluation der Reform der Psychotherapie-Richtlinie)? Standardisierte Befragung von Psychotherapeut:innen im Kontext des Projektes Eva PT-RL, Psychiatrische Praxis

Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Pauline Schlesiger, Luisa Friedrich, Gerald Lux, Carina Abels, Klemens Höfer, Christa Schaff, Dieter Best, Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Helene Timmermann, Bettina Meisel, Daniel Thumm, Dagmar Wiczorek, Ursula Marschall, Anke Walendzik, Jürgen Wasem, Silke Neusser: Führt die Reform im Vergleich zur Situation vor dem Inkrafttreten der Strukturreform der PT-Richtlinie zu einem verbesserten oder veränderten Erstzugang bei Erwachsenen bzw. Kinder und Jugendlichen?, geplante Veröffentlichung in Das Gesundheitswesen

Silke Neusser, Luisa Friedrich, Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Pauline Schlesiger, Anke Walendzik, Klemens Höfer, Franziska Weigel, Dagmar Wiczorek, Ursula Marschall, Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Dieter Best, Christa Schaff, Helene Timmermann, Bettina Meisel, Jürgen Wasem, Carina Abels: Die TTS in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“, geplante Veröffentlichung in: Ärzteblatt: medizinisch-wissenschaftlicher Teil

Silke Neusser, Luisa Friedrich, Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Pauline Schlesiger, Anke Walendzik, Klemens Höfer, Franziska Weigel, Dagmar Wiczorek, Ursula Marschall, Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Dieter Best, Christa Schaff, Helene Timmermann, Bettina Meisel, Jürgen Wasem, Carina Abels: Einschätzung der neuen Therapiebausteine nach der Reform. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“, geplante Veröffentlichung in: International Journal of Mental Health Systems

Silke Neusser, Luisa Friedrich, Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Pauline Schlesiger, Anke Walendzik, Klemens Höfer, Nikola Blase, Franziska Weigel, Dagmar Wiczorek, Ursula Marschall, Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Dieter Best, Christa Schaff, Helene Timmermann, Bettina Meisel, Jürgen Wasem, Carina Abels: Psychische Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung. Befragungsergebnisse im Rahmen des Projektes „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“, geplante Veröffentlichung in: Das Gesundheitswesen

Silke Neusser, Luisa Friedrich, Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Pauline Schlesiger, Anke Walendzik, Klemens Höfer, Franziska Weigel, Dagmar Wiczorek, Ursula Marschall, Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Dieter Best, Christa Schaff, Helene Timmermann, Bettina

Meisel, Jürgen Wasem, Carina Abels: Organisation psychotherapeutischer Praxen – Veränderungen durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie; geplante Veröffentlichung in: Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research

Silke Neusser, Luisa Friedrich, Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Pauline Schlesiger, Anke Walendzik, Klemens Höfer, Franziska Weigel, Dagmar Wiczorek, Ursula Marschall, Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Dieter Best, Christa Schaff, Helene Timmermann, Bettina Meisel, Jürgen Wasem, Carina Abels: Förderung von Gruppentherapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie; geplante Veröffentlichung in: International Journal of Methods in Psychiatric Research

Pauline Schlesiger, Luisa Friedrich, Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Anke Walendzik, Klemens Höfer, Franziska Weigel, Dagmar Wiczorek, Ursula Marschall, Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Dieter Best, Christa Schaff, Helene Timmermann, Bettina Meisel, Jürgen Wasem, Carina Abels, Silke Neusser: Die Umsetzung der psychotherapeutischen Sprechstunde und anschließender Maßnahmen aus Patient*innenperspektive. Befragungsergebnisse aus dem Projekt „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“, geplante Veröffentlichung in: Das Gesundheitswesen

10. Literaturverzeichnis

1. Abels, C., Diekmann, S., Neusser, S., Schlierenkamp, S., Wasem, J., & Walendzik, A. (2023). Umsetzung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Ergebnisse aus Fokusgruppen im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts EVA PT-RL [Reform Implementation of the Psychotherapy Guideline 2017: Results from Focus Groups Within the Framework of the Innovation Fund Project EVA PT-RL]. In *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 85(6), 547–553. <https://doi.org/10.1055/a-1976-1856>
2. Abrams, K. M., Wang, Z., Song, Y. J., & Galindo-Gonzalez, S. (2015). Data Richness Trade-Offs Between Face-to-Face, Online Audiovisual, and Online Text-Only Focus Groups. In *Social Science Computer Review*, 33(1), 80–96. <https://doi.org/10.1177/0894439313519733>
3. Bertelsmann Stiftung (2014): Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
4. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018*. https://api.bptk.de/uploads/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018_c0ab16b390.pdf
5. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). *S3-Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3) AWMF-Registernummer 028-043*. 2013 [18.02.2019];
6. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychosomatik, et al. *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage. Version 5*. AWMF-Registernr.: nvl-005. 2015 [21.08.2020];
7. Diekmann, S., Schlierenkamp, S., Walendzik, A., Abels, C., Zur Nieden, P., Best, D., Schaff, C., Timmermann, H., Klipker, K., Marschall, U., Wasem, J., & Neusser, S. (2023). Mixed-Methods-Ansatz zur Evaluation der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: ein Studienprotokoll [Evaluating the reform of the psychotherapy guideline using a mixed-methods approach: a study protocol]. In *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 85(11), 1066–1071. <https://doi.org/10.1055/a-2011-6129>

8. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-Y User Guide. 2020; Available from: <https://euroqol.org/publications/user-guides>.
9. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2016). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_TrG.pdf
10. Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire. One-sided self-rated SDQ for 11-17 year olds. 2005 [06.2021]; Available from: <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=German>.
11. Grobe, T.G. & Szecsenyi, J. (2021). BARMER Arztreport 2021. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In *Schriftreihen zur Gesundheitsanalyse*, 27. <https://www.barmer.de/resource/blob/1027518/043d9a7bf773a8810548d18dec661895/barmer-arztreport-2021-band-27-bifg-data.pdf>
12. Grobe, T.G., Steinmann, S., & Szecsenyi, J. (2020). BARMER Arztreport 2020. Psychotherapie – Veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? In *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, 21. <https://www.barmer.de/resource/blob/1026240/4f989562e2da4b0fbc785f15ff011ebe/barmer-arztreport-2020-band-21-bifg-data.pdf>
13. He, J.-P., et al., The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): the Factor Structure and Scale Validation in U.S. Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2013. 41(4): p. 583-595.
14. Hölling, H., et al., Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 2014. 57(7): p. 807-819.
15. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2022). *Allgemeine Methoden Version 6.1* vom 24.01.2022. <https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden-v6-1.pdf>
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2014). *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2014: Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage*. https://www.kbv.de/media/sp/MHH-Studie-2014_Tabellen_regional.pdf
17. Kreimeier, S. and W. Greiner, Development of the German version of EQ-5D-Y-5L to measure health-related quality of life in children and adolescents: Identification of response labels and pilot testing. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2019. 144: p. 24-34.
18. Krueger, R. & Casey, M.A. (2014). *Focus Groups – A Practical Guide for Applied Research*, Fifth Edition, Sage Publications, Inc. ISBN: 9781483365244
19. Kruse, J., Kampling, H., Zara, S., Borchers, M., Filali Bouami, S., Christoffer, A., Poß-Doering, A., Werner, S., Szardenings, C., Szecsenyi, J., Wild, B., Grobe, T.G., Marschall, U., Heuft, G., & Friederich H-C. (2023). *Ergebnisbericht: ES-RiP*. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/450/2023-10-16_ES-RiP_Ergebnisbericht.pdf
20. Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 5. Beltz Juventa. <https://www.qualitativeinhaltsanalyse.de/>
21. Laux, H. & Liermann, F. (2005). *Grundlagen der Organisation. Die Steuerung von Entscheidungen als Grundproblem der Betriebswirtschaftslehre*. Springer Berlin, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/b138878>

22. Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N., Blasius, J. (eds) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 633–648. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42
23. Müller D, Erhart M, Tillmanns H, Dräther H, Klipker K. 2021. Nach der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie zeigen sich vor allem in jüngeren Altersgruppen Effekte. *Gesundheitswesen* 84:919-25
24. Robert Koch Institut (RKI). (2008). Psychotherapeutische Versorgung. In *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 41, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Psychotherapeutische_Versorgung.pdf?__blob=publicationFile
25. Robert Koch Institut (RKI). (2024). *Nationale Mental Health Surveillance*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/mhs_node.html
26. Schwartz F. - W., Walter U., Siegrist J., Kolip P., Leidl R., Dierks M. - L., Busse R., et al. (Eds.) (2012). *Public health. Gesundheit und Gesundheitswesen* 3rd ed. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier.
27. Singer, S., Maier, L., Engesser, D., & Büttner, M. (2023). *Ergebnisbericht: PT-Reform*. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/452/2023-10-16_PT-REFORM_Ergebnisbericht.pdf
28. 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. In *Psychotherapeut*, 67, 176–184. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00551-0>
29. Stahmeyer JT, Märten C, Eidt-Koch D, Kahl KG, Zeidler J, Eberhard S (2022): The state of care for persons with a diagnosis of depression—an analysis based on routine data from a German statutory health insurance carrier. *Dtsch Arztebl Int*; 119: 458–65. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0204
30. YouthinMind. What is the SDQ? 2022 16.08.2022 [26.04.2024]; Available from: <https://www.sdqinfo.org/a0.html>.
31. Zock, K. (2014). Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. In *Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.), WidoMonitor*, 11(1), 1–8. https://archiv.gg-digital.de/imperia/md/gug/archiv/wido-monitor_1_14.pdf

11. Anhang

Anhang 1: Detaillierte Darstellung der im Projekt verwendeten Methodik (gesperrt bis 31.12.2025)

Anhang 2: Detaillierte Darstellung der Routinedaten-Projektergebnisse der Erwachsenen (gesperrt bis 31.12.2025)

Anhang 3: Detaillierte Darstellung der Routinedaten-Projektergebnisse der Kinder und Jugendlichen (gesperrt bis 31.12.2025)

Anhang 4: Detaillierte Darstellung der Versorgungsdaten der KBV (gesperrt bis 31.12.2025)

Anhang 5: Detaillierte Darstellung der Ergebnisse der Primärdatenerhebung (gesperrt bis 31.12.2025)

Anhang 6: Detaillierte Darstellung der erarbeiteten Handlungsoptionen (gesperrt bis 31.12.2025)

12. Anlagen

Anlage 1: Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

Anlage 2: Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

Anlage 3: Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

Anlage 4: Befragungsunterlagen Psychotherapeuten

Anlage 5: Befragungsunterlagen Primärversorger

Anlage 6: Befragungsunterlagen Patienten

Anlage 7: Fokusgruppenleitfaden Kinder- und Jugendlichenpatientenvertreter (Ergänzung Primärerhebung)

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie

Fokusgruppe 1 Erwachsenenpsychotherapie

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Dr. Anke Walendzik
Carina Abels

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

1. Vorstellungsrunde und Eingangsfrage

Hat die Strukturreform der Psychotherapierichtlinie wesentliche Änderungen in Ihrer Arbeitsweise ausgelöst?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

2. Telefonische Erreichbarkeit

a) Wie setzen Sie die telefonischen Erreichbarkeitszeiten organisatorisch um? Welche Schwierigkeiten ergeben sich dabei?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

2. Telefonische Erreichbarkeit

b) Wie nutzen die Patient*innen die telefonischen Erreichbarkeitszeiten?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

2. Telefonische Erreichbarkeit

c) Sind die telefonischen Erreichbarkeitszeiten ein sinnvolles Instrument?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

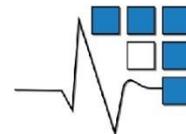
a) Wie setzen Sie konkret die psychotherapeutische Sprechstunde um?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

b) Über welchen organisatorischen Weg gelangen die Patient*innen in Ihre psychotherapeutische Sprechstunde? (tel. Erreichbarkeit, Terminservicestelle, Hausärzte etc.)

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

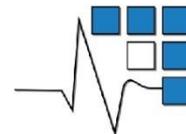
c) Welche Weiterempfehlungen geben Sie als Ergebnisse der Sprechstunde?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

d) Hat die Einführung der Sprechstunde zu einer stärkeren Vernetzung mit Hausärzt*innen und mit Anbietern alternativer Versorgungsansätze außerhalb der Psychotherapie geführt?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

e) Hat das Vorhalten der psychotherapeutischen Sprechstunde einen Einfluss auf Ihre Wochenarbeitszeit und das Angebot anderer psychotherapeutischer Leistungen gehabt? Welchen?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

f) Ist die psychotherapeutische Sprechstunde eine sinnvolle Angebotsform?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

4. Zusammenfassung

Offene Punkte?
Weitere Anmerkungen?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Danke für Ihre Teilnahme an unserer Fokusgruppe!

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie

Fokusgruppe 2 Erwachsenenpsychotherapie

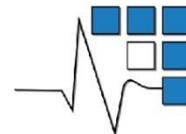
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Dr. Anke Walendzik
Carina Abels

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

1. Vorstellungsrunde und Eingangsfrage

Hat die Strukturreform der Psychotherapierichtlinie wesentliche Änderungen in Ihrer Arbeitsweise ausgelöst?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

2. Akutbehandlung

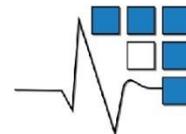
a) Wie setzen Sie die Akutbehandlung um?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

2. Akutbehandlung

b) Halten Sie Zeiten für eine Akutbehandlung vor? Wenn ja, welchen Einfluss hat das auf Ihre Wochenarbeitszeit und das Angebot anderer psychotherapeutischer Leistungen gehabt?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

2. Akutbehandlung

c) Ist die Einführung der Akutbehandlung ein sinnvolles Instrument, akute psychische Erkrankungen angemessen zu behandeln? Warum?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Rezidivprophylaxe

a) Wie setzen Sie die Rezidivprophylaxe um?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Rezidivprophylaxe

b) Ist die aktuelle Gestaltung der Rezidivprophylaxe geeignet, den Erfolg von Psychotherapien aufrechtzuerhalten?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

4. Genehmigungsverfahren

a) Wie hat sich der bürokratische Aufwand im Rahmen der Genehmigungsverfahren für Richtlinien­therapie als KZT und als LZT durch die Strukturreform verändert?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

5. Gruppentherapie

a) Ist es aus Ihrer Sicht unproblematischer geworden, auch Gruppentherapie anzubieten?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

5. Gruppentherapie

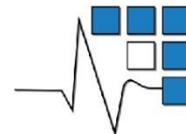
b) Welche Schwierigkeiten stehen dem Angebot von Gruppentherapie entgegen?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

5. Gruppentherapie

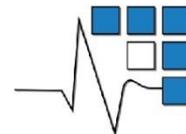
c) Sollte die Gruppentherapie stärker gefördert werden, und wie?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

4. Zusammenfassung

Offene Punkte?

Weitere Anmerkungen?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

Danke für Ihre Teilnahme an unserer Fokusgruppe!

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie

Fokusgruppe 1

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Dr. Anke Walendzik
Carina Abels

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

1. Vorstellungsrunde und Eingangsfrage

Hat die Strukturreform der Psychotherapierichtlinie wesentliche Änderungen in Ihrer Arbeitsweise ausgelöst?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

2. Telefonische Erreichbarkeit

a) Wie setzen Sie die telefonischen Erreichbarkeitszeiten organisatorisch um? Welche Schwierigkeiten ergeben sich dabei?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

2. Telefonische Erreichbarkeit

b) Wie nutzen die Patient*innen die telefonischen Erreichbarkeitszeiten?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

2. Telefonische Erreichbarkeit

c) Sind die telefonischen Erreichbarkeitszeiten ein sinnvolles Instrument?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

a) Wie setzen Sie konkret die psychotherapeutische Sprechstunde um?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

b) Über welchen organisatorischen Weg gelangen die Patient*innen in Ihre psychotherapeutische Sprechstunde? (tel. Erreichbarkeit, Terminservicestelle, Hausärzte etc.)

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

c) Welche Weiterempfehlungen geben Sie als Ergebnisse der Sprechstunde?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

d) Hat die Einführung der Sprechstunde zu einer stärkeren Vernetzung mit Hausärzt*innen und mit Anbietern alternativer Versorgungsansätze außerhalb der Psychotherapie geführt?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

e) Hat das Vorhalten der psychotherapeutischen Sprechstunde einen Einfluss auf Ihre Wochenarbeitszeit und das Angebot anderer psychotherapeutischer Leistungen gehabt? Welchen?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

f) Ist die psychotherapeutische Sprechstunde eine sinnvolle Angebotsform?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

4. Zusammenfassung

Offene Punkte?

Weitere Anmerkungen?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

Danke für Ihre Teilnahme an unserer Fokusgruppe!

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie

Fokusgruppe 2

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

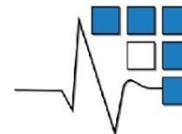
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Dr. Anke Walendzik
Carina Abels

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

1. Vorstellungsrunde und Eingangsfrage

Hat die Strukturreform der Psychotherapierichtlinie wesentliche Änderungen in Ihrer Arbeitsweise ausgelöst?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

2. Akutbehandlung

a) Wie setzen Sie die Akutbehandlung um?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

2. Akutbehandlung

**b) Hat das Vorhalten von Zeiten für die Akutbehandlung einen Einfluss auf Ihre Wochenarbeitszeit und das Angebot anderer psychotherapeutischer Leistungen gehabt?
Welchen?**

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

2. Akutbehandlung

c) Ist die Einführung der Akutbehandlung ein sinnvolles Instrument, akute psychische Erkrankungen angemessen zu behandeln? Warum?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Rezidivprophylaxe

a) Wie setzen Sie die Rezidivprophylaxe um?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

3. Rezidivprophylaxe

b) Ist die aktuelle Gestaltung der Rezidivprophylaxe geeignet, den Erfolg von Psychotherapien aufrechtzuerhalten?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

4. Genehmigungsverfahren

a) Wie hat sich der bürokratische Aufwand im Rahmen der Genehmigungsverfahren für Richtlinien-therapie als KZT und als LZT durch die Strukturreform verändert?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

5. Gruppentherapie

a) Ist es aus Ihrer Sicht unproblematischer geworden, auch Gruppentherapie anzubieten?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

5. Gruppentherapie

b) Welche Schwierigkeiten stehen dem Angebot von Gruppentherapie entgegen?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

5. Gruppentherapie

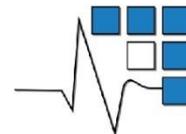
**c) Sollte die Gruppentherapie stärker gefördert werden?
Wenn ja: wie?**

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

6. Zusammenfassung

Offene Punkte?
Weitere Anmerkungen?

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Danke für Ihre Teilnahme an unserer Fokusgruppe!

Anlage 1 – Fokusgruppenleitfaden Psychotherapeuten

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie

Fokusgruppe Kassenvertreter

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Dr. Anke Walendzik
Carina Abels

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

1. Vorstellungsrunde und Eingangsfrage

Haben Sie grundsätzlich den Eindruck, dass durch die Strukturreform der Psychotherapierichtlinie Ihre Patienten angemessener psychotherapeutisch versorgt werden?

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

2. Telefonische Erreichbarkeit

a) Erfüllt die festgelegte telefonische Erreichbarkeit die von Ihnen erwartete Funktion des schnelleren und barrierefreieren Zugangs zur Psychotherapie?

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

a) Erleichtert die psychotherapeutische Sprechstunde den Zugang zur Psychotherapie?

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

b) Wird Ihrer Erfahrung nach die psychotherapeutische Sprechstunde dazu genutzt, jeweils an den Bedarf des Patienten angepasste Versorgungsangebote zu machen?

z.B. Akutbehandlung, Kurzzeittherapie, Langzeittherapie, Verfahren, aber auch andere Versorgungsformen wie Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Apps

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

4. Akutbehandlung

a) Ist der Zugang zur Akutbehandlung für akut psychisch Erkrankte ausreichend zügig?

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

4. Akutbehandlung

b) Werden angemessene therapeutische Hilfen im Rahmen der Akutbehandlung angeboten?

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

4. Akutbehandlung

c) Werden die Patient*innen nach der Akutbehandlung in jeweils angemessener Form weiterversorgt?

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

5. Rezidivprophylaxe

a) Wird die Rezidivprophylaxe in ausreichendem Umfang und über einen ausreichenden Zeitraum in passender Frequenz angeboten?

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

6. Genehmigungsverfahren

a) Wie beurteilen Sie die Veränderungen im Genehmigungsverfahren von Psychotherapien?

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

7. Gruppentherapie

a) Waren Ihrer Meinung nach die Anpassungen im Bereich der Angebotsmöglichkeit von Gruppentherapie ausreichend erfolgreich?

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

4. Zusammenfassung

Offene Punkte?
Weitere Anmerkungen?

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

Danke für Ihre Teilnahme an unserer Fokusgruppe!

Anlage 2 – Fokusgruppenleitfaden Krankenkassenvertreter

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie

Fokusgruppe Patientenvertreter

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Dr. Anke Walendzik
Carina Abels

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

1. Vorstellungsrunde und Eingangsfragen

Hat die Strukturreform der Psychotherapierichtlinie Ihrer Erfahrung nach wesentliche Änderungen in der Versorgung der von Ihnen vertretenen Patientengruppe zur Folge gehabt?

Wird die von Ihnen vertretene Patientengruppe in Folge angemessen psychotherapeutisch versorgt?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

2. Telefonische Erreichbarkeit

a) Welche Erfahrungen haben Patienten mit den telefonischen Erreichbarkeitszeiten gemacht?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

2. Telefonische Erreichbarkeit

b) Werden über die telefonische Sprechzeit weitere hilfreiche Hinweise gegeben?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

a) Erleichtert die psychotherapeutische Sprechstunde den Zugang zu Psychotherapeut*innen?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

b) Wird Ihrer Erfahrung nach die psychotherapeutische Sprechstunde dazu genutzt, jeweils an den Bedarf der Patient*innen angepasste Versorgungsangebote zu machen?

z.B. Akutbehandlung, Kurzzeittherapie, Langzeittherapie, Verfahren, teilstationäre Behandlung, stationäre Behandlung, Reha- Behandlung, aber auch andere Versorgungsformen wie Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Apps

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

4. Akutbehandlung

a) Ist die Akutbehandlung ein hilfreiches zeitnahe Instrument für akute Krisensituationen?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

4. Akutbehandlung

b) Werden die Patient*innen nach der Akutbehandlung in jeweils angemessener Form weiterversorgt?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

5. Rezidivprophylaxe

a) Wird die Rezidivprophylaxe in ausreichendem Umfang und über einen ausreichenden Zeitraum in passender Frequenz angeboten?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

6. Genehmigungsverfahren

a) Ist es schwieriger oder einfacher geworden durch die Strukturreform, die Genehmigung der Krankenkasse für eine Richtlinien­therapie zu bekommen?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

7. Gruppentherapie

a) Eignen sich gruppentherapeutische Angebote für die von Ihnen vertretenen Patient*innen in besonderer Weise? Weshalb?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

7. Gruppentherapie

b) Welche Hürden bestehen Ihrer Meinung nach?

Wie könnten sie Ihrer Meinung nach abgebaut werden?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

4. Zusammenfassung

Offene Punkte?
Weitere Anmerkungen?

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Danke für Ihre Teilnahme an unserer Fokusgruppe!

Anlage 3 – Fokusgruppenleitfaden Patientenvertreter

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Anlage 4: Befragungsunterlagen Psychotherapeuten



Einladung zur Teilnahme am Projekt „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva-PT-RL)“

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Lehrstuhl für Medizinmanagement führt zusammen mit weiteren Partnern die Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“ durch. Wir möchten Sie hiermit einladen, an der Befragung teilzunehmen und uns dabei zu unterstützen, die psychotherapeutische Versorgung weiterzuentwickeln.

Worum genau geht es in der Studie?

Die Grundlage für die vertragsärztliche psychotherapeutische Versorgung, die Psychotherapie-Richtlinie, wurde 2017 reformiert, insbesondere um den Zugang der Patienten zu einer notwendigen ambulanten Psychotherapie zu verbessern.

Wir möchten von Ihnen wissen, wie zufrieden Sie bspw. mit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde, der psychotherapeutischen Akutbehandlung oder den telefonischen Erreichbarkeitszeiten sind und wie die Umsetzung in der Praxis funktioniert hat.

Aufbauend auf Ihren Informationen, aber auch der Auswertung von weiteren Daten, wie Abrechnungsdaten der Krankenkassen, werden Vorschläge erarbeitet, um die psychotherapeutische Versorgung bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.

An wen richtet sich die Befragung und was ist zu tun?

Die Befragung richtet sich an Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in der Versorgung Erwachsener sowie in der Versorgung Kinder- und Jugendlicher. Wir möchten Sie bitten,

1. den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und uns diesen im beiliegenden frankierten Umschlag zurückzuschicken. Das Ausfüllen des Bogens dauert ca. 30 - 45 Minuten.
2. uns bei der Rekrutierung von Patienten und Patientinnen zu unterstützen. Wenn Sie sich vorstellen können, dass einige Ihrer in psychotherapeutischer Behandlung befindlichen Patienten und Patientinnen an einer solchen Befragung teilnehmen

würden, füllen Sie bitte das beiliegende Formular zur „Unterstützung bei der Rekrutierung von Patienten und Patientinnen“ aus und schicken es uns zu. Weitere Informationen zum Ziel und Hintergrund der Befragung von Patienten und Patientinnen finden Sie im beiliegenden Informationsschreiben.

Ist die Teilnahme freiwillig und anonym?

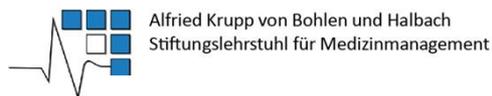
Ja, die Teilnahme ist freiwillig und die Befragung erfolgt anonym. Ihre Antworten können Ihrer Person nicht zugeordnet werden.

Weitere Informationen zur Datenerhebung und -auswertung entnehmen Sie bitte der beigefügten Teilnahmeinformation. Für weitere Informationen zur Studie, besuchen Sie gerne unsere Website: www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung!

Herzliche Grüße

Ihr Projektteam von EVA PT-RL



BARMER



Als Kooperationspartner unterstützt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) das Projekt EVA PT-RL und diese Befragung.



AUSFÜHRLICHE TEILNAHMEINFORMATION

Informationen zur Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“

Die Teilnahme an der Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“ ist freiwillig und die Befragung erfolgt komplett anonym. Ihnen entstehen keine Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen möchten. Die Befragung richtet sich an Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in der Versorgung Erwachsener sowie in der Versorgung Kinder- und Jugendlicher. Ziel ist es, Ihre Erfahrungen mit den im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 neu eingeführten Elementen der psychotherapeutischen Versorgung wie die psychotherapeutische Sprechstunde oder Akutbehandlung zu ermitteln. Insgesamt sollen deutschlandweit jeweils 420 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, 420 Ärzte und Ärztinnen des hausärztlichen Versorgungsbereichs (jeweils für Erwachsene und Kinder und Jugendliche) und 840 Personen in psychotherapeutischer Behandlung befragt werden. Wir möchten Sie bitten, sich die folgenden Informationen sorgfältig durchzulesen.

Was ist der Zweck dieser Studie?

Die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) gestaltet die Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. Mit der Strukturreform der PT-RL wurden im Jahr 2017 die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe in die psychotherapeutische Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Auch die Gruppentherapie soll zunehmend gefördert werden. Ziel dieser neu eingeführten Maßnahmen ist die Verbesserung des Zugangs zur Psychotherapie für Versicherte der GKV.

Mit dieser Studie soll untersucht werden, wie sich die Einführung bzw. Förderung der Maßnahmen auf die Versorgung ausgewirkt hat. Dabei sollen die Erfahrungen sowohl von Betroffenen selbst als auch von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Ärzten und Ärztinnen des hausärztlichen Versorgungsbereichs berücksichtigt werden. Ziel der Studie ist es, zu erkennen, welche der neu eingeführten Maßnahmen gut funktionieren und wo es noch Schwierigkeiten gibt. Darauf aufbauend werden Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung erarbeitet, um einen zeitnahen Zugang und eine bedarfsorientierte psychotherapeutische Versorgung für alle Versicherten der GKV zu gewährleisten.

Wie sieht der Ablauf der Studie für mich aus?

Wenn Sie mit der Teilnahme an der Studie einverstanden sind, füllen Sie bitte den beiliegenden Fragebogen aus. Wir möchten Sie bitten, die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten, damit ein realistisches Bild der aktuellen Versorgungssituation entsteht. Das Ausfüllen dauert ca. 30 bis 45 Minuten. Nehmen Sie sich hierfür bitte ausreichend Zeit, da Qualität und Nutzen der Untersuchung von Ihren Angaben abhängen. Den Fragebogen versenden Sie bitte im beiliegenden frankierten Umschlag an den Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen.

Durch den Versand des Fragebogens stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Angaben im Rahmen der Studie zu, eine gesonderte Einwilligungserklärung bedarf es hierfür aufgrund der anonymen Datenerhebung nicht.

Datenschutz und Datenverarbeitung

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden in anonymisierter¹ Form in Papierform und elektronisch erfasst. Zugriffsrecht zu Ihrem Fragebogen haben nur die berechtigten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Lehrstuhls für Medizinmanagement (Universität Duisburg-Essen) sowie des evaluierenden Instituts, des Essener Forschungsinstituts für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH. Die Daten werden entsprechend der Guten Wissenschaftlichen Praxis für die Dauer von 10 Jahren gespeichert und anschließend gelöscht. Die Auswertung und Nutzung der Daten (Datenverarbeitung) durch die EsFoMed GmbH sowie die Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt in anonymisierter Form. Ein Personenbezug ist nicht möglich.

Der Lehrstuhl für Medizinmanagement und die EsFoMed GmbH sind für die Datenverarbeitung innerhalb dieser Studie verantwortlich. Weitere Details zum Fragebogen, zur Verwendung Ihrer Daten oder zu Sicherheitsvorkehrungen zur Wahrung der Vertraulichkeit Ihrer Daten, können per Mail (EVA@esfomed.de) oder Telefon (Di. 9-12 Uhr oder Do. 14-17 Uhr: 0201 4517 372) erfragt werden.

Die folgenden Datenschutzbeauftragten stehen Ihnen für Fragen zur Verfügung:

Behördlicher Datenschutzbeauftragter der Universität Duisburg-Essen Dr. Kai-Uwe Loser Forsthausweg 2 47057 Duisburg Tel.: +49 234 32 28 720 E-Mail: kai-uwe.loser@uni-due.de	Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikum Essen Robert-Koch-Str. 9 - 11 45147 Essen Tel.: 0201-723-1898 oder -5179 E-Mail: datenschutz@uk-essen.de	Datenschutzbeauftragte des Projektträgers (DLR) Uwe Gorschütz Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. Linder Höhe 51147 Köln E-Mail: datenschutz@dlr.de
---	--	--

Zudem haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf

Tel.: 0211-38424-0; Fax: 0211-38424-10; E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Diese Studie ist durch ein Gremium unabhängiger Experten, die sogenannte Ethik-Kommission, beraten und zustimmend bewertet worden. Zuständige Ethik-Kommission ist die Ethik-Kommission Essen.

Wie werden die Daten behandelt?

Die uns anvertrauten Daten werden mit größter Sorgfalt und unter Achtung Ihrer Persönlichkeitsrechte gespeichert und ausgewertet. Aufgrund der anonymen Erhebung sind Sie als Person nicht aus den Daten zu erkennen. Ein Widerruf anonymisierter¹ und somit nicht mehr zuzuordnender Daten ist nicht möglich.

Wer führt die Studie durch?

Diese Studie wird durch den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband, der BARMER, dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) und der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP) durchgeführt. Zuständig für die Evaluation ist das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unterstützt diese Studie. Die Studie wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

Das Projekt wird geleitet von Herrn Prof. Dr. Jürgen Wasem und Frau Dr. Anke Walenzik, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Thea-Leymann-Str. 9, 45127 Essen, Tel.: 0201 / 183-4545. Diese sowie Frau Dr. Silke Neusser (Leitung Evaluation, EsFoMed), Tel.: 0201 / 4517-383 sind Ihre Ansprechpartner und -partnerinnen für Fragen im Zusammenhang mit der Studie. Besuchen Sie auch gerne die Projektwebsite (www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de). Hier finden Sie weitere Informationen zur Studie und später dann auch die Ergebnisse.

Datenschutzinformation: Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist Acxiom Deutschland GmbH, Speicherstraße 57-59, 60327 Frankfurt am Main. Nähere Informationen auch zu unserer Datenschutzbeauftragten erhalten Sie unter: www.acxiom.de/datenschutz. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von Artikel 6 I 1 f) DS-GVO, damit wir Ihnen interessengerechte Informationen und Angebote zukommen lassen können. **Wenn Sie künftig keine Informationen des werbenden Unternehmens erhalten möchten, wenden Sie sich bitte direkt an dieses Unternehmen. Einen generellen Widerspruch zur Verarbeitung Ihrer Daten für Werbezwecke können Sie an die Acxiom Deutschland GmbH richten.**

¹ **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz).

Befragung zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017

Informationen zum Hintergrund der Befragung

Mit der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie, die 2016 verabschiedet und im Jahr 2017 wirksam wurde, wurden die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe in die psychotherapeutische Versorgung eingeführt. Des Weiteren wurde die telefonische persönliche Erreichbarkeit der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verbindlich geregelt sowie die Gruppentherapie gefördert.

Mit dem vom Innovationsfonds geförderten Projekt „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“ sollen die Auswirkungen der Reform auf die Versorgungsrealität erhoben werden. Hierzu sollen Erfahrungen und Zufriedenheit der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erhoben werden.

Ziel ist es, mögliche Probleme zu identifizieren und die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie entsprechend den praktischen Erfahrungen anzupassen.

Wir möchten Ihnen bereits an dieser Stelle herzlich für Ihre Mithilfe danken.

Hinweise zu Ihrer Information:

Die Befragung erfolgt komplett anonym. Bevor Sie mit der Befragung beginnen, lesen Sie sich bitte die Teilnahmeinformation gründlich durch.

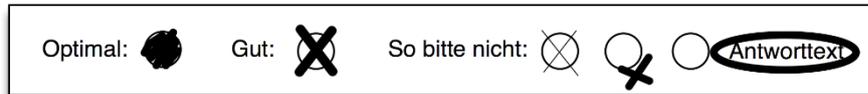
Bitte lesen Sie sich jede Frage in Ruhe durch und beantworten Sie die Fragen ehrlich, offen und spontan. Bitte beantworten Sie alle Fragen und senden den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden, bereits frankierten, Umschlag an uns zurück.

Noch Fragen?

Nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf. Sie erreichen uns telefonisch dienstags zwischen 9 und 12 Uhr und donnerstags zwischen 14 und 17 Uhr unter 0201 4517 372 sowie jederzeit per E-Mail unter EVA@esfomed.de. Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auch unter: www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de.

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Wenn hinter den Fragen „*Mehrfachnennungen möglich*“ steht, dürfen Sie unbegrenzt Kästchen ankreuzen. Bei den anderen Fragen machen Sie bitte nur in eines der Kästchen ein Kreuz. Bitte setzen Sie keine Kreuze zwischen den Feldern, d.h. setzen Sie keine Kreuze außerhalb der vorgedruckten Kästchen.



In wenigen Fällen gibt es die Möglichkeit, der Freitextangaben. Bitte versuchen Sie leserlich und in Druckbuchstaben zu schreiben. Vielen Dank! Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, so kreisen Sie dieses Kästchen bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an:

Beispiel:

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

- 21 – 30 Jahre
- 31 – 40 Jahre
- 41 – 50 Jahre
- 51 – 60 Jahre

Beginnen Sie bitte jetzt mit Frage 1 auf der nächsten Seite!

Allgemeine Angaben

1. Bitte geben Sie an, welcher Kassenärztlichen Vereinigung Sie angehören:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> KV Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> KV Hessen | <input type="checkbox"/> KV Sachsen |
| <input type="checkbox"/> KV Bayerns | <input type="checkbox"/> KV Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> KV Sachsen-Anhalt |
| <input type="checkbox"/> KV Berlin | <input type="checkbox"/> KV Niedersachsen | <input type="checkbox"/> KV Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> KV Brandenburg | <input type="checkbox"/> KV Nordrhein | <input type="checkbox"/> KV Thüringen |
| <input type="checkbox"/> KV Bremen | <input type="checkbox"/> KV Rheinland-Pfalz | <input type="checkbox"/> KV Westfalen-Lippe |
| <input type="checkbox"/> KV Hamburg | <input type="checkbox"/> KV Saarland | <input type="checkbox"/> Keiner |

2. Bitte geben Sie die Ortsgröße des Ortes an, in dem Sie tätig sind:

- Landgemeinde (< 5.000 Einwohner)
- Kleinstadt (5.000 bis < 20.000 Einwohner)
- Mittelstadt (20.000 bis < 100.000 Einwohner)
- Großstadt (ab 100.000 Einwohner)

3. Arbeiten Sie...

- ...selbstständig...
- ...angestellt...

4. ...in [Mehrfachnennungen möglich]:

- einer Einzelpraxis.
- einer Praxisgemeinschaft.
- einer Gemeinschaftspraxis/Jobsharingpraxis.
- einem Medizinischen Versorgungszentrum.
- einer Ausbildungsambulanz.
- einer Hochschulambulanz.
- einer Psychiatrischen Institutsambulanz.

5. Bitte geben Sie an, für welches Psychotherapieverfahren Sie eine fachliche Befähigung haben. [Mehrfachnennungen möglich]

- Analytische Psychotherapie
 - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - Verhaltenstherapie
 - Systemische Therapie
-

6. Welches Studium haben Sie absolviert?

- Medizin
 - Psychologie
 - Pädagogischer Studiengang
 - Anderes: _____
-

7. Bitte kreuzen Sie an, welche Patientengruppe(n) Sie behandeln.

[Kreuzen Sie bitte beide Gruppen an, wenn eine der beiden Gruppen mindestens einen Anteil von ca. einem Drittel ausmacht. Anderenfalls kreuzen Sie bitte die Gruppe an, die Sie überwiegend behandeln.]

- Erwachsene
- Kinder und Jugendliche

8. Wie häufig bieten Sie Videosprechstunden an?

- Gar nicht.
- Teilweise.
- Fast ausschließlich.

→ Falls Sie keine Videosprechstunden anbieten, gehen Sie bitte weiter zu Frage 10.

9. Wenn Sie Videosprechstunden anbieten, für welche Behandlungsformen? [Mehrfachnennungen möglich]

- Für psychotherapeutische Sprechstunden.
- Für probatorische Sitzungen.
- Für Therapiesitzungen (Richtlinientherapie).

10. Wie häufig begegnen Sie in Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit (inkl. psychotherapeutischer Sprechstunde) folgenden Krankheitsbildern bei Ihren Patient*innen?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Nie	Manchmal (<small>< 5 Patient*innen / Quartal</small>)	Häufig (<small>≥ 5 Patient*innen / Quartal</small>)
a. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Angststörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Zwangsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Nichtorganische Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sexuelle Funktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen oder Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Schizophrene und affektive psychotische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Haben Sie eine Befähigung zur Gruppentherapie oder befinden Sie sich gerade in einer Nachqualifikation zum/zur Gruppentherapeut*in?

- Nein, ich habe weder eine Abrechnungsgenehmigung zur Gruppentherapie noch absolviere ich derzeit eine entsprechende Nachqualifikation.
- Ich absolviere derzeit eine Nachqualifikation zum/zur Gruppentherapeut*in.
- Ja, ich habe eine Abrechnungsgenehmigung zur Gruppentherapie.

12. Bieten Sie Richtlinien-therapie als Einzel- und/oder Gruppentherapie an? [Mehrfachnennungen möglich]

- Einzeltherapien
 - Gruppentherapien
 - Kombinationsbehandlungen (der-/dieselbe Therapeut*in)
 - Kombinationsbehandlungen (unterschiedliche Therapeut*innen)
-

13. Bitte geben Sie an, was für einen Versorgungsauftrag Sie haben bzw. wenn Sie angestellt sind, in welchem Umfang Sie arbeiten.

- Voller Versorgungsauftrag
 - Häftiger Versorgungsauftrag
 - Ich bin angestellt und arbeite in Vollzeit.
 - Ich bin angestellt und arbeite in Teilzeit.
-

14. Führen Sie bzw. Ihre Praxis Wartelisten? [Mehrfachnennungen möglich]

- Nein
 - Ja, für Sprechstundenplätze
 - Ja, für probatorische Sitzungen
 - Ja, für Akutbehandlungsplätze
 - Ja, für Richtlinien-therapieplätze
-

15. Bitte geben Sie Ihr Alter und Geschlecht an:

a.	21 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	Über 60
	<input type="checkbox"/>				

b.	männlich	weiblich	keine Angabe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilung von und Erfahrungen mit der telefonischen Erreichbarkeit

16. Wie können Patient*innen bei Ihnen bzw. in Ihrer Praxis Termine vereinbaren?

[Mehrfachnennungen möglich]

- Patient*innen können Nachrichten auf dem Anrufbeantworter hinterlassen und werden dann zurückgerufen.
- Patient*innen können online Termine vereinbaren (per Mail oder Terminvergabesystem).
- Patient*innen werden über die Terminservicestelle der KV vermittelt.

Es sind feste Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit eingerichtet,...

- ...zu denen ein/eine Psychotherapeut*in persönlich telefonisch zwecks Terminvereinbarung erreichbar ist.
- ...zu denen Praxispersonal telefonisch Termine vereinbart.
- ...zu denen Praxispersonal Anrufe entgegennimmt und Patient*innen durch mich oder einen anderen/eine andere Psychotherapeut*in zwecks Terminvereinbarung zurückgerufen werden.
- Es sind keine festen Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit eingerichtet.

17. Die Einführung der telefonischen Erreichbarkeit... [Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
a. ... hat meine Arbeitsorganisation erleichtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...erleichtert die Kontaktaufnahme für Patient*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...erleichtert die Kontaktaufnahme für Kassen, Kolleg*innen, Hausärzt*innen, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...hat den Druck erhöht, sich Anfragen stellen zu müssen, ohne Therapieplätze anbieten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

Erfahrungen mit und Einschätzung zur Terminservicestelle (TSS)

18. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen:

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
a. Die TSS funktioniert gut als zentrale Anlaufstelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Die TSS führt dazu, dass Patient*innen auf freie Plätze verteilt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Die TSS hat dazu beigetragen, dass die Wartezeiten für ein Erstgespräch (=psychotherapeutische Sprechstunde) verkürzt werden konnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ich habe keine Kapazitäten, um Termine an die TSS zu melden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ Falls Sie noch keine Termine an die Terminservicestelle gemeldet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 20.

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
e. Ich melde freie Termine für die psychotherapeutische Sprechstunde an die TSS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ich melde freie Termine für die psychotherapeutische Akutbehandlung an die TSS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ich melde freie Termine für probatorische Sitzungen an die TSS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Die von mir gemeldeten Termine wurden nicht genutzt und sind verfallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

[Fortsetzung Frage 18]	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
i. Die von der TSS mir zugewiesenen Patient*innen haben häufig lange Anfahrtswege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Die von der TSS mir zugewiesenen Patient*innen kommen nicht zu den vereinbarten Terminen und führen zu Ausfallzeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wenn Sie bereits Termine an die Terminservicestelle gemeldet haben, wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit der Terminservicestelle?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
a. Zusammenarbeit insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mit den Informationen, die die TSS an Patient*innen vermittelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mit der Terminvergabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mit dem zeitlichen Aufwand, um Termine zu melden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die psychotherapeutische Sprechstunde

20. In welcher Form bieten Sie die psychotherapeutische Sprechstunde an? [Mehrfachnennungen möglich]

- Als offene Sprechstunde zu vorgegeben Zeiten
 - Mit Terminvergabe
-

21. Bieten Sie psychotherapeutische Sprechstunden an, wenn Sie im Anschluss keine Kapazitäten für eine Richtlinientherapie haben?

- Ja
 - Nein
-

22. Wie viele Anfragen für eine psychotherapeutische Sprechstunde haben Sie durchschnittlich im Monat?

- Bis zu 5 Anfragen / Monat
 - 6 – 10 Anfragen / Monat
 - 11 – 15 Anfragen / Monat
 - 16 – 20 Anfragen / Monat
 - 21 – 25 Anfragen / Monat
 - > 25 Anfragen / Monat
-

23. Wie lange müssen Patient*innen bei Ihnen durchschnittlich nach Erstkontakt/Anfrage in Ihrer Praxis auf einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde warten?

- Bis zu einer Woche
- 1 – 2 Wochen
- 2 – 4 Wochen
- > 4 Wochen

24. Wie viele psychotherapeutische Sprechstunden führen Sie durchschnittlich pro Woche durch?

- Weniger als 50 Minuten / Woche
- 50 Minuten / Woche
- Zwischen 50 - 100 Minuten / Woche
- 100 Minuten / Woche
- Mehr als 100 Minuten / Woche

25. Welche Maßnahmen empfehlen Sie anteilig (in %) im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde? [Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Nie	Selten [< 10 %]	Manchmal [10 – 50%]	Häufig [> 50%]
Keine Maßnahme notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präventionsmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztliche Abklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Richtlinientherapie				
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung bei mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in meiner Praxis (andere/r Therapeut*in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in anderer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztliche Abklärung				
Psychiater*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder-/Jugendpsychiater*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische/r Mediziner*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere/r Fachärzt*in:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

[Fortsetzung Frage 25]	Nie	Selten [< 10 %]	Manchmal [10 – 50%]	Häufig [> 50%]
Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung				
Behandlung bei mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in meiner Praxis (andere/r Therapeut*in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in anderer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung				
Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung				
(Erziehungs-) / Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere niedrighschwellige Angebote (z.B. Onlineprogramme, die nicht als DiGA gelistet sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Aus welchen Gründen verweisen Sie Patient*innen nach Beendigung der psychotherapeutischen Sprechstunde an andere Psychotherapeut*innen? [Mehrfachnennungen möglich]

- Keine Kapazitäten
- Anderes Therapieverfahren angemessen
- Persönliche Gründe der Patient*innen
- Therapeut-Patient-Passung ist problematisch
- Terminfindung schwierig
- Anfahrt der Patient*innen zu lang
- Kommt nicht vor

27. Wie unterstützen Sie Patient*innen, die im Anschluss an eine psychotherapeutische Sprechstunde für eine Akutbehandlung oder Richtlinien-therapie weitervermittelt werden müssen? [Mehrfachnennungen möglich]

- Ich weise auf die Möglichkeit der Terminvereinbarung über die Terminservicestellen hin.
 - Ich gebe Patient*innen eine Liste mit Psychotherapeut*innen für ihren Umkreis.
 - Ich stelle selbst Kontakt zu einer/einem Psychotherapeut*in innerhalb meines Netzwerks her.
 - Ich weise auf die Krankenkasse als Unterstützer hin.
 - Gar nicht. Ich habe nicht die Kapazität, Patient*innen bei der Therapeutensuche zu unterstützen.
 - Gar nicht. Ich sehe es nicht als meine Aufgabe, Patient*innen bei der Therapeutensuche zu unterstützen.
-

28. Gelingt es, Patient*innen weiterzuvermitteln, die nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde nicht in Ihrer Praxis im Rahmen einer Akutbehandlung oder Richtlinien-therapie weiter behandelt werden können?

- Nein, es gibt nicht genügend Kapazitäten im Umkreis.
 - Ja, ohne große Verzögerungen. Das psychotherapeutische Angebot im Umkreis ist gut.
 - Ja, ohne große Verzögerungen. Ich nutze für die Weitervermittlung mein persönliches Netzwerk.
 - Ja, mit Wartezeiten.
 - Ich weiß nicht. Ich gebe Patient*innen Kontaktdaten von Kolleg*innen, erhalte aber keine Rückmeldung darüber, ob es tatsächlich zu einer erfolgreichen Weitervermittlung gekommen ist.
 - Ich weiß nicht. Ich vermittele keine Patient*innen weiter.
-

Nutzen der Sprechstunde

29. Die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde...

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
a. ... hat zu einem verbesserten Erstzu- gang geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...hat die Hemmschwelle für ein Erst- gespräch reduziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...hat dazu geführt, dass eine frühzei- tige diagnostische Abklärung erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... kann zu gezielter Diagnostik / Diffe- rentialdiagnostik genutzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...hat die Nachfrage nach psychothera- peutischen Leistungen erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...hat dazu geführt, dass mehr Pati- ent*innen aufgenommen werden kön- nen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ...ermöglicht ein vertieftes Kennenler- nen der Patient*innen vor einer Therapie und entzerrt dadurch den Therapiepro- zess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ...hat zu weniger Zeitdruck geführt (bspw. bis der Konsiliarbericht vorliegt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ...hat dazu geführt, dass Patient*innen psychotherapeutische Sprechstunden bei mehreren Therapeut*innen in Anspruch nehmen, um eine für sich passende Therapeut*innenwahl zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ...hat dazu geführt, dass Patient*innen psychotherapeutische Sprechstunden bei mehreren Therapeut*innen in Anspruch nehmen, um Zugang zu einem Therapie- platz zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

[Fortsetzung Frage 29]	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
Die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde...					
k. ...kann auch in akuten Krisen bereits zu Entlastung führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ...hat die gewünschte Lotsenfunktion (=bedarfsgerechte Steuerung der Patient*innen) erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ...ermöglicht es, Patient*innen angemessen zu beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ...hat dazu geführt, dass sich das Zugangsproblem verschoben hat (Erstkontakt möglich; Therapie aufgrund weiter bestehender Wartezeiten nicht).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. ...hat zu einer besseren Zusammenarbeit mit psychosozialen Angeboten geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. ...hat zu einem besseren Austausch mit Hausärzt*innen / Fachärzt*innen geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. ...hat zu einer besseren sektorenübergreifenden Kooperation geführt (bspw. mit Tageskliniken, anderen Anbietern psychischer/psychiatrischer Versorgung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. ...wird angemessen vergütet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. ...führt zu einem Druck, die Vorgaben umzusetzen, obwohl keine Therapieplätze vorhanden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. ...ist so nicht praktikabel; die Mindestanzahl der Sprechstunden sollte nicht vorgeschrieben sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. ...wird von Patient*innen gut angenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. ...hat dazu geführt, dass Patient*innen bedarfsorientiert versorgt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Hat die Reform der PT-Richtlinie zu einer Veränderung der Patientenstruktur geführt? Geben Sie bitte an, von welchen Patientengruppen Sie seit der Reform häufiger/seltener psychotherapeutische Behandlungsanfragen erhalten:

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

Ich erhalte Anfragen von...	...häufiger als vor der Reform.	...genau so oft wie vor der Reform.	...seltener als vor der Reform.
a. ...Patient*innen mit leichten psychischen Erkrankungen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...Patient*innen mit schweren / chronischen psychischen Erkrankungen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...Patient*innen mit psychotischen Störungen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...Patient*innen mit Suchterkrankungen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...sozial benachteiligte Patient*innen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...ältere Patient*innen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ...Patient*innen mit Migrationshintergrund...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ...Patient*innen ohne psychische Erkrankungen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ...arbeitsunfähige Patient*innen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ...Patient*innen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten (u.a. bspw. Menschen mit Intelligenzminderung)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Akutbehandlung

31. Welchen Patient*innen bieten Sie eine Akutbehandlung an? [Mehrfachnennungen möglich]

a. Neuen Patient*innen...

- ...in suizidalen Krisen.
- ...mit akuter Symptomatik / mit akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen.
- ..., bei denen eine Behandlung mit max. 12 Therapieeinheiten und begrenzter Zielsetzung ausreicht und eine Richtlinien-therapie nicht notwendig ist.
- ..., bei denen die Indikation für eine Richtlinien-therapie noch nicht eindeutig gestellt werden kann.
- ..., die bis zum Beginn einer Richtlinien-therapie bzw. anderer Maßnahmen einer Stabilisierung bedürfen.

b. Mir aus einer früheren Behandlung bekannte Patient*innen...

- ...in suizidalen Krisen.
- ...mit akuter Symptomatik / mit akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen.
- ..., bei denen eine Behandlung mit max. 12 Therapieeinheiten und begrenzter Zielsetzung ausreicht und eine Richtlinien-therapie nicht notwendig ist.
- ..., die bis zum Beginn einer Richtlinien-therapie bzw. anderer Maßnahmen einer Stabilisierung bedürfen.

32. Die Akutbehandlung ...

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
a. ...ist ein hilfreiches Instrument, um Patient*innen in akuten Belastungssituationen / Krisen zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...nutze ich zur Überbrückung, bspw. bis der Konsiliarbericht vorliegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...ist eine gute Idee, aber in der Praxis wegen fehlender Kapazitäten schwierig umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...vermittelt den Eindruck, dass Therapien immer schneller abgehandelt werden sollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...kann helfen, teilstationäre oder stationäre Einweisungen zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...hilft, um Patient*innen, die aus dem stationären Bereich entlassen wurden, kurzfristig zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ...nutze ich <u>nicht</u> , weil keine Kapazitäten vorhanden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ...nutze ich <u>nicht</u> . Stattdessen nutze ich bspw. zur Überbrückung das psychiatrische oder das psychotherapeutische Gespräch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ...wird in dieser Form nicht gebraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ...ist bei schweren psychischen Erkrankungen ungeeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ...hat den Aufwand für Anzeigepflichten erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ...wird von Patient*innen gut angenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ...als Bestandteil des Therapiekontingentes finde ich angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Richtlinientherapie

33. Was sind, Ihrer Erfahrung nach, Gründe für (zeitliche) Verzögerungen zwischen psychotherapeutischer Sprechstunde und einer darauffolgenden Akutbehandlung oder Richtlinientherapie? [Mehrfachnennungen möglich]

(Anmerkung: Die Frage bezieht sich auf Fälle, die in derselben Praxis weiter behandelt werden.)

- Keine Kapazitäten / lange Warteliste
- Konsiliarbericht liegt nicht vor
- Persönliche Gründe der Patient*innen
- Kommt nicht vor

34. Beurteilen Sie bitte die folgenden Aussagen: [Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

Seit der Reform...	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
a. ...beenden mehr Patient*innen durch die Einführung der KZT 1 die Richtlinientherapie nach 12 Therapiestunden.	<input type="checkbox"/>				
b. ... hat sich der bürokratische Aufwand durch den Wegfall eines Bewilligungsschrittes verringert.	<input type="checkbox"/>				
c. ...führe ich weniger Richtlinientherapien durch.	<input type="checkbox"/>				
d. ... stelle ich häufiger Fortführungsanträge für LZT, da der Aufwand für LZT-Anträge geringer geworden ist.	<input type="checkbox"/>				
e. ...hat sich der Aufwand für Antragsstellungen durch die Zweiteilung der KZT erhöht.	<input type="checkbox"/>				
f. ...stehen mir weniger Kapazitäten pro Woche für die Richtlinientherapie zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>				

35. Betreuen Sie seit der Reform insgesamt mehr oder weniger Patient*innen?

- Mehr Patient*innen
 - Weniger Patient*innen
 - Keine Änderung
 - Weiß nicht
-

36. Betreuen Sie seit der Reform mehr oder weniger Patient*innen in Richtlinientherapie?

- Mehr Patient*innen
 - Weniger Patient*innen
 - Keine Änderung
 - Weiß nicht
-

37. Empfehlen Sie bzw. bieten Sie Ihren Patient*innen seit der Reform häufiger Gruppen-therapien an?

- Nein
 - Ja
 - Weiß nicht
-

38. Empfehlen Sie bzw. bieten Sie Ihren Patient*innen seit der Reform häufiger Kombinati-onsbehandlungen an?

- Nein
- Ja
- Weiß nicht

39. Welche Barrieren ergeben sich aus Ihrer Sicht für gruppenpsychotherapeutische Angebote? [Mehrfachnennungen möglich]

- Bürokratischer Aufwand
- Zu wenig zugewiesene Patient*innen / die Gruppen können nicht gefüllt werden
- Nicht ausreichend geeignete Patient*innen
- Mangelnde Bereitschaft der Patient*innen
- Fehlende Räumlichkeiten
- Unzureichende Vergütung
- Reduziert die Anzahl der Einzeltherapiestunden (bei Kombinationsbehandlungen)
- Mangelnder Austausch / Vernetzung zwischen Therapeut*innen, um gemeinsam Gruppen aufzubauen
- Corona-bedingte Auflagen
- Weiß nicht / Mir sind keine bekannt

Rezidivprophylaxe

40. Die Rezidivprophylaxe...

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
a. ...empfehle ich allen Patient*innen in LZT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...ist besonders für Patient*innen mit chronischen psychischen Erkrankungen geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...ist besonders für Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...ist ein sinnvolles Instrument, um die Zeit bis zur nächsten Richtlinien-therapie zu überbrücken / zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...ist ein sinnvolles Instrument, das zur Stabilisierung / zum Therapieerfolg wesentlich beiträgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...nutze ich, um Krisen bei Bedarf aufzufangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

[Fortsetzung Frage 40]	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
Die Rezidivprophylaxe...					
g. ...habe ich vorher in der Form bereits genutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ...wird von Patient*innen gut angenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Was sind aus Ihrer Sicht Gründe, die die Anwendung der Rezidivprophylaxe erschweren? [Mehrfachnennungen möglich]

- Bürokratischer Aufwand ist zu hoch.
- Mangelnde Bereitschaft der Patient*innen.
- Reduziert die Anzahl der Langzeittherapiestunden / es braucht zusätzliche Kontingente, die individuell für die Rezidivprophylaxe genutzt werden können.
- Es gibt keine.

Praxisorganisation

42. Hat sich durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie Ihre Arbeitszeit verlängert?

- Nein
- Ja, um _____ %

43. Versuchen Sie bitte einzuschätzen, wie viel Zeit (in % Ihrer wöchentlichen Arbeitszeit) in einer durchschnittlichen Woche genutzt werden für...

	In %	Trifft nicht auf mich zu
a. ...telefonische Erreichbarkeit:	_____	<input type="checkbox"/>
b. ...psychotherapeutische Sprechstunden:	_____	<input type="checkbox"/>
c. ...psychotherapeutische Akutbehandlung:	_____	<input type="checkbox"/>
d. ...Richtlinientherapie (Einzeltherapie):	_____	<input type="checkbox"/>
e. ...Richtlinientherapie (Gruppentherapie):	_____	<input type="checkbox"/>
f. ...Weitervermittlung von Patient*innen (nach psychotherapeutischer Sprechstunde, da kein Therapieplatz vorhanden ist):	_____	<input type="checkbox"/>
g. ...Administrative Tätigkeiten (inkl. Anträge):	_____	<input type="checkbox"/>
h. ...Praxisorganisation:	_____	<input type="checkbox"/>

Gesamteinschätzung

44. Abschließend möchten wir Sie bitten, die folgenden Aussagen zu bewerten:

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
a. Wenn eine psychotherapeutische Beziehung, z.B. im Rahmen einer Sprechstunde, zu einer/einem Patient*in aufgebaut ist, sollte kein Therapeutenwechsel mehr erfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich verstehe mich im Rahmen meiner psychotherapeutischen Tätigkeit auch als Versorger im Sinne einer angemessenen Steuerung der Behandlung psychischer Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Angesichts der Reform der PT-Richtlinie habe ich mich bemüht, meine bewährte psychotherapeutische Tätigkeit möglichst wenig zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Durch die Reform der PT-Richtlinie hat sich das Verständnis meiner Rolle in der Versorgung verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Die Reform der PT-Richtlinie hat mich dazu gebracht, Vorgehensweisen in meiner psychotherapeutischen Praxis zu überdenken und anzupassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Die Reform der PT-Richtlinie hat in erster Linie positive Veränderungen für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe! Sobald die Ergebnisse vorliegen, werden sie auf der Projektwebsite www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de vorgestellt.

Befragung zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017

Informationen zum Hintergrund der Befragung

Mit der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie, die 2016 verabschiedet und im Jahr 2017 wirksam wurde, wurden die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe in die psychotherapeutische Versorgung eingeführt. Des Weiteren wurde die telefonische persönliche Erreichbarkeit der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verbindlich geregelt sowie die Gruppentherapie gefördert.

Mit dem vom Innovationsfonds geförderten Projekt „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“ sollen die Auswirkungen der Reform auf die Versorgungsrealität erhoben werden. Hierzu sollen auch Erfahrungen und Zufriedenheit der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erhoben werden.

Ziel ist es, mögliche Probleme zu identifizieren und die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie entsprechend den praktischen Erfahrungen anzupassen.

Wir möchten Ihnen bereits an dieser Stelle herzlich für Ihre Mithilfe danken.

Hinweise zu Ihrer Information:

Die Befragung erfolgt komplett anonym. Bevor Sie mit der Befragung beginnen, lesen Sie sich bitte die Teilnahmeinformation gründlich durch.

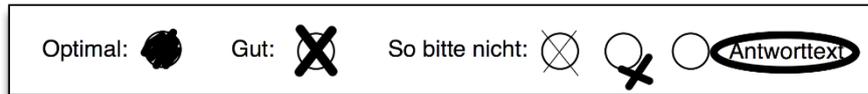
Bitte lesen Sie sich jede Frage in Ruhe durch und beantworten Sie die Fragen ehrlich, offen und spontan. Bitte beantworten Sie alle Fragen und senden den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden, bereits frankierten, Umschlag an uns zurück.

Noch Fragen?

Nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf. Sie erreichen uns telefonisch dienstags zwischen 9 und 12 Uhr und donnerstags zwischen 14 und 17 Uhr unter 0201 4517 372 sowie jederzeit per E-Mail unter EVA@esfomed.de. Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auch unter: www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de.

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Wenn hinter den Fragen „*Mehrfachnennungen möglich*“ steht, dürfen Sie unbegrenzt Kästchen ankreuzen. Bei den anderen Fragen machen Sie bitte nur in eines der Kästchen ein Kreuz. Bitte setzen Sie keine Kreuze zwischen den Feldern, d.h. setzen Sie keine Kreuze außerhalb der vorgedruckten Kästchen.



In wenigen Fällen gibt es die Möglichkeit, der Freitextangaben. Bitte versuchen Sie leserlich und in Druckbuchstaben zu schreiben. Vielen Dank! Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, so kreisen Sie dieses Kästchen bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an:

Beispiel:

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

- 21 – 30 Jahre
- 31 – 40 Jahre
- 41 – 50 Jahre
- 51 – 60 Jahre

Beginnen Sie bitte jetzt mit Frage 1 auf der nächsten Seite!

Allgemeine Angaben

1. Bitte geben Sie an, welcher Kassenärztlichen Vereinigung Sie angehören:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> KV Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> KV Hessen | <input type="checkbox"/> KV Sachsen |
| <input type="checkbox"/> KV Bayerns | <input type="checkbox"/> KV Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> KV Sachsen-Anhalt |
| <input type="checkbox"/> KV Berlin | <input type="checkbox"/> KV Niedersachsen | <input type="checkbox"/> KV Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> KV Brandenburg | <input type="checkbox"/> KV Nordrhein | <input type="checkbox"/> KV Thüringen |
| <input type="checkbox"/> KV Bremen | <input type="checkbox"/> KV Rheinland-Pfalz | <input type="checkbox"/> KV Westfalen-Lippe |
| <input type="checkbox"/> KV Hamburg | <input type="checkbox"/> KV Saarland | <input type="checkbox"/> Keiner |

2. Bitte geben Sie die Ortsgröße des Ortes an, in dem Sie tätig sind:

- Landgemeinde (< 5.000 Einwohner)
- Kleinstadt (5.000 bis < 20.000 Einwohner)
- Mittelstadt (20.000 bis < 100.000 Einwohner)
- Großstadt (ab 100.000 Einwohner)

3. Arbeiten Sie...

- ...selbstständig...
- ...angestellt...

4. ...in [Mehrfachnennungen möglich]:

- einer Einzelpraxis.
- einer Praxisgemeinschaft.
- einer Gemeinschaftspraxis/Jobsharingpraxis.
- einem Medizinischen Versorgungszentrum.
- einer Ausbildungsambulanz.
- einer Hochschulambulanz.
- einer Psychiatrischen Institutsambulanz.

5. Bitte geben Sie an, für welches Psychotherapieverfahren Sie eine fachliche Befähigung haben. [Mehrfachnennungen möglich]

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

6. Welches Studium haben Sie absolviert?

- Medizin
- Psychologie
- Pädagogischer Studiengang
- Anderes: _____

7. Bitte kreuzen Sie an, welche Patientengruppe(n) Sie behandeln.

[Kreuzen Sie bitte beide Gruppen an, wenn eine der beiden Gruppen mindestens einen Anteil von ca. einem Drittel ausmacht. Anderenfalls kreuzen Sie bitte die Gruppe an, die Sie überwiegend behandeln.]

- Erwachsene Kinder und Jugendliche

8. Wie häufig bieten Sie Videosprechstunden an?

- Gar nicht.
- Teilweise.
- Fast ausschließlich.

→ Falls Sie keine Videosprechstunden anbieten, gehen Sie bitte weiter zu Frage 10.

9. Wenn Sie Videosprechstunden anbieten, für welche Behandlungsformen? [Mehrfachnennungen möglich]

- Für psychotherapeutische Sprechstunden.
- Für probatorische Sitzungen.
- Für Therapiesitzungen (Richtlinientherapie).

10. Wie häufig begegnen Sie in Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit (inkl. psychotherapeutischer Sprechstunde) folgenden Krankheitsbildern bei Ihren Patient*innen?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Nie	Manchmal (< 5 Patient*innen / Quartal)	Häufig (≥ 5 Patient*innen / Quartal)
a. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Angststörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Zwangsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Nichtorganische Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sexuelle Funktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen oder Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Schizophrene und affektive psychotische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Psychosomatische Störungen (z.B. Enuresis und Enkopresis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Haben Sie eine Befähigung zur Gruppentherapie oder befinden Sie sich gerade in einer Nachqualifikation zum/zur Gruppentherapeut*in?

- Nein, ich habe weder eine Abrechnungsgenehmigung zur Gruppentherapie noch absolviere ich derzeit eine entsprechende Nachqualifikation.
- Ich absolviere derzeit eine Nachqualifikation zum/zur Gruppentherapeut*in.
- Ja, ich habe eine Abrechnungsgenehmigung zur Gruppentherapie.

12. Bieten Sie Richtlinien-therapie als Einzel- und/oder Gruppentherapie an? [Mehrfachnennungen möglich]

- Einzeltherapien
- Gruppentherapien
- Kombinationsbehandlungen (der-/dieselbe Therapeut*in)
- Kombinationsbehandlungen (unterschiedliche Therapeut*innen)

13. Bitte geben Sie an, was für einen Versorgungsauftrag Sie haben bzw. wenn Sie angestellt sind, in welchem Umfang Sie arbeiten.

- Voller Versorgungsauftrag
- Häftiger Versorgungsauftrag
- Ich bin angestellt und arbeite in Vollzeit.
- Ich bin angestellt und arbeite in Teilzeit.

14. Führen Sie bzw. Ihre Praxis Wartelisten? [Mehrfachnennungen möglich]

- Nein
- Ja, für Sprechstundenplätze
- Ja, für probatorische Sitzungen
- Ja, für Akutbehandlungsplätze
- Ja, für Richtlinien-therapieplätze

15. Bitte geben Sie Ihr Alter und Geschlecht an:

a.	21 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	Über 60
	<input type="checkbox"/>				

b.	männlich	weiblich	keine Angabe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilung von und Erfahrungen mit der telefonischen Erreichbarkeit

16. Wie können Patient*innen bei Ihnen bzw. in Ihrer Praxis Termine vereinbaren?

[Mehrfachnennungen möglich]

- Patient*innen können Nachrichten auf dem Anrufbeantworter hinterlassen und werden dann zurückgerufen.
- Patient*innen können online Termine vereinbaren (per Mail oder Terminvergabesystem).
- Patient*innen werden über die Terminservicestelle der KV vermittelt.

Es sind feste Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit eingerichtet,

- ...zu denen ein/eine Psychotherapeut*in persönlich telefonisch zwecks Terminvereinbarung erreichbar ist.
- ...zu denen Praxispersonal telefonisch Termine vereinbart.
- ...zu denen Praxispersonal Anrufe entgegennimmt und Patient*innen durch mich oder einen anderen/eine andere Psychotherapeut*in zwecks Terminvereinbarung zurückgerufen werden.
- Es sind keine festen Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit eingerichtet.

17. Die Einführung der telefonischen Erreichbarkeit...

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
a. ... hat meine Arbeitsorganisation erleichtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...erleichtert die Kontaktaufnahme für Patient*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...erleichtert die Kontaktaufnahme für Kassen, Kolleg*innen, Hausärzt*innen, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...hat den Druck erhöht, sich Anfragen stellen zu müssen, ohne Therapieplätze anbieten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

Erfahrungen mit und Einschätzung zur Terminservicestelle (TSS)

18. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen:

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
a. Die TSS funktioniert gut als zentrale Anlaufstelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Die TSS führt dazu, dass Patient*innen auf freie Plätze verteilt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Die TSS hat dazu beigetragen, dass die Wartezeiten für ein Erstgespräch (=psychotherapeutische Sprechstunde) verkürzt werden konnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ich habe keine Kapazitäten, um Termine an die TSS zu melden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Falls Sie noch keine Termine an die Terminservicestelle gemeldet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 20.

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
e. Ich melde freie Termine für die psychotherapeutische Sprechstunde an die TSS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ich melde freie Termine für die psychotherapeutische Akutbehandlung an die TSS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ich melde freie Termine für probatorische Sitzungen an die TSS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Die von mir gemeldeten Termine wurden nicht genutzt und sind verfallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

[Fortsetzung Frage 18]	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
i. Die von der TSS mir zugewiesenen Patient*innen haben häufig lange Anfahrtswege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Die von der TSS mir zugewiesenen Patient*innen kommen nicht zu den vereinbarten Terminen und führen zu Ausfallzeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wenn Sie bereits Termine an die Terminservicestelle gemeldet haben, wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit der Terminservicestelle?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
a. Zusammenarbeit insgesamt	<input type="checkbox"/>				
b. Mit den Informationen, die die TSS an die Patient*innen vermittelt	<input type="checkbox"/>				
c. Mit der Terminvergabe	<input type="checkbox"/>				
d. Mit dem zeitlichen Aufwand, um Termine zu melden	<input type="checkbox"/>				

Die psychotherapeutische Sprechstunde

20. In welcher Form bieten Sie die psychotherapeutische Sprechstunde an? [Mehrfachnennungen möglich]

- Als offene Sprechstunde zu vorgegeben Zeiten
 - Mit Terminvergabe
-

21. Bieten Sie psychotherapeutische Sprechstunden an, wenn Sie im Anschluss keine Kapazitäten für eine Richtlinien-therapie haben?

- Ja
 - Nein
-

22. Wie viele Anfragen für eine psychotherapeutische Sprechstunde haben Sie durchschnittlich im Monat?

- Bis zu 5 Anfragen / Monat
 - 6 – 10 Anfragen / Monat
 - 11 – 15 Anfragen / Monat
 - 16 – 20 Anfragen / Monat
 - 21 – 25 Anfragen / Monat
 - > 25 Anfragen / Monat
-

23. Wie lange müssen Patient*innen bei Ihnen durchschnittlich nach Erstkontakt/Anfrage in Ihrer Praxis auf einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde warten?

- Bis zu einer Woche
- 1 – 2 Wochen
- 2 – 4 Wochen
- > 4 Wochen

24. Wie viele psychotherapeutische Sprechstunden führen Sie durchschnittlich pro Woche durch?

- Weniger als 50 Minuten / Woche
- 50 Minuten / Woche
- 50 – 100 Minuten / Woche
- 100 Minuten / Woche
- Mehr als 100 Minuten / Woche

25. Welche Maßnahmen empfehlen Sie anteilig (in %) im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde? [Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Nie	Selten [< 10 %]	Manchmal [10 – 50%]	Häufig [> 50%]
Keine Maßnahme notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präventionsmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztliche Abklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Richtlinien-therapie				
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung bei mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in meiner Praxis (andere/r Therapeut*in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in anderer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztliche Abklärung				
Psychiater*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder-/Jugendpsychiater*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische/r Mediziner*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere/r Fachärzt*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

[Fortsetzung Frage 25]	Nie	Selten [< 10 %]	Manchmal [10 – 50%]	Häufig [> 50%]
Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung				
Behandlung in meiner Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in anderer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung				
Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung				
(Erziehungs-)Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere niedrigschwellige Angebote (z.B. Onlineprogramme, die nicht als DiGA gelistet sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Aus welchen Gründen verweisen Sie Patient*innen nach Beendigung der psychotherapeutischen Sprechstunde an andere Psychotherapeut*innen? [Mehrfachnennungen möglich]

- Keine Kapazitäten
- Anderes Therapieverfahren angemessen
- Persönliche Gründe der Patient*innen bzw. ihrer Eltern
- Therapeut-Patient-Passung ist problematisch
- Terminfindung schwierig
- Anfahrt der Patient*innen zu lang
- Kommt nicht vor

27. Wie unterstützen Sie Patient*innen, die im Anschluss an eine psychotherapeutische Sprechstunde für eine Akutbehandlung oder Richtlinien-therapie weitervermittelt werden müssen? [Mehrfachnennungen möglich]

- Ich weise auf die Möglichkeit der Terminvereinbarung über die Terminservicestellen hin.
- Ich gebe Patient*innen eine Liste mit Psychotherapeut*innen für ihren Umkreis.
- Ich stelle selbst Kontakt zu einer/einem Psychotherapeut*in innerhalb meines Netzwerks her.
- Ich weise auf die Krankenkasse als Unterstützer hin.
- Gar nicht. Ich habe nicht die Kapazität, Patient*innen bei der Therapeutensuche zu unterstützen.
- Gar nicht. Ich sehe es nicht als meine Aufgabe, Patient*innen bei der Therapeutensuche zu unterstützen.

28. Gelingt es, Patient*innen weiterzuvermitteln, die nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde nicht in Ihrer Praxis im Rahmen einer Akutbehandlung oder Richtlinien-therapie weiter behandelt werden können?

- Nein, es gibt nicht genügend Kapazitäten im Umkreis.
- Ja, ohne große Verzögerungen. Das psychotherapeutische Angebot im Umkreis ist gut.
- Ja, ohne große Verzögerungen. Ich nutze für die Weitervermittlung mein persönliches Netzwerk.
- Ja, mit Wartezeiten.
- Ich weiß nicht. Ich gebe Patient*innen Kontaktdaten von Kolleg*innen, erhalte aber keine Rückmeldung darüber, ob es tatsächlich zu einer erfolgreichen Weitervermittlung gekommen ist.
- Ich weiß nicht. Ich vermittele keine Patient*innen weiter.

Nutzen der Sprechstunde

29. Die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde...

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
a. ... hat zu einem verbesserten Erstzugang geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...hat die Hemmschwelle für ein Erstgespräch reduziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...hat dazu geführt, dass eine frühzeitige diagnostische Abklärung erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... kann zu gezielter Diagnostik / Differentialdiagnostik genutzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...hat die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...hat dazu geführt, dass mehr Patient*innen aufgenommen werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ...ermöglicht ein vertieftes Kennenlernen der Patient*innen und Bezugspersonen vor einer Therapie und entzerrt dadurch den Therapieprozess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ...hat zu weniger Zeitdruck geführt (bspw. bis der Konsiliarbericht vorliegt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ...hat dazu geführt, dass Patient*innen psychotherapeutische Sprechstunden bei mehreren Therapeut*innen in Anspruch nehmen, um eine für sich passende Therapeut*innenwahl zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ...hat dazu geführt, dass Patient*innen psychotherapeutische Sprechstunden bei mehreren Therapeut*innen in Anspruch nehmen, um Zugang zu einem Therapieplatz zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ...kann auch in akuten Krisen bereits zu Entlastung führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

[Fortsetzung Frage 29]	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
Die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde...					
l. ...hat die gewünschte Lotsenfunktion (=bedarfsgerechte Steuerung der Patient*innen) erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ...ermöglicht es, Patient*innen angemessen zu beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ...hat dazu geführt, dass sich das Zugangsproblem verschoben hat (Erstkontakt möglich; Therapie aufgrund weiter bestehender Wartezeiten nicht).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. ...hat zu einer besseren Zusammenarbeit mit psychosozialen Angeboten geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. ...hat zu einem besseren Austausch mit Hausärzt*innen bzw. Kinder- und Jugendärzt*innen / Fachärzt*innen geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. ...hat zu einer besseren sektorenübergreifenden Kooperation geführt (bspw. mit Tageskliniken, anderen Anbietern psychischer/psychiatrischer Versorgung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. ...wird angemessen vergütet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. ...führt zu einem Druck, die Vorgaben umzusetzen, obwohl keine Therapieplätze vorhanden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. ...ist so nicht praktikabel; die Mindestanzahl der Sprechstunden sollte nicht vorgeschrieben sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. ...wird von Patient*innen gut angenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. ...hat dazu geführt, dass ich in der Regel ca. 100 Minuten für die Bezugspersonen des Kindes/des Jugendlichen ohne deren Anwesenheit nutze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. ...wird von den Bezugspersonen des Kindes/des Jugendlichen gut angenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

[Fortsetzung Frage 29]

Die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde...

Stimme gar nicht zu **Stimme nicht zu** **Teils, teils** **Stimme zu** **Stimme voll zu**

x. ...hat dazu geführt, dass Patient*innen bedarfsorientiert versorgt werden.

y. ...hat die Gewichtung der Sprechstunden (Kinder / Jugendliche vs. Bezugsperson) angemessen berücksichtigt.

30. Hat die Reform der PT-Richtlinie zu einer Veränderung der Patientenstruktur geführt? Geben Sie bitte an, von welchen Patientengruppen Sie seit der Reform häufiger/seltener psychotherapeutische Behandlungsanfragen erhalten:

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

Ich erhalte Anfragen von...	...häufiger als vor der Reform.	...genau so oft wie vor der Reform.	...seltener als vor der Reform.
a. ...Patient*innen mit leichten psychischen Erkrankungen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...Patient*innen mit schweren / chronischen psychischen Erkrankungen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...Patient*innen mit psychotischen Störungen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...Patient*innen mit kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...Patient*innen mit Suchterkrankungen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...sozial benachteiligte Patient*innen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ...Patient*innen mit Migrationshintergrund...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ...Patient*innen ohne psychische Erkrankungen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ...arbeits-/schulunfähige Patient*innen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ...Patient*innen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten (u.a. bspw. Menschen mit Intelligenzminderung)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Akutbehandlung

31. Welchen Patient*innen bieten Sie eine Akutbehandlung an? [Mehrfachnennungen möglich]

a. Neuen Patient*innen...

- ...in suizidalen Krisen.
- ...mit akuter Symptomatik / mit akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen.
- ..., bei denen eine Behandlung mit max. 12 Therapieeinheiten und begrenzter Zielsetzung ausreicht und eine Richtlinientherapie nicht notwendig ist.
- ..., bei denen die Indikation für eine Richtlinientherapie noch nicht eindeutig gestellt werden kann.
- ..., die bis zum Beginn einer Richtlinientherapie bzw. anderer Maßnahmen einer Stabilisierung bedürfen.

b. Mir aus einer früheren Behandlung bekannte Patient*innen...

- ...in suizidalen Krisen.
- ...mit akuter Symptomatik / mit akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen.
- ..., bei denen eine Behandlung mit max. 12 Therapieeinheiten und begrenzter Zielsetzung ausreicht und eine Richtlinientherapie nicht notwendig ist.
- ..., die bis zum Beginn einer Richtlinientherapie bzw. anderer Maßnahmen einer Stabilisierung bedürfen.

32. Die Akutbehandlung ...

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
a. ...ist ein hilfreiches Instrument, um Patient*innen in akuten Belastungssituationen / Krisen zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...nutze ich zur Überbrückung, bspw. bis der Konsiliarbericht vorliegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...ist eine gute Idee, aber in der Praxis wegen fehlender Kapazitäten schwierig umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...vermittelt den Eindruck, dass Therapien immer schneller abgehandelt werden sollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...kann helfen, teilstationäre oder stationäre Einweisungen zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...hilft, um Patient*innen, die aus dem stationären Bereich entlassen wurden, kurzfristig zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ...nutze ich <u>nicht</u> , weil keine Kapazitäten vorhanden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ...nutze ich <u>nicht</u> . Stattdessen nutze ich bspw. zur Überbrückung das psychiatrische oder das psychotherapeutische Gespräch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ...wird in dieser Form nicht gebraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ...ist bei schweren psychischen Erkrankungen ungeeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ...hat den Aufwand für Anzeigepflichten erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ...wird von Patient*innen gut angenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ...als Bestandteil des Therapiekontingentes finde ich angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Richtlinientherapie

33. Was sind, Ihrer Erfahrung nach, Gründe für (zeitliche) Verzögerungen zwischen psychotherapeutischer Sprechstunde und einer darauffolgenden Akutbehandlung oder Richtlinientherapie? [Mehrfachnennungen möglich]

(**Anmerkung:** Die Frage bezieht sich auf Fälle, die in derselben Praxis weiter behandelt werden.)

- Keine Kapazitäten / lange Warteliste
- Konsiliarbericht liegt nicht vor
- Persönliche Gründe der Patient*innen
- Kommt nicht vor

34. Beurteilen Sie bitte die folgenden Aussagen:

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

Seit der Reform...	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
a. ...beenden mehr Patient*innen durch die Einführung der KZT 1 die Richtlinientherapie nach 12 Therapiestunden.	<input type="checkbox"/>				
b. ... hat sich der bürokratische Aufwand durch den Wegfall eines Bewilligungsschrittes verringert.	<input type="checkbox"/>				
c. ...führe ich weniger Richtlinientherapien durch.	<input type="checkbox"/>				
d. ... stelle ich häufiger Fortführungsanträge für LZT, da der Aufwand für LZT-Anträge geringer geworden ist.	<input type="checkbox"/>				
e. ...hat sich der Aufwand für Antragsstellungen durch die Zweiteilung der KZT erhöht.	<input type="checkbox"/>				
f. ...stehen mir weniger Kapazitäten pro Woche für die Richtlinientherapie zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>				

35. Betreuen Sie seit der Reform insgesamt mehr oder weniger Patient*innen?

- Mehr Patient*innen
 - Weniger Patient*innen
 - Keine Änderung
 - Weiß nicht
-

36. Betreuen Sie seit der Reform mehr oder weniger Patient*innen in Richtlinien-therapie?

- Mehr Patient*innen
 - Weniger Patient*innen
 - Keine Änderung
 - Weiß nicht
-

37. Empfehlen Sie bzw. bieten Sie Ihren Patient*innen seit der Reform häufiger Gruppen-therapien an?

- Nein
 - Ja
 - Weiß nicht
-

38. Empfehlen Sie bzw. bieten Sie Ihren Patient*innen seit der Reform häufiger Kombina-tionsbehandlungen an?

- Nein
- Ja
- Weiß nicht

39. Welche Barrieren ergeben sich aus Ihrer Sicht für gruppenpsychotherapeutische Angebote? [Mehrfachnennungen möglich]

- Bürokratischer Aufwand
- Zu wenig zugewiesene Patient*innen / die Gruppen können nicht gefüllt werden
- Nicht ausreichend geeignete Patient*innen
- Mangelnde Bereitschaft der Patient*innen
- Fehlende Räumlichkeiten
- Unzureichende Vergütung
- Reduziert die Anzahl der Einzeltherapiestunden (bei Kombinationsbehandlungen)
- Mangelnder Austausch / Vernetzung zwischen Therapeut*innen, um gemeinsam Gruppen aufzubauen
- Corona-bedingte Auflagen
- Weiß nicht / Mir sind keine bekannt

Rezidivprophylaxe

40. Die Rezidivprophylaxe...

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
a. ...empfehle ich allen Patient*innen in LZT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...ist besonders für Patient*innen mit chronischen psychischen Erkrankungen geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...ist besonders für Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...ist ein sinnvolles Instrument, um die Zeit bis zur nächsten Richtlinien-therapie zu überbrücken / zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...ist ein sinnvolles Instrument, das zur Stabilisierung / zum Therapieerfolg wesentlich beiträgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...nutze ich, um Krisen bei Bedarf aufzufangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

[Fortsetzung Frage 40]

Die Rezidivprophylaxe...

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
g. ...habe ich vorher in der Form bereits genutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ...wird von den Patient*innen gut angenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Was sind aus Ihrer Sicht Gründe, die die Anwendung der Rezidivprophylaxe erschweren? [Mehrfachnennungen möglich]

- Bürokratischer Aufwand ist zu hoch.
- Mangelnde Bereitschaft der Patient*innen.
- Reduziert die Anzahl der Langzeittherapiestunden / es braucht zusätzliche Kontingente, die individuell für die Rezidivprophylaxe genutzt werden können.
- Es gibt keine.

Praxisorganisation

42. Hat sich durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie Ihre Arbeitszeit verlängert?

- Nein
- Ja, um _____ %

43. Versuchen Sie bitte einzuschätzen, wie viel Zeit (in % Ihrer wöchentlichen Arbeitszeit) in einer durchschnittlichen Woche genutzt werden für...

	In %	Trifft nicht auf mich zu
a. ...telefonische Erreichbarkeit:	_____	<input type="checkbox"/>
b. ...psychotherapeutische Sprechstunden:	_____	<input type="checkbox"/>
c. ...psychotherapeutische Akutbehandlung:	_____	<input type="checkbox"/>
d. ...Richtlinientherapie (Einzeltherapie):	_____	<input type="checkbox"/>
e. ...Richtlinientherapie (Gruppentherapie):	_____	<input type="checkbox"/>
f. ...Weitervermittlung von Patient*innen (nach psychotherapeutischer Sprechstunde, da kein Therapieplatz vorhanden ist):	_____	<input type="checkbox"/>
g. ...administrative Tätigkeiten (inkl. Anträge):	_____	<input type="checkbox"/>
h. ...Praxisorganisation:	_____	<input type="checkbox"/>

Gesamteinschätzung

44. Abschließend möchten wir Sie bitten, die folgenden Aussagen zu bewerten:

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
a. Wenn eine psychotherapeutische Beziehung, z.B. im Rahmen einer Sprechstunde, zu einer/einem Patient*in aufgebaut ist, sollte kein Therapeutenwechsel mehr erfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich verstehe mich im Rahmen meiner psychotherapeutischen Tätigkeit auch als Versorger im Sinne einer angemessenen Steuerung der Behandlung psychischer Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Angesichts der Reform der PT-Richtlinie habe ich mich bemüht, meine bewährte psychotherapeutische Tätigkeit möglichst wenig zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Durch die Reform der PT-Richtlinie hat sich das Verständnis meiner Rolle in der Versorgung verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Die Reform der PT-Richtlinie hat mich dazu gebracht, Vorgehensweisen in meiner psychotherapeutischen Praxis zu überdenken und anzupassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Die Reform der PT-Richtlinie hat in erster Linie positive Veränderungen für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe! Sobald die Ergebnisse vorliegen, werden sie auf der Projektwebsite www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de vorgestellt.

Bitte um Unterstützung bei der Rekrutierung von Patienten und Patientinnen

Sehr geehrte Damen und Herren,

neben Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in der vertragsärztlichen Versorgung, sollen im Rahmen der Studie auch Patienten und Patientinnen zu ihren Erfahrungen befragt werden. Hier sind wir auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Insgesamt sollen in ganz Deutschland jeweils 420 erwachsene Patienten und Patientinnen sowie 420 Patienten und Patientinnen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, befragt werden.

Wir möchten Sie bitten, uns bei der Rekrutierung zu unterstützen, indem Sie ca. 10 Fragebögen an Ihre Patienten und Patientinnen verteilen. Befragt werden sollen Erwachsene, die

- mindestens 21 Jahre alt sind,
- gesetzlich krankenversichert sind,
- sich derzeit in einer Richtlinientherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie befinden,
- einwilligungsfähige Personen sind, die kognitiv und sprachlich (z.B. ausreichende Deutschkenntnisse) fähig sind, den Fragebogen zu verstehen und zu beantworten

sowie Kinder und Jugendliche, die

- mindestens das 4. Lebensjahr beendet und das 18. Lebensjahr noch nicht beendet haben,
- gesetzlich krankenversichert sind,
- sich derzeit in Richtlinientherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie befinden,
- kognitiv und sprachlich (z.B. ausreichende Deutschkenntnisse) fähig sind, den Fragebogen zu verstehen und zu beantworten (gilt bei Kindern unter 14 Jahren für die Personensorgeberechtigten).

Falls Sie bereit sind, uns bei der Rekrutierung von Patienten und Patientinnen zu unterstützen, senden Sie bitte das beigefügte Formular ausgefüllt per Fax oder eingescannt per Mail an:

Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH

Stichwort: Eva PT-RL

Fax: 0201 – 4517 453

E-Mail: EVA@esfomed.de

Website: www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de

Sie erhalten umgehend von uns Patientenfragebögen per Post zugeschickt. Bitte verteilen Sie die Patientenfragebögen inkl. frankierter Rückumschläge nach den jeweiligen Psychotherapie-Sitzungen an Ihre Patienten und Patientinnen.

Bei offenen Fragen zur Studie wenden Sie sich gerne an Frau Dr. Silke Neusser (silke.neusser@esfomed.de) oder Frau Dr. Anke Walendzik (Anke.Walendzik@medman.uni-due.de). Bei Fragen zur Befragung kontaktieren Sie uns per Mail (EVA@esfomed.de) oder Telefon (Di. 9-12 Uhr oder Do. 14-17 Uhr: 0201 4517 372).

Wir danken Ihnen bereits im Voraus für Ihre Mitwirkung an der Befragung!

Ihr Projektteam von Eva PT-RL

Studie: Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)

Formular: Unterstützung bei der Rekrutierung von Patienten und Patientinnen

Danke, dass Sie uns bei der Rekrutierung von Patienten und Patientinnen unterstützen wollen! Füllen Sie dazu bitte dieses Formular aus und verschicken es per Fax oder eingescannt per E-Mail an:

Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH

Stichwort: Eva PT-RL

Fax: 0201 – 4517 453

E-Mail: EVA@esfomed.de

WICHTIG: Sollten Sie auch selbst an unserer Befragung teilnehmen und den Fragebogen für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ausfüllen, verschicken Sie dieses Formular bitte **nicht** zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen, sondern nutzen Sie für dieses Formular bitte ausschließlich den Weg per Fax oder Mail.

Wir würden uns freuen, wenn Sie an ca. 10 Patienten und Patientinnen Fragebögen austeilen. Falls Sie an mehr oder weniger Patienten und Patientinnen Fragebögen austeilen möchten, ist dies natürlich auch kein Problem.

Sind Sie als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin in der Versorgung von Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen tätig?

- Erwachsene
- Kinder und Jugendliche
- Beides

Wie viele Fragebögen benötigen Sie:

Fragebögen für Erwachsene: _____

Fragebögen für Kinder und Jugendliche: _____

Um Ihnen die Fragebögen zukommen zu lassen, benötigen wir Ihre Anschrift²:

Vollständiger Name bzw. Name der Praxis: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

² Ihre Angaben werden ausschließlich zu dem Zweck verarbeitet, Ihnen Fragebögen im Rahmen der Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“ zukommen zu lassen.

Anlage 5: Befragungsunterlagen Primärversorger



Einladung zur Teilnahme am Projekt „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva-PT-RL)“

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Lehrstuhl für Medizinmanagement führt zusammen mit weiteren Partnern die Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“ durch. Wir möchten Sie hiermit einladen, an der Befragung teilzunehmen und uns dabei zu unterstützen, die psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Bereich weiterzuentwickeln und die interdisziplinäre Versorgung psychischer Erkrankungen zu verbessern.

Worum genau geht es in der Studie?

Die Grundlage für die vertragsärztliche psychotherapeutische Versorgung, die Psychotherapie-Richtlinie, wurde 2017 reformiert, insbesondere um den Zugang der Patienten zu einer notwendigen ambulanten Psychotherapie zu verbessern. Wir möchten von Ihnen wissen, wie zufrieden Sie mit der derzeitigen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und der Vermittlung und Weiterleitung von Patienten oder Patientinnen in die ambulante psychotherapeutische Versorgung sind.

Aufbauend auf Ihren Informationen, aber auch der Auswertung von weiteren Daten, wie Abrechnungsdaten der Krankenkassen, werden Vorschläge erarbeitet, um die psychotherapeutische Versorgung bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.

Was muss ich tun?

Wir möchten Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und uns im beiliegenden frankierten Umschlag zurückzuschicken. Das Ausfüllen des Bogens dauert ca. 10-20 Minuten.

Ist die Teilnahme freiwillig und anonym?

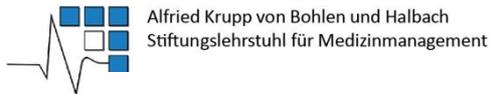
Ja, die Teilnahme ist freiwillig und die Befragung und Auswertung erfolgen anonym. Ihre Antworten können Ihrer Person nicht zugeordnet werden.

Weitere Informationen zur Datenerhebung und -auswertung entnehmen Sie bitte der beigefügten Teilnahmeinformation. Für weitere Informationen zur Studie besuchen Sie gerne unsere Website: www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung!

Herzliche Grüße

Ihr Projektteam von EVA PT-RL



Als Kooperationspartner unterstützt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) das Projekt EVA PT-RL und diese Befragung.



AUSFÜHRLICHE TEILNAHMEINFORMATION

Informationen zur Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“

Die Teilnahme an der Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“ ist freiwillig und die Befragung erfolgt komplett anonym. Ihnen entstehen keine Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen möchten. Die Befragung richtet sich an Ärzte und Ärztinnen des hausärztlichen Versorgungsbereichs in der Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen. Ziel ist es, Ihre Erfahrungen mit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vor dem Hintergrund der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 zu ermitteln. Insgesamt sollen deutschlandweit 420 Ärzte und Ärztinnen des hausärztlichen Versorgungsbereichs (jeweils für Erwachsene und Kinder und Jugendliche) befragt werden. Zudem sollen jeweils 420 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in der Versorgung Erwachsener sowie Kinder- und Jugendlicher, sowie 840 Personen in psychotherapeutischer Behandlung befragt werden.

Wir möchten Sie bitten, sich die folgenden Informationen sorgfältig durchzulesen.

Was ist der Zweck dieser Studie?

Die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) gestaltet die Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. Mit der Strukturreform der PT-RL wurden im Jahr 2017 die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe in die psychotherapeutische Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Auch die Gruppentherapie soll zunehmend gefördert werden. Ziel dieser neu eingeführten Maßnahmen ist die Verbesserung des Zugangs zur Psychotherapie für Versicherte der GKV.

Mit dieser Studie soll untersucht werden, wie sich die Einführung bzw. Förderung der Maßnahmen auf die Versorgung ausgewirkt hat. Dabei sollen die Erfahrungen sowohl von Betroffenen selbst als auch von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Ärzten und Ärztinnen des hausärztlichen Versorgungsbereichs berücksichtigt werden. Ziel der Studie ist es, zu erkennen, welche der neu eingeführten Maßnahmen gut funktionieren und wo es noch Schwierigkeiten gibt. Darauf aufbauend werden Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung erarbeitet, um einen zeitnahen Zugang und eine bedarfsorientierte psychotherapeutische Versorgung für alle Versicherten der GKV zu gewährleisten.

Wie sieht der Ablauf der Studie für mich aus?

Wenn Sie mit der Teilnahme an der Studie einverstanden sind, füllen Sie bitte den beiliegenden Fragebogen aus. Wir möchten Sie bitten, die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten, damit ein realistisches Bild der aktuellen Versorgungssituation entsteht. Das Ausfüllen dauert ca. 10 bis 20 Minuten. Nehmen Sie sich hierfür bitte ausreichend Zeit, da Qualität und Nutzen der Untersuchung von Ihren Angaben abhängen. Den Fragebogen versenden Sie bitte im beiliegenden frankierten Umschlag an den Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen.

Durch den Versand des Fragebogens stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Angaben im Rahmen der Studie zu, einer gesonderten Einwilligungserklärung bedarf es hierfür aufgrund der anonymen Datenerhebung nicht.

Datenschutz und Datenverarbeitung

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden in anonymisierter¹ Form in Papierform und elektronisch erfasst. Zugriffsrecht zu Ihrem Fragebogen haben nur die berechtigten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Lehrstuhls für Medizinmanagement (Universität Duisburg-Essen) sowie des evaluierenden Instituts, des Essener Forschungsinstituts für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH. Die Daten werden entsprechend der Guten Wissenschaftlichen Praxis für die Dauer von 10 Jahren gespeichert und anschließend gelöscht. Die Auswertung und Nutzung der Daten (Datenverarbeitung) durch die EsFoMed GmbH sowie die Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt in anonymisierter Form. Ein Personenbezug ist nicht möglich.

Der Lehrstuhl für Medizinmanagement und die EsFoMed GmbH sind für die Datenverarbeitung innerhalb dieser Studie verantwortlich. Weitere Details zum Fragebogen, zur Verwendung Ihrer Daten oder zu Sicherheitsvorkehrungen zur Wahrung der Vertraulichkeit Ihrer Daten, können per Mail (EVA@esfomed.de) oder Telefon (Di. 9-12 Uhr oder Do. 14-17 Uhr: 0201 4517 372) erfragt werden.

Die folgenden Datenschutzbeauftragten stehen Ihnen für Fragen zur Verfügung:

Behördlicher Datenschutzbeauftragter der Universität Duisburg-Essen Dr. Kai-Uwe Loser Forsthausweg 2 47057 Duisburg Tel.: +49 234 32 28 720 E-Mail: kai-uwe.loser@uni-due.de	Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikum Essen Robert-Koch-Str. 9 – 11 45147 Essen Tel.: 0201-723-1898 oder -5179 E-Mail: datenschutz@uk-essen.de	Datenschutzbeauftragte des Projektträgers (DLR) Uwe Gorschütz Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. Linder Höhe 51147 Köln E-Mail: datenschutz@dlr.de
---	--	--

Zudem haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf

Tel.: 0211-38424-0; Fax: 0211-38424-10; E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Diese Studie ist durch ein Gremium unabhängiger Experten, die sogenannte Ethik-Kommission, beraten und zustimmend bewertet worden. Zuständige Ethik-Kommission ist die Ethik-Kommission Essen.

Wie werden die Daten behandelt?

Die uns anvertrauten Daten werden mit größter Sorgfalt und unter Achtung Ihrer Persönlichkeitsrechte gespeichert und ausgewertet. Aufgrund der anonymen Erhebung sind Sie als Person nicht aus den Daten zu erkennen. Ein Widerruf anonymisierter¹ und somit nicht mehr zuzuordnender Daten ist nicht möglich.

Wer führt die Studie durch?

Diese Studie wird durch den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband, der BARMER, dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) und der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP) durchgeführt. Zuständig für die Evaluation ist das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unterstützt diese Studie. Die Studie wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

Das Projekt wird geleitet von Herrn Prof. Dr. Jürgen Wasem und Frau Dr. Anke Walendzik, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Thea-Leymann-Str. 9, 45127 Essen, Tel.: 0201 / 183-4545. Diese sowie Frau Dr. Silke Neusser (Leitung Evaluation, EsFoMed), Tel.: 0201 / 4517-383 sind Ihre Ansprechpartner und -partnerinnen für Fragen im Zusammenhang mit der Studie. Besuchen Sie auch gerne die Projektwebsite (www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de). Hier finden Sie weitere Informationen zur Studie und später dann auch die Ergebnisse.

Datenschutzinformation: Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist Acxiom Deutschland GmbH, Speicherstraße 57-59, 60327 Frankfurt am Main. Nähere Informationen auch zu unserer Datenschutzbeauftragten erhalten Sie unter: www.acxiom.de/datenschutz. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von Artikel 6 I 1 f) DS-GVO, damit wir Ihnen interessengerechte Informationen und Angebote zu kommen lassen können. **Wenn Sie künftig keine Informationen des werbenden Unternehmens erhalten möchten, wenden Sie sich bitte direkt an dieses Unternehmen. Einen generellen Widerspruch zur Verarbeitung Ihrer Daten für Werbezwecke können Sie an die Acxiom Deutschland GmbH richten.**

¹ **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz).

Befragung zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017

Informationen zum Hintergrund der Befragung

Mit der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie, die 2016 verabschiedet und im Jahr 2017 wirksam wurde, wurden die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe in die psychotherapeutische Versorgung eingeführt. Des Weiteren wurde die telefonische persönliche Erreichbarkeit der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verbindlich geregelt sowie die Gruppentherapie gefördert.

Mit dem vom Innovationsfonds geförderten Projekt „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“ sollen die Auswirkungen der Reform auf die Versorgungsrealität erhoben werden. Hierzu sollen auch Erfahrungen und Zufriedenheit der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Hausärzte und Hausärztinnen sowie der Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen erhoben werden.

Ziel ist es, mögliche Probleme zu identifizieren und die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie entsprechend der praktischen Erfahrungen anzupassen.

Wir möchten Ihnen bereits an dieser Stelle herzlich für Ihre Mithilfe danken.

Hinweise zu Ihrer Information:

Die Befragung erfolgt komplett anonym. Bevor Sie mit der Befragung beginnen, lesen Sie sich bitte die Teilnahmeinformation gründlich durch.

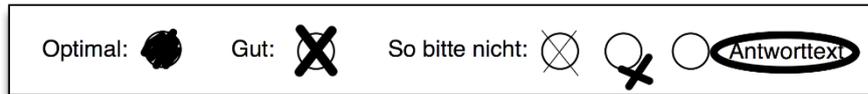
Bitte lesen Sie sich jede Frage in Ruhe durch und beantworten Sie die Fragen ehrlich, offen und spontan. Bitte beantworten Sie alle Fragen und senden den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden, bereits frankierten Umschlag an uns zurück.

Noch Fragen?

Nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf. Sie erreichen uns telefonisch dienstags zwischen 9 und 12 Uhr und donnerstags zwischen 14 und 17 Uhr unter 0201 4517 372 sowie jederzeit per E-Mail unter EVA@esfomed.de. Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter: www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de.

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Wenn hinter den Fragen „*Mehrfachnennungen möglich*“ steht, dürfen Sie unbegrenzt Kästchen ankreuzen. Bei den anderen Fragen machen Sie bitte nur in eines der Kästchen ein Kreuz. Bitte setzen Sie keine Kreuze zwischen den Feldern, d.h. setzen Sie keine Kreuze außerhalb der vorgedruckten Kästchen.



In wenigen Fällen gibt es die Möglichkeit der Freitextangaben. Bitte versuchen Sie leserlich und in Druckbuchstaben zu schreiben. Vielen Dank! Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, so kreisen Sie dieses Kästchen bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an:

Beispiel:

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

- 21 – 30 Jahre
- 31 – 40 Jahre
- 41 – 50 Jahre
- 51 – 60 Jahre

Beginnen Sie bitte jetzt mit Frage 1 auf der nächsten Seite!

Allgemeine Angaben

1. Bitte geben Sie an, welcher Kassenärztlichen Vereinigung Sie angehören:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> KV Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> KV Hessen | <input type="checkbox"/> KV Sachsen |
| <input type="checkbox"/> KV Bayerns | <input type="checkbox"/> KV Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> KV Sachsen-Anhalt |
| <input type="checkbox"/> KV Berlin | <input type="checkbox"/> KV Niedersachsen | <input type="checkbox"/> KV Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> KV Brandenburg | <input type="checkbox"/> KV Nordrhein | <input type="checkbox"/> KV Thüringen |
| <input type="checkbox"/> KV Bremen | <input type="checkbox"/> KV Rheinland-Pfalz | <input type="checkbox"/> KV Westfalen-Lippe |
| <input type="checkbox"/> KV Hamburg | <input type="checkbox"/> KV Saarland | <input type="checkbox"/> Keiner |

2. Ihre Praxis liegt in einer ...

- ...Landgemeinde (< 5.000 Einwohner)
- ...Kleinstadt (5.000 bis < 20.000 Einwohner)
- ...Mittelstadt (20.000 bis < 100.000 Einwohner)
- ...Großstadt (ab 100.000 Einwohner)

3. Sie arbeiten in ... [Mehrfachnennungen möglich]:

- ...einer Einzelpraxis.
- ...einer Praxisgemeinschaft.
- ...einer Gemeinschaftspraxis/Jobsharingpraxis.
- ...einem Medizinischen Versorgungszentrum.

4. Welche (fachärztliche) Weiterbildung haben Sie?

- Innere Medizin
- Allgemeinmedizin
- Pädiatrie
- Sonstige: _____

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL): Befragung von Ärzt*innen in der hausärztlichen Versorgung

5. Haben Sie eine Zusatzqualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung oder psychotherapeutischen Behandlung erworben?

Nein

Ja, Qualifikationsnachweis "Psychosomatische Grundversorgung"

Ja, Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Ja, sonstiges: _____

6. Bitte geben Sie Ihr Alter und Geschlecht an:

a.	21 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	über 60
	<input type="checkbox"/>				

b.	männlich	weiblich	keine Angabe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hausärztliche Grundversorgung

7. Bitte kreuzen Sie an, welche Patientengruppe(n) Sie behandeln:

[Kreuzen Sie bitte beide Gruppen an, wenn eine der beiden Gruppen mindestens einen Anteil von ca. einem Drittel ausmacht. Anderenfalls kreuzen Sie bitte die Gruppe an, die Sie überwiegend behandeln.]

Erwachsene

Kinder/Jugendliche

8. Bitte schätzen Sie, wie häufig Sie folgenden Krankheitsbildern bei Ihren Patient*innen in der hausärztlichen Versorgung begegnen:

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Nie	Manchmal (<small>< 5 Patient*innen / Quartal</small>)	Häufig (<small>≥ 5 Patient*innen / Quartal</small>)
a. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Angststörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Zwangsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Nichtorganische Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sexuelle Funktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen oder Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Schizophrene und affektive psychotische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Welche der folgenden Maßnahmen bieten Sie an bzw. empfehlen Sie bei Verdacht auf psychische Erkrankungen? [Mehrfachnennungen möglich]

- Stabilisierende Gespräche im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung (vor einer Überleitung)
- Überleitung in ambulante psychotherapeutische Behandlung (Fachärzt*in/ Psychotherapeut*in/Tagesklinik, etc.)
- Einweisung in ein spezialisiertes Krankenhaus oder (psychosomatische) Rehabilitation
- Durchführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde (gemäß der Psychotherapie-Richtlinie, s. Infobox unter dieser Frage) in eigener Praxis
- Medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka
- Medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka in Kombination mit psychotherapeutischer Behandlung
- Selbsthilfegruppen
- (Erziehungs-)Beratungsstellen / Jugendhilfe
- Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)
- Online-Kurse / sonstige Apps (z.B. Achtsamkeit, Meditation, etc.)
- Broschüren / Ratgeberliteratur
- Nichts
- Sonstiges: _____

INFOBOX

Was ist mit der psychotherapeutischen Sprechstunde gemeint?

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist ein Erstgespräch mit einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin, das zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung dient und über mehrere Sitzungen stattfinden kann. Es wird geklärt, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient oder die Patientin eine Psychotherapie benötigt oder ob sich andere Unterstützungs- und Beratungsangebote (z.B. Präventionsangebote, Ehe- und Familienberatungsstelle) anbieten. Erste therapeutische Interventionen sind möglich.

Weiterleitung in eine psychotherapeutische Versorgung / Kooperationen mit psychotherapeutischer Versorgung

10. Wenn Sie Patient*innen eine psychotherapeutische Behandlung nahelegen, wie unterstützen Sie bei der Therapeut*innensuche? [Mehrfachnennungen möglich]

- Ich weise auf die Möglichkeit der Terminvereinbarung über die Terminservicestelle hin.
- Ich verweise auf das Verzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung, in der alle zugelassenen Psychotherapeut*innen aufgeführt sind.
- Ich gebe Patient*innen eine Liste mit Psychotherapeut*innen für meinen Umkreis.
- Ich stelle selbst Kontakt zu einem/einer Psychotherapeut*in innerhalb meines Netzwerkes her.
- Ich weise auf die Krankenkasse als Unterstützer hin.
- Gar nicht. Ich habe nicht die Kapazität, Patient*innen bei der Therapeut*innensuche zu unterstützen.
- Gar nicht. Ich sehe es nicht als meine Aufgabe, Patient*innen bei der Therapeut*innensuche zu unterstützen.
- Sonstiges:

11. Wie lange dauert, Ihrer Erfahrung nach, die Überleitung von Patient*innen in eine psychotherapeutische Sprechstunde?

- Bis zu 1 Woche
- 1 – 2 Wochen
- 2 – 4 Wochen
- > 4 Wochen

12. Hat sich seit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde, Ihrer Erfahrung nach, die Zeit bis zu einem Ersttermin bei Psychotherapeut*innen verkürzt?

- Nein, Patient*innen berichten, dass es immer noch genauso schwierig sei, einen Ersttermin bei Psychotherapeut*innen zu erhalten.
- Ja, Patient*innen berichten von einer frühzeitigeren Terminvergabe.
- Keine Angabe möglich.

13. Wie lange beträgt, Ihrer Erfahrung nach, die Wartezeit zwischen psychotherapeutischer Sprechstunde und Richtlinien-therapie?

- Bis zu 4 Wochen
 - 4 – 8 Wochen
 - 9 – 12 Wochen
 - > 12 Wochen
 - Keine Rückmeldung durch Patient*innen erhalten
 - Keine Angabe möglich
-

14. Gibt es, Ihrer Erfahrung nach, Patientengruppen mit psychischer Belastung/Erkrankung, für die der Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung erschwert ist?
[Mehrfachnennungen möglich]

- Patient*innen / Personenberechtigte mit unzureichender Sprachkompetenz
- Patient*innen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten (u.a. bspw. Menschen mit Intelligenzminderung)
- Ältere Patient*innen
- Patient*innen mit zusätzlicher somatischer Erkrankung
- Patient*innen mit besonders schwer ausgeprägter psychischer Erkrankung
- Patient*innen in schwierigen familiären Konstellationen (z.B. Eltern / Partner mit Suchtproblemen)
- Patient*innen mit niedrigem Sozialstatus
- Patient*innen mit Wohnort im ländlichen Raum
- Patient*innen mit Migrationshintergrund

Kommunikation / Austausch mit Psychotherapeut*innen

15. Bitte kreuzen Sie an, in welchen Fällen und bei wie vielen Patient*innen pro Quartal Sie sich mit Psychotherapeut*innen patientenbezogen austauschen.

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Nie	Selten (1-2 Patient*innen / Quartal)	Manchmal (3-4 Patient*innen / Quartal)	Häufig (≥ 5 Patient*innen / Quartal)
Patient*innen ohne psychotherapeutische Behandlung				
a. Hausärztliche Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bei der Weitervermittlung von Patient*innen in die psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bei Verdacht auf psychische Erkrankung, der bei der Abklärung somatischer Symptome auftrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient*innen in psychotherapeutischer Behandlung				
d. Hausärztliche Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Im Rahmen der von mir durchgeführten psychosomatischen Grundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Im Rahmen des Konsiliarverfahrens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Im Rahmen des Gutachterverfahrens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen Ihrerseits? Welche Kommunikationsmittel nutzen Sie? [Mehrfachnennungen möglich]

- Information über Arztbrief
- Fax
- E-Mail
- Telefonischer Kontakt
- Zusammenarbeit mit offiziellen Netzwerken (z.B. Arbeitskreis, Qualitätszirkel, etc.)
- Zusammenarbeit in privat organisierten/inoffiziellen Netzwerken (z.B. Interne Vernetzung in der Praxisgemeinschaft / im Medizinischen Versorgungszentrum, Praxisnetzwerk [damit ist ein regionaler Zusammenschluss von Vertragsärzt*innen verschiedener Fachrichtungen und Psychologischen Psychotherapeut*innen gemeint], etc.)
- Sonstige: _____

17. Schätzen Sie bitte ein, von wie vielen Patient*innen (anteilig in %) Sie eine Rückmeldung erhalten, was nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde passiert:

_____ %

18. Wenn Sie eine Rückmeldung von Patient*innen erhalten, was nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde passiert, wie häufig (anteilig in %) erfolgt, Ihrer Erfahrung nach, ...

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein

Kreuz.]

	Nie	Selten (< 10%)	Manch- mal (10 - 50%)	Häufiger (> 50%)	Kann ich nicht be- antwor- ten
a. ...eine Richtlinien-therapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...keine Empfehlung weiterer Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...eine Vermittlung an andere Formen der Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...sonstiges: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie zufrieden sind Sie ...

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
a. ... mit dem Austausch mit Psychotherapeut*innen im Rahmen einer Weitervermittlung eines/einer Patient*in?	<input type="checkbox"/>				
b. ... mit dem Austausch mit Psychotherapeut*innen nach einer Weitervermittlung eines/einer Patient*in?	<input type="checkbox"/>				
c. ...mit der patientenbezogenen Beratung durch Psychotherapeut*innen (bspw. bei Verdacht auf psychische Erkrankung)?	<input type="checkbox"/>				

20. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.]

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht beantworten
a. Durch die Terminservicestelle konnte die Terminkoordination verbessert werden.	<input type="checkbox"/>					
b. Durch Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde konnte für Patient*innen die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme gesenkt werden.	<input type="checkbox"/>					
c. Die Wartezeiten für <u>psychotherapeutische Sprechstunden</u> sind zu lang .	<input type="checkbox"/>					

Zur Beantwortung der weiteren Fragen, blättern Sie bitte zur nächsten Seite.

[Fortsetzung Frage 20]	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht beantworten
d. Die Wartezeiten für <u>Richtlinientherapieplätze</u> sind zu lang .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Es sind mehr Informationen zu niedrigschwelligen psychotherapeutischen Angeboten (z.B. Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen) notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Die Kooperation und Kommunikation zwischen hausärztlicher und <u>psychotherapeutischer</u> Versorgung hat sich durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie verbessert .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Die Kooperation und Kommunikation zwischen hausärztlicher und <u>fachärztlicher</u> Versorgung hat sich durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie verbessert .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Der direkte fallbezogene Austausch zu behandelnden Psychotherapeut*innen funktioniert gut .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe! Sobald die Ergebnisse vorliegen, werden sie auf der Projektwebsite (www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de) vorgestellt.

Anlage 6: Befragungsunterlagen Patienten

AUSFÜHRLICHE TEILNAHMEINFORMATION

Informationen zur Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)“

Hiermit möchten wir Sie einladen, an der Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ teilzunehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und die Befragung erfolgt komplett anonym. Falls Sie nicht teilnehmen wollen, wird dies keinerlei Auswirkungen auf Ihre derzeitige psychotherapeutische Versorgung haben. Die Befragung richtet sich an Menschen, die sich aktuell in psychotherapeutischer Behandlung befinden. Ziel ist es, Ihre aktuellen Erfahrungen mit Ihrer psychotherapeutischen Versorgung zu ermitteln. Hintergrund ist, dass im Jahr 2017 die psychotherapeutische Versorgung reformiert wurde. Mit dieser Befragung möchten wir herausfinden, ob die bei der Reform eingeführten Änderungen in der täglichen Praxis angekommen sind.

Insgesamt möchten wir dazu deutschlandweit 840 Personen befragen, welche eine psychotherapeutische Behandlung erhalten. Zudem sollen in weiteren Befragungen sowohl jeweils 420 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in der Versorgung Erwachsener sowie in der Versorgung von Kindern- und Jugendlichen als auch Ärzte und Ärztinnen des hausärztlichen Versorgungsbereichs (jeweils für Erwachsene und Kinder/Jugendliche) befragt werden.

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Informationen sorgfältig durchzulesen.

Was ist der Zweck dieser Studie?

Anforderungen und Vorgaben für die ambulante psychotherapeutische Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Personen werden in der sogenannten Psychotherapie-Richtlinie beschrieben. Diese Richtlinie wurde 2017 geändert. Es wurden u.a. die folgenden neuen Möglichkeiten der psychotherapeutischen Versorgung eingeführt:

- die **psychotherapeutische Sprechstunde** (ein Erstgespräch zwischen Psychotherapeuten und Patienten, das hilft einzuordnen, ob, und wenn, welche psychotherapeutische Behandlung angebracht ist),
- die **psychotherapeutische Akutbehandlung** (ermöglicht es, Patienten, die sich in einer akuten psychischen Krise befinden, zeitnah zu behandeln),
- die **Rezidivprophylaxe** (ermöglicht es, dass am Ende einer Therapie die Abstände zwischen den Therapiesitzungen größer werden und das Erreichen des Therapieziels so über einen längeren Zeitraum stabilisiert werden kann).

Auch die Gruppentherapie wird über die neue Richtlinie gefördert.

Seit 2017 ist darüber hinaus die Vermittlung von Terminen für die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen möglich. Durch sie soll die Terminvereinbarung vereinfacht werden.

Das Ziel dieser neu eingeführten Maßnahmen ist, den Zugang zur Psychotherapie für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern.

Diese Studie untersucht, wie sich die neuen Maßnahmen auf die psychotherapeutische Versorgung in der Praxis ausgewirkt haben. Dabei sollen die Erfahrungen sowohl von Betroffenen selbst als auch von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Hausärzten und Hausärztinnen berücksichtigt werden. Ziel der Studie ist es, zu erkennen, welche der neu eingeführten Maßnahmen gut funktionieren und wo es noch Schwierigkeiten gibt. Darauf aufbauend werden Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung erarbeitet, um einen zeitnahen Zugang und eine angemessene Versorgung für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten.

Wie sieht der Ablauf der Studie für mich aus?

Füllen Sie bitte den Fragebogen aus. Wir möchten Sie bitten, die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten, damit ein realistisches Bild der aktuellen Versorgungssituation entsteht. Das Ausfüllen dauert ca. 30 bis 45 Minuten. Nehmen Sie sich hierfür bitte ausreichend Zeit, da Qualität und Nutzen der Untersuchung von Ihren Angaben abhängen. Bitte versenden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden frankierten Umschlag an die Universität Duisburg-Essen. Um die Anonymität der Befragung beizubehalten, möchten wir Sie bitten, auf die Angabe eines Absenders auf dem Briefumschlag zu verzichten.

Durch den Versand des Fragebogens stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Angaben im Rahmen der Studie zu, eine gesonderte Einwilligungserklärung bedarf es hierfür nicht. Ihre Angaben werden ausschließlich in anonymisierter Form weiterverarbeitet.

Beeinflusst eine Teilnahme oder Nicht-Teilnahme meine psychotherapeutische Versorgung?

Nein. Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt auf rein freiwilliger Basis. Ob Sie sich für oder gegen eine Teilnahme an der Befragung entscheiden, hat keinerlei Nachteile für Ihre weitere psychotherapeutische Versorgung.

Datenschutz und Datenverarbeitung

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden in anonymisierter¹ Form in Papierform und elektronisch erfasst. Zugriffsrecht zu Ihrem Fragebogen haben nur die berechtigten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Universität Duisburg-Essen und des Essener Forschungsinstituts für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH. Die Daten werden für die Dauer von 10 Jahren gespeichert und anschließend gelöscht. Die Auswertung und Nutzung der Daten (Datenverarbeitung) durch die EsFoMed GmbH sowie die Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt in anonymisierter Form. Ein Personenbezug ist nicht möglich.

Der Lehrstuhl für Medizinmanagement und die EsFoMed GmbH sind für die Datenverarbeitung innerhalb dieser Studie verantwortlich. Weitere Details zum Fragebogen, zur Verwendung Ihrer Daten sowie zu Sicherheitsvorkehrungen zur Wahrung der Vertraulichkeit Ihrer Daten, können per Mail (EVA@esfomed.de) oder Telefon (Di. 9-12 Uhr oder Do. 14-17 Uhr: 0201 4517 372) erfragt werden.

Die folgenden Datenschutzbeauftragten stehen Ihnen für Fragen zur Verfügung:

Behördlicher Datenschutzbeauftragter der Universität Duisburg-Essen Dr. Kai-Uwe Loser Forsthausweg 2 47057 Duisburg Tel.: +49 234 32 28 720 E-Mail: kai-uwe.loser@uni-due.de	Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikum Essen Robert-Koch-Str. 9 – 11 45147 Essen Tel.: 0201-723-1898 oder -5179 E-Mail: datenschutz@uk-essen.de	Datenschutzbeauftragte des Projektträgers (DLR) Uwe Gorschütz Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. Linder Höhe 51147 Köln E-Mail: datenschutz@dlr.de
---	--	--

Zudem haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf

Tel.: 0211-38424-0 Fax: 0211-38424-10

E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Diese Studie ist durch ein Gremium unabhängiger Experten, die sogenannte Ethik-Kommission, beraten und zustimmend bewertet worden. Zuständige Ethik-Kommission ist die Ethik-Kommission Essen.

¹ **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz).

Wie werden die Daten behandelt?

Wir werden die uns anvertrauten Daten mit größter Sorgfalt und unter Achtung Ihrer Persönlichkeitsrechte speichern und auswerten. Aufgrund der anonymen Erhebung sind Sie als Person nicht aus den Daten zu erkennen. Ein Widerruf anonymisierter und somit nicht mehr zuzuordnender Daten ist nachträglich nicht möglich.

Wer führt die Studie durch?

Diese Studie wird durch den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband, der BARMER, dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) und der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP) durchgeführt. Zuständig für die Evaluation ist das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unterstützt diese Studie. Die Studie wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

Das Projekt wird geleitet von Herrn Prof. Dr. Jürgen Wasem und Frau Dr. Anke Walendzik, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Thea-Leymann-Str. 9, 45127 Essen, Tel.: 0201 / 183-4545. Diese sowie Frau Dr. Silke Neusser des evaluierenden Instituts des Essener Forschungsinstituts für Medizinmanagement, Tel.: 0201 / 4517-383, sind Ihre Ansprechpartner und -partnerinnen für Fragen im Zusammenhang mit der Studie.

Befragung zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir laden Sie hiermit ein, an der Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ oder kurz „Eva PT-RL“ teilzunehmen.

Worum geht es in der Studie?

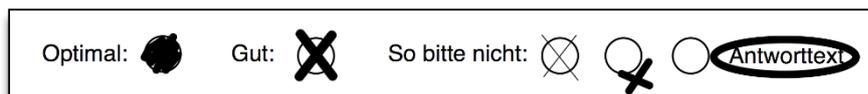
Die Grundlage für die psychotherapeutische Behandlung ist die Psychotherapie-Richtlinie, diese wurde 2017 reformiert. Wir möchten von Ihnen wissen, wie zufrieden Sie mit Ihrer psychotherapeutischen Versorgung sind und ob es bspw. Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Therapeuten bzw. einer Therapeutin gab. Ihre Informationen helfen uns, herauszufinden, wo es noch Probleme gibt und wie diese gelöst werden können.

Was muss ich tun?

Wir freuen uns, wenn Sie den Fragebogen ausfüllen und uns im beiliegenden frankierten Umschlag zurückschicken.

Ausfüllhinweise

Bevor Sie mit der Befragung beginnen, lesen Sie bitte die Teilnahmeinformation durch. Lesen Sie beim Beantworten des Fragebogens bitte jede Frage in Ruhe durch und beantworten Sie die Fragen ehrlich, offen und spontan. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn hinter den Fragen „Mehrfachnennungen möglich“ steht, dürfen Sie unbegrenzt Kästchen ankreuzen. Bei den anderen Fragen machen Sie bitte nur in eines der Kästchen ein Kreuz. Bitte setzen Sie keine Kreuze zwischen den Feldern, d.h. setzen Sie keine Kreuze außerhalb der vorgedruckten Kästchen.



In wenigen Fällen gibt es die Möglichkeit der Freitextangaben. Bitte versuchen Sie leserlich und in Druckbuchstaben zu schreiben. Sollten Sie sich bei einer Antwort geirrt haben, kreisen Sie die falsche Antwort bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an:

Beispiel:

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

- 21 – 30 Jahre
- 31 – 40 Jahre
- 41 – 50 Jahre
- > 50 Jahre

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL): Befragung von erwachsenen Patient*innen

Noch Fragen?

Nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf. Sie erreichen uns telefonisch dienstags zwischen 9 und 12 Uhr und donnerstags zwischen 14 und 17 Uhr unter 0201 4517 372 sowie jederzeit per E-Mail unter EVA@esfomed.de. Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auch unter: www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an der Befragung!

Aktuelle Therapie

1. Wie lange befinden Sie sich schon in psychotherapeutischer Behandlung?

- Weniger als 2 Monate
 - 2 bis 6 Monate
 - 7 bis 12 Monate
 - Länger als 12 Monate
-

2. Wie oft finden Ihre psychotherapeutischen Sitzungen überwiegend statt?

- Mehr als 3-mal pro Woche
 - 2- bis 3-mal pro Woche
 - 1-mal pro Woche
 - 2- bis 3-mal im Monat
 - 1-mal im Monat oder weniger
-

3. Bitte geben Sie das psychotherapeutische Verfahren an, das Grundlage Ihrer aktuellen Therapie ist.

- Weiß ich nicht
 - Verhaltenstherapie
 - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - Analytische Psychotherapie
 - Systemische Therapie
-

4. Wird Ihre aktuelle Therapie als Videosprechstunde (Therapiesitzungen im Online-Format, bspw. per Skype) durchgeführt?

- Ja, fast immer
 - Teilweise
 - Nein
-

5. Haben Sie in ihrer aktuellen Therapie Einzel- und/oder Gruppensitzungen? [Mehrfachnennungen möglich]

- Einzelsitzungen
 - Gruppensitzungen
-

6. Waren Sie unmittelbar, bevor Sie mit Ihrer derzeitigen Therapie begonnen haben, aufgrund Ihrer aktuellen Symptome in Behandlung?

- Nein
 - Ja, in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie bei einem/einer Therapeut*in
 - Ja, in einer stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung
 - Ja, in einer teilstationären psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung (z.B. Tagesklinik)
 - Ja, in einer psychosomatischen Rehabilitation
 - Ja, in einer ambulanten Behandlung beim Hausarzt oder der Hausärztin
 - Ja, in einer ambulanten Behandlung bei einem/einer Psychiater*in
 - Ja, in einer ambulanten Behandlung bei einem anderen Facharzt oder einer anderen Fachärztin
 - Sonstiges
-

7. Haben Sie abgesehen von Ihrer aktuellen Therapie, in der Vergangenheit schon mal eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen?

- Nein
 - Ja
-

8. Gründe bzw. Auslöser für die aktuelle psychotherapeutische Behandlung [Mehrfachnennungen möglich]:

- Angststörung
- Unipolare Störung (hierzu gehören unter anderem Depressionen)
- Störung durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum
- Zwangsstörung
- Somatoforme Störung
- Sonstige

Kontaktaufnahme, Zugang und Therapiebeginn

9. Wie haben Sie den/die Psychotherapeut*in gefunden, bei dem/der Sie derzeit in Behandlung sind?

- Empfehlung bzw. Überweisung eines Facharztes oder einer Fachärztin
- Empfehlung bzw. Überweisung eines Hausarztes oder einer Hausärztin
- Empfehlung von Freunden/Kollegen
- Empfehlung eines Familienmitglieds
- Durch die Krankenkasse
- Durch die Terminservicestelle
- Durch eine Klinik/Rehabilitationseinrichtung
- Durch eine Kureinrichtung
- Durch eigene Internetrecherche
- Durch einen Eintrag in den Gelben Seiten
- Durch etwas anderes, und zwar: _____

10. Wie wurde Ihr erster Termin bei Ihrem/Ihrer Psychotherapeut*in vereinbart?

- Ich habe die psychotherapeutische Praxis telefonisch kontaktiert.
 - Ich bin direkt in die Praxis gegangen.
 - Ich habe die Praxis per E-Mail kontaktiert.
 - Ich habe eine Online-Terminvereinbarung des/der Therapeut*in verwendet.
 - Ich habe ihn telefonisch durch die Terminservicestelle vereinbart.
 - Ich habe ihn online über die Terminservicestelle vereinbart.
 - Familienmitglieder oder Freunde haben den Termin vereinbart.
 - Mein Hausarzt/meine Hausärztin hat den Termin vereinbart.
 - Der Termin wurde über die Krankenkasse vereinbart.
 - Die Klinik hat einen Termin für mich vereinbart.
 - Sonstiges
-

11. Ist Ihnen die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung bekannt?

- Ja, mir ist die Terminservicestelle bekannt.
- Nein, mir ist die Terminservicestelle nicht bekannt.

→ Falls Sie die Terminservicestelle nicht genutzt haben, bitte weiter mit **Frage 14.**

Erfahrungen mit der Terminservicestelle

12. Aus welchem Grund haben Sie die Terminservicestelle genutzt? [Mehrfachnennungen möglich]

- Ich habe beim/bei der Psychotherapeut*in keinen Termin bekommen.
- Die Warteliste des/der Psychotherapeut*in war voll.
- Die Terminservicestelle wurde mir empfohlen.
- Ich habe die Terminservicestelle aus Dringlichkeit genutzt.
- Aus einem anderen Grund, und zwar:

13. Wenn Sie die Terminservicestelle genutzt haben, wie zufrieden waren Sie mit... [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
a. ...der Erreichbarkeit der Terminservicestelle?	<input type="checkbox"/>				
b. ...der Terminvermittlung?	<input type="checkbox"/>				
c. ...der Beratung durch die Terminservicestelle?	<input type="checkbox"/>				
d. ...der Entfernung zum/zur ggf. vermittelten Therapeut*in?	<input type="checkbox"/>				
e. ...der Berücksichtigung persönlicher Wünsche?	<input type="checkbox"/>				

Erfahrungen mit den telefonischen Erreichbarkeitszeiten der psychotherapeutischen Praxis

Was ist mit telefonischen Erreichbarkeitszeiten gemeint?

Psychotherapeut*innen müssen sicherstellen, dass ihre Praxis für die Terminkoordination telefonisch erreichbar ist. In der Praxis sollte zu diesen vorgegebenen Zeiten der/die Psychotherapeut*in oder Praxispersonal persönlich erreichbar sein. Die Zeiten sollten bspw. auf dem Anrufbeantworter oder der Website der Praxis angegeben werden.

14. Haben Sie versucht mehr als einen/eine Psychotherapeut*in zu kontaktieren?

- Nein
- Ja, 2 Psychotherapeut*innen
- Ja, 3 Psychotherapeut*innen
- Ja, 4 Psychotherapeut*innen
- Ja, mehr als 4 Psychotherapeut*innen

15. Sind Ihnen die telefonischen Erreichbarkeitszeiten bekannt?

- Ja
- Nein

➔ Wenn Ihnen die telefonischen Erreichbarkeitszeiten nicht bekannt sind, bitte weiter mit Frage 18.

16. Haben Sie die Praxis bzw. die Praxen während der telefonischen Erreichbarkeitszeiten kontaktiert?

- Ja
- Nein

➔ Wenn Sie die telefonischen Erreichbarkeitszeiten nicht genutzt haben, bitte weiter mit Frage 18.

17. Welche Erfahrungen haben Sie während der Suche nach einer psychotherapeutischen Praxis mit den telefonischen Erreichbarkeitszeiten gemacht? [Mehrfachnennungen möglich]

- Es war einfach, Informationen zu den telefonischen Erreichbarkeitszeiten zu finden.
- Ich habe sofort jemanden erreicht.
- Ich habe auf den Anrufbeantworter gesprochen.
- Ich wurde zurückgerufen.
- Ich hing lange in der Warteschleife.
- Der Anschluss war besetzt.
- Ich konnte direkt mit dem/der Psychotherapeut*in telefonieren.
- Ich habe mit dem Praxispersonal telefoniert.
- Sonstiges

18. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der telefonischen Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Praxen?

Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>				

19. Wenn Sie an die Terminvereinbarungen mit der psychotherapeutischen Praxis denken, bei der Sie zurzeit in Behandlung sind, wie bewerten Sie die folgenden Punkte [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]:

	Schlecht	Mittel	Gut	Keine Angabe
a. Verfügbarkeit von freien Terminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Flexibilität der Termine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vereinbarkeit der Termine mit Beruf/Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Sprechstunde

Was ist mit der psychotherapeutischen Sprechstunde gemeint?

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist ein Erstgespräch mit der Therapeutin oder dem Therapeuten, das ohne ärztliche Überweisung oder Antrag bei der Krankenkasse möglich ist. Teilweise wird die Sprechstunde auch als Informationsgespräch bezeichnet. In der Sprechstunde wird geklärt, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient/die Patientin eine Psychotherapie benötigt oder ob ihm mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten (z.B. Präventionsangebote, Ehe- und Familienberatungsstelle) geholfen werden kann. Die Sprechstunde kann über mehrere Sitzungen stattfinden. Meist wird vor einer psychotherapeutischen Behandlung mindestens eine Sprechstunde durchgeführt.

20. Haben Sie eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch genommen?

- Nein
- Ja
- Ich weiß nicht

➔ Falls Sie keine psychotherapeutische Sprechstunde besucht haben oder Sie sich nicht sicher sind, bitte weiter mit Frage 25.

21. Wann haben Sie nach einem Erstkontakt (d.h. der Terminanfrage per Mail oder Telefon) mit der Praxis einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde erhalten?

- Innerhalb einer Woche
- Zwischen 1 und 2 Wochen
- Zwischen 2 und 4 Wochen
- Nach mehr als 4 Wochen

22. Wann bzw. wo wurden Sie informiert, dass vor der Therapie eine psychotherapeutische Sprechstunde stattfindet, die nicht mit der eigentlichen Therapie gleich zu setzen ist? [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

	Trifft nicht zu	Trifft zu
a. Eigene Recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. In der Terminservicestelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Im Rahmen des telefonischen Erstkontaktes mit der Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Zu Beginn der psychotherapeutischen Sprechstunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ich wurde nicht informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Am Ende Ihrer Sprechstunde sollten Sie ein Formular ausgehändigt bekommen haben (siehe Abbildung). Welche der Maßnahmen auf der folgenden Seite wurden Ihnen darauf empfohlen? Welche dieser Maßnahmen wurden umgesetzt? [Mehrfachnennungen möglich]

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 20.02.2020** **PTV 11**

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenrückzahlung Versicherten-Nr. Status

Bahnstellen-Nr. Ast-Nr. Datum

Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt ICD-10 - GM eindeutig ICD-10 - GM eindeutig ICD-10 - GM eindeutig

Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) (im Klartext), weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahme notwendig hausärztliche Abklärung Fachgebiet

Präventionsmaßnahme fachärztliche Abklärung

ambulante Psychotherapie ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

Analytische Psychotherapie stationäre Behandlung

Systemische Therapie Krankenhausbehandlung

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Rehabilitation

Verhaltenstherapie andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Nähere Angaben zu den Empfehlungen

Ihr nächster Termin

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden. Datum Uhrzeit

Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden. Weitervermittlung zeitnah erforderlich

Erklärung Patient*in

Eine Kopie dieser Information darf erhalten:
Name mitbehandelnde*r Arztin/Ärzt, Hausärztin/Hausarzt

Stelle

PLZ Ort

Datum Unterschrift Patient*in, ggf. der gesetzlichen Vertreter*in

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Verbindliches Muster

Ausfertigung Patient*in

Muster PTV 11a (2/2020)

➔ Falls Sie sich nicht sicher sind, was Ihnen in der Sprechstunde empfohlen wurde oder Sie kein solches Formular erhalten haben, gehen Sie bitte weiter zu **Frage 24.**

Abbildung 1: Formular "Ihre individuellen Informationen zur Psychotherapeutischen Sprechstunde" (PTV 11)

	Empfohlen	Umgesetzt
Keine Maßnahme notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präventionsmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztliche Abklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Psychotherapie		
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in derselben Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in anderer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztliche Abklärung		
Psychiater*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder-/Jugendpsychiater*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische/r Mediziner*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere/r Fachärzt*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung		
Behandlung in derselben Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in anderer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung		
Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung		
(Erziehungs-)Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere niedrigschwellige Angebote (z.B. Onlineprogramme, die nicht als DiGA gelistet sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Wenn Sie an die psychotherapeutische Sprechstunde denken, wie zufrieden waren Sie... [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
a. ... mit der Zuwendung des/der Therapeut*in?	<input type="checkbox"/>				
b. ... mit der zur Verfügung stehenden Zeit?	<input type="checkbox"/>				
c. ... mit der Eignung von Empfehlungen?	<input type="checkbox"/>				
d. ... mit der Nachvollziehbarkeit der Empfehlungen?	<input type="checkbox"/>				
e. ... mit den Informationen, die Sie erhalten haben?	<input type="checkbox"/>				
f. ... mit der Unterstützung bei den empfohlenen Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>				
g. ... insgesamt mit der psychotherapeutischen Sprechstunde?	<input type="checkbox"/>				

Richtlinientherapie

Was ist mit Richtlinientherapie gemeint?

Mit der Richtlinientherapie ist die von der Krankenkasse genehmigte Psychotherapie gemeint. Diese kann als Kurzzeittherapie oder als Langzeittherapie stattfinden.

25. Wie lang war die Wartezeit zwischen psychotherapeutischer Sprechstunde und Richtlinientherapie?

- Weniger als 4 Wochen
- 4 bis 8 Wochen
- 9 Wochen bis 3 Monate
- Mehr als 3 Monate

26. Wenn Wartezeiten zwischen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Therapie entstanden sind, wodurch kamen diese zustande? [Mehrfachnennungen möglich]

- Es sind keine Wartezeiten entstanden.
- Ich brauchte Bedenkzeit (persönliche Gründe).
- Ich musste mir eine/n neue/n Therapeut*in suchen.
- Ich war zunächst in (teil-)stationärer Behandlung.
- Ich wollte mir eine/n für mich passendere/n Therapeut*in suchen.
- Das Antragsverfahren hat sich verzögert.
- Ich stand zunächst auf der Warteliste des/der Therapeut*in.
- Aufgrund der Corona-Beschränkungen wurden zunächst keine Therapiestunden vor Ort angeboten und Videosprechstunden waren nicht möglich.
- Aus anderen Gründen.

27. Falls Sie sich nach der psychotherapeutischen Sprechstunde eine/n neue/n Therapeut*in suchen mussten, was waren die Gründe dafür?

- Die Frage trifft nicht auf mich zu.
- Es gab keine freien Termine.
- Die Warteliste war zu lang.
- Der/Die Therapeut*in hat die erforderliche Therapieform nicht angeboten.
- Aus persönlichen Gründen
- Sonstiges

28. Wenn Sie nun an Ihre aktuelle Psychotherapie denken, wie zufrieden sind Sie mit den folgenden unterschiedlichen Aspekten der Behandlung? [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
a. Informationen über Inhalte und Ziele	<input type="checkbox"/>				
b. Dem Ablauf der Behandlung insgesamt	<input type="checkbox"/>				
c. Informationen über Entstehung/ Hintergründe Ihrer Beschwerden	<input type="checkbox"/>				
d. Der Behandlungsart (Einzel-, Gruppen- oder Kombinationstherapie)	<input type="checkbox"/>				
e. Der Häufigkeit der Sitzungen	<input type="checkbox"/>				
f. Zusätzlich empfohlenen Maßnahmen	<input type="checkbox"/>				
g. Dem Vertrauensverhältnis	<input type="checkbox"/>				
h. Dem bisherigen Ergebnis der Behandlung	<input type="checkbox"/>				
i. Der psychotherapeutischen Behandlung insgesamt	<input type="checkbox"/>				

Gruppentherapie

29. Falls Sie bisher nur Einzeltherapie gemacht haben, wurde bei Ihnen eine Gruppentherapie in Erwägung gezogen?

- Die Frage betrifft mich nicht (Ich mache zurzeit eine Gruppentherapie).
- Ich weiß nicht.
- Nein, es wurde keine Gruppentherapie in Betracht gezogen.
- Ja, eine Gruppentherapie ist geplant.
- Ja, aber die Gruppentherapie kam nicht zustande, ...
 - ...weil keine Gruppentherapieplätze vorhanden sind/waren.
 - ...aufgrund der Corona-Beschränkungen.
 - ...weil nicht genügend Teilnehmer*innen für eine Gruppentherapie zusammenkamen.
 - ...weil sich mein Krankheitsbild nicht für eine Gruppentherapie eignet.
 - ...weil ich diese aus persönlichen Gründen ablehnt habe.
 - ...aus anderen Gründen.

30. Falls Sie bisher nur Einzeltherapie gemacht haben, könnten Sie sich vorstellen, eine Gruppentherapie zu machen?

- Die Frage betrifft mich nicht (ich mache zurzeit eine Gruppentherapie).
 - Nein, ich kann mir das nicht vorstellen.
 - Ja, ich würde eine Gruppentherapie begrüßen.
 - Ich bin mir unsicher.
-

31. Wenn Sie zurzeit an einer Gruppentherapie teilnehmen, wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten? [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

➔ Wenn Sie zurzeit keine Gruppentherapie machen, bitte weiter mit Frage 32.

Zufriedenheit mit ...	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
a. ... der Gruppentherapie allgemein.	<input type="checkbox"/>				
b. ... der Gruppengröße.	<input type="checkbox"/>				
c. ... der Terminfindung.	<input type="checkbox"/>				
d. ... der Zusammensetzung der Gruppe.	<input type="checkbox"/>				
e. ... der Gruppenleitung durch den/die Psychotherapeut*in.	<input type="checkbox"/>				
f. ... den behandelten Themen.	<input type="checkbox"/>				

Psychische Gesundheit und Lebensqualität

32. Gesundheitsfragebogen für Patienten-9 (PHQ-9). [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Bei nahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht
erschwert

Etwas
erschwert

Relativ stark
erschwert

Sehr stark
erschwert

33. Bitte beantworten Sie die Fragen auf der nächsten Seite zu Ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5DTM).

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

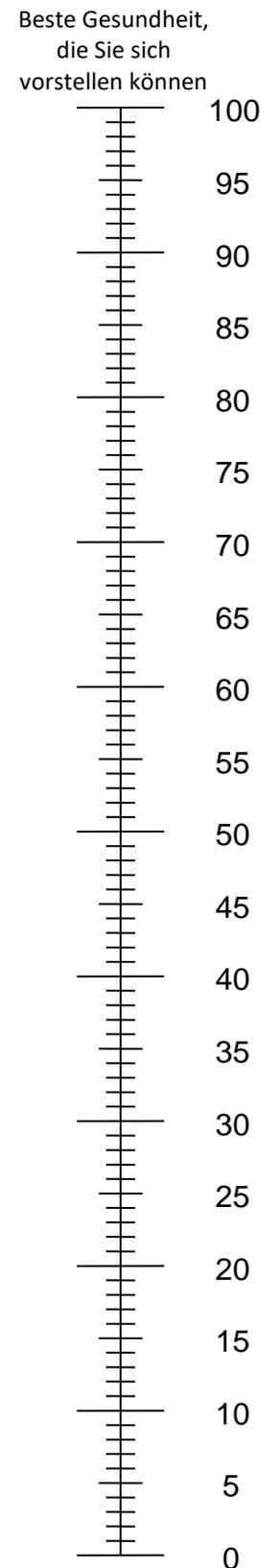
- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =



Schlechteste
Gesundheit, die Sie sich
vorstellen können

Allgemeine Angaben

34. Bitte geben Sie die Größe Ihres Wohnorts an.

a.	21 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	61 – 70	über 70
	<input type="checkbox"/>					

b.	männlich	weiblich	Keine Angabe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Bitte geben Sie die Größe Ihres Wohnorts an.

- Landgemeinde (< 5.000 Einwohner)
- Kleinstadt (5.000 bis < 20.000 Einwohner)
- Mittelstadt (20.000 bis < 100.000 Einwohner)
- Großstadt (ab 100.000 Einwohner)

36. Bitte geben Sie das Bundesland an, in dem Sie wohnen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Niedersachsen |
| <input type="checkbox"/> Bayern | <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen |
| <input type="checkbox"/> Berlin | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg | <input type="checkbox"/> Saarland |
| <input type="checkbox"/> Bremen | <input type="checkbox"/> Sachsen |
| <input type="checkbox"/> Hamburg | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt |
| <input type="checkbox"/> Hessen | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> Thüringen |

37. Sind Sie selbst oder ihre Eltern aus einem anderen Land nach Deutschland eingewandert? [Mehrfachnennungen möglich]

- Nein
- Ja, ich bin aus einem anderen Land eingewandert
- Ja, mindestens einer meiner Elternteile ist aus einem anderen Land eingewandert

38. Welcher ist ihr höchster Schulabschluss?

- Ich befinde mich noch in der Schulausbildung.
- Kein Schulabschluss
- Haupt-/Volksschulabschluss
- Fachoberschulreife (Realschulabschluss, mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur) oder Fachhochschulreife (Fachabitur)

39. Welche ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- Ich befinde mich noch in der Ausbildung.
- Keine
- Betriebliche Ausbildung/Lehre
- Fachschule/Fachakademie
- Fachhochschule/Ingenieurschule
- Hochschule/Universität
- Andere, und zwar: _____

40. Sind Sie derzeit berufstätig?

- Ja, ich arbeite ganztags
- Ja, ich arbeite in Teilzeit
- Nein, ich gehe in die Schule/Ausbildung/ Studium
- Nein, ich erhalte Erwerbsminderungsrente (vollständig/teilweise)
- Nein, ich bin arbeitslos
- Nein, ich erhalte Altersrente
- Nein, etwas anderes: _____

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe! Sobald die Ergebnisse vorliegen, werden sie auf der Projektwebsite (www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de) vorgestellt.

Befragung zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir laden dich bzw. deine Erziehungsberechtigten hiermit ein, an der Studie „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ oder kurz „Eva PT-RL“ teilzunehmen.

Informationen für Erziehungsberechtigte:

Worum geht es in der Studie?

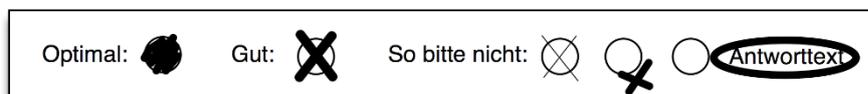
Die Grundlage für die psychotherapeutische Behandlung ist die Psychotherapie-Richtlinie, diese wurde 2017 reformiert. Wir möchten wissen, wie zufrieden Ihr Kind und Sie mit der psychotherapeutischen Versorgung sind und ob es bspw. Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Therapeuten bzw. einer Therapeutin gab. Die Informationen helfen uns, herauszufinden, wo es noch Probleme gibt und wie diese gelöst werden können.

Was muss ich tun?

Falls Ihr Kind jünger als 14 Jahre alt ist, würden wir uns freuen, wenn Sie den Fragebogen für Ihr Kind ausfüllen. Falls Ihr Kind 14 Jahre oder älter ist, wäre es schön, wenn Sie Ihr Kind bei der Beantwortung des Fragebogens unterstützen könnten. Anschließend können Sie den Fragebogen im beiliegenden frankierten Umschlag zurückschicken.

Ausfüllhinweise

Bevor Sie mit der Befragung beginnen, lesen Sie sich bitte die Teilnahmeinformation durch. Lesen Sie beim Beantworten des Fragebogens bitte jede Frage in Ruhe durch und beantworten Sie die Fragen ehrlich, offen und spontan. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn hinter den Fragen „*Mehrfachnennungen möglich*“ steht, dürfen Sie unbegrenzt Kästchen ankreuzen. Bei den anderen Fragen machen Sie bitte nur in eines der Kästchen ein Kreuz. Bitte setzen Sie keine Kreuze zwischen den Feldern, d.h. setzen Sie keine Kreuze außerhalb der vorgedruckten Kästchen.



In wenigen Fällen gibt es die Möglichkeit, der Freitextangaben. Bitte versuchen Sie leserlich und in Druckbuchstaben zu schreiben. Sollten Sie sich bei einer Antwort geirrt haben, kreisen Sie die falsche Antwort bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an:

Beispiel:

Bitte gib dein Alter an:

- 4 – 7 Jahre
- 8 – 10 Jahre
- 11 – 14 Jahre
- 15 – 17 Jahre

Da Kinder ab 14 Jahren den Fragebogen größtenteils selbst ausfüllen sollen, werden in den Fragen Kinder angesprochen. Falls Sie den Fragebogen stellvertretend für Ihr Kind ausfüllen, seien Sie bitte nicht irritiert, diese Fragen richten sich gleichermaßen an Sie als Erziehungsberechtigte.

Die Fragen 31 und 32 stellen besondere Fragen dar. Frage 31 ist erst für Kinder ab 11 Jahren geeignet und Frage 32 erst ab 8 Jahren. Sollte Ihr Kind jeweils jünger sein, übergehen Sie bitte die Fragen. Anderenfalls beziehen Sie Ihr Kind bei der Beantwortung dieser Fragen bitte mit ein. Darauf wird auch nochmal in den entsprechenden Fragen hingewiesen. Die Fragen betreffen die psychische Gesundheit sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität Ihres Kindes.

Noch Fragen?

Kontaktieren Sie uns gerne. Sie erreichen uns telefonisch dienstags zwischen 9 und 12 Uhr und donnerstags zwischen 14 und 17 Uhr unter 0201 4517 372 sowie jederzeit per E-Mail unter EVA@esfomed.de. Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auch unter: [www. eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de](http://www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de).

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung an der Befragung!

Informationen für Kinder ab 14 Jahren:

Worum geht es in der Studie?

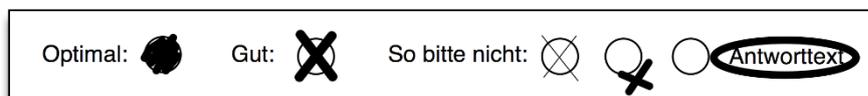
Die Grundlage für die psychotherapeutische Behandlung ist die Psychotherapie-Richtlinie, diese wurde 2017 reformiert. Wir möchten von dir wissen, wie zufrieden du mit deiner psychotherapeutischen Behandlung bist und ob es bspw. Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Therapeuten bzw. einer Therapeutin gab. Deine Informationen helfen uns, herauszufinden, wo es noch Probleme gibt und wie diese gelöst werden können.

Was muss ich tun?

Wir freuen uns, wenn du den Fragebogen ausfüllst und uns im beiliegenden frankierten Umschlag zurückschickst. Es kann sein, dass du bei ein paar Fragen Probleme hast, diese zu beantworten, dann frage am besten deine Erziehungsberechtigten um Rat.

Ausfüllhinweise

Bevor du mit der Befragung beginnst, lese dir bitte die Teilnahmeinformation durch. Lese dir beim Beantworten des Fragebogens bitte jede Frage in Ruhe durch und beantworte die Fragen ehrlich, offen und spontan. Bitte beantworte alle Fragen. Wenn hinter den Fragen „*Mehrfachnennungen möglich*“ steht, darfst du unbegrenzt Kästchen ankreuzen. Bei den anderen Fragen mache bitte nur in eines der Kästchen ein Kreuz. Bitte setze keine Kreuze zwischen den Feldern, d.h. setze keine Kreuze außerhalb der vorgedruckten Kästchen.



In wenigen Fällen gibt es die Möglichkeit der Freitextangaben. Bitte versuche leserlich und in Druckbuchstaben zu schreiben. Solltest du dich bei einer Antwort geirrt haben, kreise bitte die falsche Antwort ein und kreuze die richtige Antwort an:

Beispiel:

Bitte gib dein Alter an:

- 4 – 7 Jahre
- 8 – 10 Jahre
- 11 – 14 Jahre
- 15 – 17 Jahre

Noch Fragen?

Kontaktiere uns gerne. Du erreichst uns telefonisch dienstags zwischen 9 und 12 Uhr und donnerstags zwischen 14 und 17 Uhr unter 0201 4517 372 sowie per E-Mail unter EVA@esfomed.de. Weitere Informationen zum Projekt findest du auch unter: www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de.

Vielen Dank für deine Mitwirkung an der Befragung!

Aktuelle Therapie

1. Wie lange bist du in psychotherapeutischer Behandlung?

- Weniger als 2 Monate
 - 2 bis 6 Monate
 - 7 bis 12 Monate
 - Länger als 12 Monate
-

2. Wie oft finden deine psychotherapeutischen Sitzungen überwiegend statt?

- Mehr als 3-mal pro Woche
 - 2- bis 3-mal pro Woche
 - 1-mal pro Woche
 - 2- bis 3-mal im Monat
 - 1-mal im Monat oder weniger
-

3. Bitte gebe das psychotherapeutische Verfahren an, das Grundlage deiner aktuellen Therapie ist.

- Weiß ich nicht
 - Verhaltenstherapie
 - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - Analytische Psychotherapie
 - Systemische Therapie
-

4. Wird deine aktuelle Therapie als Videosprechstunde (Therapiesitzungen im Online-Format, bspw. per Skype) durchgeführt?

- Ja, fast immer
- Teilweise
- Nein

5. Hast du in deiner aktuellen Therapie Einzel- und/oder Gruppensitzungen? [Mehrfachnennungen möglich]

- Einzelsitzungen
 - Gruppensitzungen
-

6. Warst du unmittelbar, bevor du mit deiner aktuellen Therapie begonnen hast, aufgrund deiner derzeitigen Symptome in Behandlung?

- Nein
 - Ja, in einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung
 - Ja, in einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung
 - Ja, in einer teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung
 - Ja, in einer ambulanten Psychotherapie bei einem/einer anderen Therapeut*in
 - Ja, in einer psychosomatischen Rehabilitation
 - Ja, in einer ambulanten Behandlung bei einem anderen Facharzt oder einer anderen Fachärztin
 - Ja, in einer ambulanten Behandlung bei dem Kinderarzt oder der Kinderärztin bzw. dem Hausarzt oder der Hausärztin
 - Sonstiges
-

7. Gründe bzw. Auslöser für die aktuelle psychotherapeutische Behandlung [Mehrfachnennungen möglich]:

- Externalisierende Störung (z.B. ADHS, Störung des Sozialverhaltens)
 - Angststörung
 - Depressive Störung
 - Essstörung
 - Störungen durch Substanzkonsum (z.B. Alkohol)
 - Sonstige
-

Kontaktaufnahme, Zugang und Therapiebeginn

8. Wie haben du oder deine Erziehungsberechtigten den/die Psychotherapeut*in gefunden, bei dem/der du in Behandlung bist?

- Empfehlung bzw. Überweisung eines Facharztes oder einer Fachärztin
- Empfehlung bzw. Überweisung eines Hausarztes oder einer Hausärztin
- Empfehlung bzw. Überweisung des Kinderarztes oder der Kinderärztin
- Empfehlung von Freunden/Kollegen
- Empfehlung eines Familienmitglieds
- Durch die Krankenkasse
- Durch die Terminservicestelle
- Durch eine Klinik/Rehabilitationseinrichtung/Kureinrichtung
- Durch eigene Internetrecherche
- Durch einen Eintrag in den Gelben Seiten
- Ich weiß nicht
- Durch etwas anderes, und zwar: _____

9. Wie hast du bzw. wie haben deine Erziehungsberechtigten den ersten Termin bei deinem/deiner Psychotherapeut*in vereinbart?

- Telefonanruf in der psychotherapeutischen Praxis
- Direkt in der Praxis vor Ort
- Kontaktherstellung per E-Mail
- Es wurde die Online-Terminvereinbarung der/des Therapeut*in verwendet.
- Der Termin wurde telefonisch über die Terminservicestelle vereinbart.
- Der Termin wurde online über die Terminservicestelle vereinbart.
- Ein anderes Familienmitglied als meine Erziehungsberechtigten hat den Termin vereinbart.
- Mein Hausarzt/meine Hausärztin bzw. mein Kinderarzt/meine Kinderärztin hat den Termin vereinbart.
- Der Termin wurde über die Krankenkasse vereinbart.
- Die Klinik hat einen Termin für mich vereinbart.
- Sonstiges

10. Ist dir bzw. deinen Erziehungsberechtigten die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung bekannt?

- Ja, mir bzw. meinen Erziehungsberechtigten ist die Terminservicestelle bekannt.
- Nein, keinem von uns ist die Terminservicestelle bekannt.

→ Falls du oder deine Erziehungsberechtigten die Terminservicestelle nicht genutzt hast/haben, bitte weiter mit Frage 13.

Erfahrungen mit der Terminservicestelle

11. Aus welchem Grund wurde die Terminservicestelle genutzt? [Mehrfachnennungen möglich]

- Bei dem/der Psychotherapeut*in war kein Termin frei.
- Die Warteliste des/der Psychotherapeut*in war voll.
- Die Terminservicestelle wurde mir empfohlen.
- Weil es dringend war.
- Aus einem anderen Grund, und zwar:
- _____

12. Wenn du oder deine Erziehungsberechtigten die Terminservicestelle genutzt hast/haben, wie zufrieden warst du/waren sie mit... [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
a. ...der Erreichbarkeit der Terminservicestelle?	<input type="checkbox"/>				
b. ...der Terminvermittlung?	<input type="checkbox"/>				
c. ...der Beratung durch die Terminservicestelle?	<input type="checkbox"/>				
d. ...der Entfernung zum/zur ggf. vermittelten Therapeut*in?	<input type="checkbox"/>				
e. ...der Berücksichtigung persönlicher Wünsche?	<input type="checkbox"/>				

Erfahrungen mit den telefonischen Erreichbarkeitszeiten der psychotherapeutischen Praxis

Was ist mit telefonischen Erreichbarkeitszeiten gemeint?

Psychotherapeut*innen müssen sicherstellen, dass ihre Praxis für die Terminabsprachen telefonisch erreichbar ist. In der Praxis sollte zu diesen vorgegebenen Zeiten der/die Psychotherapeut*in oder Praxispersonal persönlich erreichbar sein. Die Zeiten sollten bspw. auf dem Anrufbeantworter oder der Website der Praxis angegeben werden.

13. Haben du oder deine Erziehungsberechtigten versucht mehr als eine*n Psychotherapeut*in zu kontaktieren?

- Nein
- Ja, 2 Psychotherapeut*innen
- Ja, 3 Psychotherapeut*innen
- Ja, 4 Psychotherapeut*innen
- Ja, mehr als 4 Psychotherapeut*innen

14. Sind dir oder deinen Erziehungsberechtigten die telefonischen Erreichbarkeitszeiten bekannt?

- Ja
- Nein

➔ Wenn Ihnen die telefonischen Erreichbarkeitszeiten nicht bekannt sind, bitte weiter mit Frage 17.

15. Hast du oder haben deine Erziehungsberechtigten die Praxis bzw. die Praxen während der telefonischen Erreichbarkeitszeiten kontaktiert?

- Ja
- Nein

➔ Wenn Sie die telefonischen Erreichbarkeitszeiten nicht genutzt haben, bitte weiter mit Frage 17.

16. Welche Erfahrungen haben du oder deine Erziehungsberechtigten während der Suche nach einer psychotherapeutischen Praxis mit den telefonischen Erreichbarkeitszeiten gemacht? [Mehrfachnennungen möglich]

- Es war einfach, Informationen zu den telefonischen Erreichbarkeitszeiten zu finden.
- Ich habe/meine Erziehungsberechtigten haben sofort jemanden erreicht.
- Ich habe/meine Erziehungsberechtigten haben auf den Anrufbeantworter gesprochen.
- Ich wurde/meine Erziehungsberechtigten wurden zurückgerufen.
- Ich hing/meine Erziehungsberechtigten hingen lange in der Warteschleife.
- Der Anschluss war besetzt.
- Ich konnte/meine Erziehungsberechtigten konnten direkt mit dem/der Psychotherapeut*in telefonieren.
- Ich habe/meine Erziehungsberechtigten haben mit dem Praxispersonal telefoniert.
- Sonstiges

17. Wie zufrieden warst du bzw. deine Erziehungsberechtigten insgesamt mit der telefonischen Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Praxen?

Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>				

18. Wenn du bzw. deine Erziehungsberechtigten an die Terminvereinbarungen mit der psychotherapeutischen Praxis denken, bei der du zurzeit in Behandlung bist, wie bewertest du bzw. wie bewerten deine Erziehungsberechtigten die folgenden Punkte [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]:

				Keine Angabe
a. Verfügbarkeit von freien Terminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Flexibilität der Termine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vereinbarkeit der Termine mit Beruf/Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Sprechstunde

Was ist mit der psychotherapeutischen Sprechstunde gemeint?

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist ein Erstgespräch mit der/dem Therapeut*in, das ohne ärztliche Überweisung oder Antrag bei der Krankenkasse möglich ist. Teilweise wird die Sprechstunde auch als Informationsgespräch bezeichnet. In der Sprechstunde wird geklärt, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der/die Patient*in eine Psychotherapie benötigt oder ob ihm mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten (z.B. Präventionsangebote, Ehe- und Familienberatungsstelle) geholfen werden kann. Die Sprechstunde kann über mehrere Sitzungen stattfinden. Meist wird vor einer psychotherapeutischen Behandlung mindestens eine Sprechstunde durchgeführt.

19. Hast du eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch genommen?

- Nein
- Ja
- Ich weiß nicht

→ Falls du keine psychotherapeutische Sprechstunde besucht hast oder du dir nicht sicher bist, bitte weiter mit Frage 24.

20. Wann hast du nach einem Erstkontakt (d.h. der Terminanfrage per Mail oder Telefon) mit der Praxis einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde erhalten?

- Innerhalb 1 Woche
- Zwischen 1 und 2 Wochen
- Zwischen 2 und 4 Wochen
- Nach mehr als 4 Wochen

21. Wann bzw. wo wurdest du oder deine Erziehungsberechtigten darüber informiert, dass vor der Therapie eine psychotherapeutische Sprechstunde stattfindet, die nicht mit der eigentlichen Therapie gleich zu setzen ist? [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

	Trifft nicht zu	Trifft zu
a. Eigene Recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. In der Terminservicestelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Im Rahmen des telefonischen Erstkontaktes mit der Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Zu Beginn der psychotherapeutischen Sprechstunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ich wurde nicht informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Am Ende deiner Sprechstunde solltest Du einen Zettel ausgehändigt bekommen haben (siehe Abbildung). Welche der Maßnahmen auf der folgenden Seite wurden dir darauf empfohlen? Welche dieser Maßnahmen wurden umgesetzt? [Mehrfachnennungen möglich]

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 20.02.2020** **PTV 11**

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenrückzahlung Versicherten-Nr. Status

Bahnbesitz-Nr. ASt-Nr. Datum

Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde
T T T T M M J J J J J J

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) (im Klartext), weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahme notwendig hausärztliche Abklärung

Präventionsmaßnahme fachärztliche Abklärung

ambulante Psychotherapie ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

Analytische Psychotherapie stationäre Behandlung

Systemische Therapie Krankenhausbehandlung

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Rehabilitation

Verhaltenstherapie andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Nähere Angaben zu den Empfehlungen

Ihr nächster Termin

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden

Datum Uhrzeit

Weitervermittlung zeitnah erforderlich

Erklärung Patient*in

Eine Kopie dieser Information darf erhalten:
Name mitbehandelnde*r Arztin/Ärzt, Hausärztin/Hausarzt

Stelle

PLZ Ort

Datum

Unterschrift Patient*in, ggf. der gesetzlichen Vertreter*in

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Verbindliches Muster

Ausfertigung Patient*in

Muster PTV 11a (2/2020)

➔ Falls Du und deine Erziehungsberechtigten nicht sicher seid, was empfohlen wurde oder du keinen Zettel erhalten hast, geht bitte weiter zu **Frage 23**.

Abbildung 2: Formular "Ihre individuellen Informationen zur Psychotherapeutischen Sprechstunde" (PTV 11)

	Empfohlen	Umgesetzt
Keine Maßnahme notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präventionsmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztliche Abklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Psychotherapie		
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in derselben Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in anderer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztliche Abklärung		
Psychiater*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder-/Jugendpsychiater*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische/r Mediziner*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere/r Fachärzt*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung		
Behandlung in derselben Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in anderer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung		
Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung		
(Erziehungs-)Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere niedrigschwellige Angebote (z.B. Onlineprogramme, die nicht als DiGA gelistet sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wenn du an die psychotherapeutische Sprechstunde denkst, wie zufrieden warst du mit... [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
a. ...der Zuwendung des/der Therapeut*in?	<input type="checkbox"/>				
b. ...der zur Verfügung stehenden Zeit?	<input type="checkbox"/>				
c. ...der Eignung von Empfehlungen?	<input type="checkbox"/>				
d. ...der Nachvollziehbarkeit der Empfehlungen?	<input type="checkbox"/>				
e. ...den Informationen, die du erhalten hast?	<input type="checkbox"/>				
f. ...der Unterstützung bei den empfohlenen Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>				
g. ...der Einbeziehung deiner Erziehungsberechtigten?	<input type="checkbox"/>				
h. ...der psychotherapeutischen Sprechstunde insgesamt?	<input type="checkbox"/>				

Richtlinientherapie

Was ist mit Richtlinientherapie gemeint?

Mit der Richtlinientherapie ist die von der Krankenkasse genehmigte Psychotherapie gemeint.

24. Wie lang war die Wartezeit zwischen psychotherapeutischer Sprechstunde und Richtlinientherapie?

- Weniger als 4 Wochen
- 4 bis 8 Wochen
- 9 Wochen bis 3 Monate
- Mehr als 3 Monate

25. Wenn Wartezeiten zwischen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Therapie entstanden sind, wodurch kamen diese zustande? [Mehrfachnennungen möglich]

- Es sind keine Wartezeiten entstanden.
- Ich bzw. meine Erziehungsberechtigten brauchten Bedenkzeit (persönliche Gründe).
- Ich musste mir eine/n neue/n Therapeut*in suchen.
- Ich war zunächst in (teil-)stationärer Behandlung.
- Ich wollte mir einen für mich passendere/n Therapeut*in suchen.
- Das Antragsverfahren hat sich verzögert.
- Ich stand zunächst auf der Warteliste des/der Therapeut*in.
- Aufgrund der Corona-Beschränkungen wurden zunächst keine Therapiestunden vor Ort angeboten und Videosprechstunden waren nicht möglich.
- Aus anderen Gründen.

26. Falls du dir nach der psychotherapeutischen Sprechstunde eine/n neue/n Therapeut*in suchen mussten, was waren die Gründe dafür?

- Die Frage trifft nicht auf mich zu.
- Es gab keine freien Termine.
- Die Warteliste war zu lang.
- Der/Die Therapeut*in hat die erforderliche Therapieform nicht angeboten.
- Aus persönlichen Gründen.
- Sonstiges

27. Wenn du nun an deine aktuelle Psychotherapie denkst. Wie zufrieden bist du mit den folgenden Aspekten der Behandlung? [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

	Sehr unzu- frieden	Eher unzu- frieden	Teils, teils	Eher zufried- den	Sehr zufried- den
a. Informationen über Inhalte und Ziele	<input type="checkbox"/>				
b. Dem Ablauf der Behandlung insgesamt	<input type="checkbox"/>				
c. Informationen über Entstehung/Hintergründe der Beschwerden	<input type="checkbox"/>				
d. Der Behandlungsart (Einzel-, Gruppen- oder Kombinationstherapie)	<input type="checkbox"/>				
e. Der Häufigkeit der Sitzungen	<input type="checkbox"/>				
f. Zusätzlich empfohlenen Maßnahmen	<input type="checkbox"/>				
g. Dem Vertrauensverhältnis	<input type="checkbox"/>				
h. Der Einbeziehung deiner Erziehungsberechtigten in die Behandlung	<input type="checkbox"/>				
i. Dem Ergebnis der bisherigen Behandlung	<input type="checkbox"/>				
j. Der psychotherapeutischen Behandlung insgesamt	<input type="checkbox"/>				

Gruppentherapie

28. Falls du bisher nur Einzeltherapie gemacht hast, wurde bei dir eine Gruppentherapie in Erwägung gezogen?

- Die Frage betrifft mich nicht (Ich mache zurzeit eine Gruppentherapie).
- Ich weiß nicht.
- Nein, es wurde keine Gruppentherapie in Betracht gezogen.
- Ja, eine Gruppentherapie ist geplant.
- Ja, aber die Gruppentherapie kam nicht zustande, ...
 - ...weil keine Gruppentherapieplätze vorhanden sind/waren.
 - ...aufgrund der Corona-Beschränkungen.
 - ...weil nicht genügend Teilnehmer*innen für eine Gruppentherapie zusammenkamen.
 - ...weil sich mein Krankheitsbild nicht für eine Gruppentherapie eignet.
 - ...weil ich diese aus persönlichen Gründen abgelehnt habe.
 - ...aus anderen Gründen.

29. Falls du bisher nur Einzeltherapie gemacht hast, könntest du dir vorstellen, eine Gruppentherapie zu machen?

- Die Frage betrifft mich nicht (ich mache zurzeit eine Gruppentherapie).
 - Nein, ich kann mir das nicht vorstellen.
 - Ja, ich würde eine Gruppentherapie begrüßen.
 - Ich bin mir unsicher.
-

30. Wenn du zurzeit an einer Gruppentherapie teilnimmst, wie zufrieden bist du mit den folgenden Aspekten? [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

→ Wenn Sie zurzeit keine Gruppentherapie machen, bitte weiter mit Frage 31.

Zufriedenheit mit ...	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
a. ... der Gruppentherapie allgemein	<input type="checkbox"/>				
b. ... der Gruppengröße	<input type="checkbox"/>				
c. ... der Terminfindung	<input type="checkbox"/>				
d. ... der Zusammensetzung der Gruppe	<input type="checkbox"/>				
e. ... der Gruppenleitung durch den/die Psychotherapeut*in	<input type="checkbox"/>				
f. ... den behandelten Themen	<input type="checkbox"/>				

Psychische Gesundheit und Lebensqualität

→ Falls Sie, als Erziehungsberechtigte den Fragebogen für Ihr Kind ausfüllen, würden wir uns freuen, wenn Sie Ihr Kind für die Beantwortung der folgenden zwei Fragen (Frage 31 und 32) mit einbeziehen würden.

31. Wenn du 11 Jahre oder älter bist, beantworte bitte die folgenden Fragen zu deinen Stärken und Schwächen. [Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen]

→ Wenn du noch keine 11 Jahre alt bist, bitte weiter mit Frage 32.

Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich teile normalerweise mit Anderen (Essen, Spiele, Stifte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nett zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer behaupten oft, dass ich lüge oder mogele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nach, bevor ich handele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Wenn du 8 Jahre oder älter bist, beantworte bitte die nachfolgenden Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5DTM).

→ Wenn du jünger als 8 Jahre alt bist, bitte weiter mit Frage 33.

Bitte kreuze unter jeder Überschrift EIN Kästchen an, das deine Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

BEWEGUNG (*herumlaufen*)

- Ich habe keine Schwierigkeiten herumzulaufen
- Ich habe einige Schwierigkeiten herumzulaufen
- Ich habe große Schwierigkeiten herumzulaufen

FÜR MICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Schwierigkeiten, mich selber zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe einige Schwierigkeiten, mich selber zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Schwierigkeiten, mich selber zu waschen oder anzuziehen

WAS ICH NORMALERWEISE TUE (*zum Beispiel: in die Schule gehen, Hobbys, Sport, Spielen, Dinge mit Familie und Freunden machen*)

- Ich habe keine Schwierigkeiten das zu tun, was ich normalerweise tue
- Ich habe einige Schwierigkeiten das zu tun, was ich normalerweise tue
- Ich habe große Schwierigkeiten das zu tun, was ich normalerweise tue

SCHMERZEN ODER KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

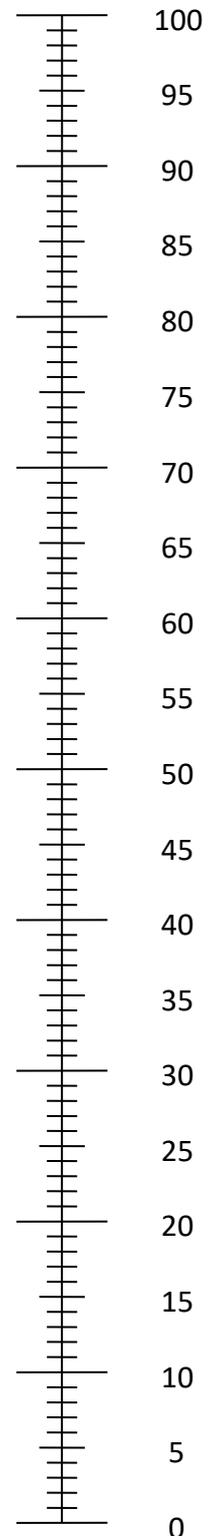
- Ich habe keine Schmerzen oder körperlichen Beschwerden
- Ich habe einige Schmerzen oder körperliche Beschwerden
- Ich habe große Schmerzen oder körperliche Beschwerden

SICH UNGLÜCKLICH, TRAUIG ODER BESORGT FÜHLEN

- Ich bin nicht unglücklich, traurig oder besorgt
- Ich bin etwas unglücklich, traurig oder besorgt
- Ich bin sehr unglücklich, traurig oder besorgt

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht deine Gesundheit HEUTE ist.
- Wir haben darum diese Linie aufgezeichnet mit Nummern von 0 bis 100
- 100 ist die beste Gesundheit, die du dir vorstellen kannst.
Null (0) ist die schlechteste Gesundheit, die du dir vorstellen kannst.
- Bitte kreuze den Punkt auf der Linie an, der beschreibt wie gut oder schlecht deine Gesundheit HEUTE ist.

Beste Gesundheit,
die du dir vorstellen
kannst



Schlechteste Ge-
sundheit, die du dir
vorstellen kannst

Allgemeine Angaben

33. Bitte gib dein Alter und Geschlecht an.

a.	4-7	8-10	11-14	15-17
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b.	männlich	weiblich	Keine Angabe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Bitte gib die Größe deines Wohnorts an.

- Landgemeinde (< 5.000 Einwohner)
- Kleinstadt (5.000 bis < 20.000 Einwohner)
- Mittelstadt (20.000 bis < 100.000 Einwohner)
- Großstadt (ab 100.000 Einwohner)

35. Bitte gib das Bundesland an, in dem du wohnst

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Niedersachsen |
| <input type="checkbox"/> Bayern | <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen |
| <input type="checkbox"/> Berlin | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg | <input type="checkbox"/> Saarland |
| <input type="checkbox"/> Bremen | <input type="checkbox"/> Sachsen |
| <input type="checkbox"/> Hamburg | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt |
| <input type="checkbox"/> Hessen | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> Thüringen |

36. Bist du selbst und/oder deine Eltern aus einem anderen Land nach Deutschland eingewandert? [Mehrfachnennungen möglich]

- Nein
- Ja, ich bin aus einem anderen Land eingewandert
- Ja, mindestens einer meiner Elternteile ist aus einem anderen Land eingewandert

37. Welche Schulform besuchst du gerade?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Keine, ich gehe (noch) nicht in die Schule | <input type="checkbox"/> Realschule |
| <input type="checkbox"/> Grundschule | <input type="checkbox"/> Gymnasium |
| <input type="checkbox"/> Förderschule | <input type="checkbox"/> Berufsschule |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> Universität/Fachhochschule |
| <input type="checkbox"/> Gesamtschule | <input type="checkbox"/> Andere |

Herzlichen Dank für Deine Mithilfe! Sobald die Ergebnisse vorliegen, werden sie auf der Projektwebsite (www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de) vorgestellt.



Evaluation der Psychotherapie- Richtlinie (Eva PT-RL)

Online-Fokusgruppe mit Patientenvertretern und –vertreterinnen

Durchgeführt durch das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement

Essen, 21.07.2022

Vorstellung EsFoMed

- Dr. Silke Neusser (Projektleitung)
- Pauline zur Nieden (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
- Sarah Schlierenkamp (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
- Luisa Friedrich (Wissenschaftliche Assistenz)

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)

- Im Jahr 2017 gab es eine Reform, die die ambulante psychotherapeutische Versorgung für Patientinnen und Patienten zugänglicher machen soll.
- **Ziel der Fokusgruppe** ist es, positive Aspekte, aber auch mögliche Probleme der Reform zu identifizieren.
- **Im Fokus** stehen die Zufriedenheit mit der Umsetzung und die Erfahrungen, die **Kinder und Jugendliche** in der Praxis gemacht haben.

Ablauf der Fokusgruppe



1. Wir laden Sie zu einem gemeinsamen Austausch ein.
2. Ihre Daten bleiben anonym!
3. Kamera können Sie gerne einschalten oder ausgeschaltet lassen.
4. Das Mikrofon bitte nur für die Wortbeiträge einschalten.
5. Vor einem Wortbeitrag die Hand heben?

Diskussionsthemen

1. Erfahrungen mit Psychotherapie
2. Zugang zur Psychotherapie
3. Psychotherapeutische Sprechstunde
4. Richtlinientherapie
5. Gruppentherapie



1. Erfahrungen mit Psychotherapie



Wie sind Ihre Erfahrungen mit der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen?



2. Zugang zur Psychotherapie

Mit der Reform wurden neue Bausteine eingeführt, die den Zugang zu einer ambulanten Psychotherapie erleichtern sollen. Zum Beispiel wurden die Terminservicestellen und die verbindlichen telefonischen Erreichbarkeitszeiten der Praxen eingeführt.

2. Zugang zur Psychotherapie

Wie fand die Kontaktaufnahme zu einer Psychotherapeutin/
einem Psychotherapeuten statt?

Welche Erfahrungen haben Sie bzw. die Kinder und
Jugendlichen bei der Kontaktaufnahme gesammelt?

2. Zugang zur Psychotherapie

Sind Sie bzw. die Kinder und Jugendlichen zufrieden mit der Kontaktaufnahme und dem Zugang zur Psychotherapie?

Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden?

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

Was ist mit der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemeint?

Die Psychotherapeutische Sprechstunde ist ein Erstgespräch mit der Psychotherapeutin/dem Therapeuten.

In der Sprechstunde wird geklärt, ob die Patientin/der Patient eine Psychotherapie benötigt

oder ob ihr/ihm mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten geholfen werden kann.

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

Haben Sie bzw. die Kinder und Jugendlichen
Erfahrungen mit der Psychotherapeutischen Sprechstunde
gemacht?

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

Sind Sie bzw. die Kinder und Jugendlichen zufrieden mit der Psychotherapeutischen Sprechstunde im Allgemeinen?

Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden?

4. Richtlinientherapie

Was ist mit Richtlinientherapie gemeint?

Mit der Richtlinientherapie ist die von der Krankenkasse genehmigte Psychotherapie gemeint.

4. Richtlinientherapie

Welche Erfahrungen haben Sie bzw. die Kinder und Jugendlichen mit der Richtlinientherapie gemacht?

4. Richtlinientherapie

Sind Sie bzw. die Kinder und Jugendlichen zufrieden mit der
Richtlinientherapie?

Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden?

5. Gruppentherapie

Haben Sie bzw. die Kinder und Jugendlichen Erfahrungen mit einer Gruppentherapie gemacht?

5. Gruppentherapie

Sind Sie bzw. die Kinder und Jugendlichen zufrieden mit der Gruppentherapie?

Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden?



Gibt es offene Punkte?
Haben Sie noch Anmerkungen?





Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

EsFoMed GmbH

Bredeneyer Str. 2b
45133 Essen

www.esfomed.de