



Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung (UA PPV)

Rückmeldungserstattung über die Umsetzung der Regelungen zur Bildung von Netzverbünden gemäß der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) nach § 92 Absatz 6b SGB V

– Zwischenbericht –

Vom 30. Januar 2024



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Hintergrund.....	7
2 Evaluation der KSVPsych-Richtlinie	7
2.1 Evaluationsauftrag I	8
2.2 Fragestellung	9
3 Material und Methoden des Evaluationsauftrag I.....	10
4 Ergebnisse zum Evaluationsauftrag I	12
4.1 Eingegangene und genehmigte Anträge zur Gründung eines Netzverbundes.....	12
4.2 Regionale Verteilung der genehmigten Anträge (erreichte Landkreise)	13
4.2.1 KV Bayerns	13
4.2.2 KV Berlin	14
4.2.3 KV Hessen.....	15
4.2.4 KV Niedersachsen	16
4.2.5 KV Nordrhein.....	17
4.2.6 KV Rheinland-Pfalz	18
4.3 Übersicht der Struktur der genehmigten Netzverbünde.....	19
4.3.1 Verteilung der Fachgruppen in den genehmigten Netzverbünden	20
4.4 Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen und beratenden Fachausschüsse.....	27
4.4.1 Strukturdaten der Befragung	27
4.4.2 Fragen zum Informationsstand zur KSVPsych-Richtlinie	28
4.4.3 Fragen zu möglichen organisatorischen Gründen der Nicht-Teilnahme	29
4.4.4 Fragen zu möglichen strukturellen Gründen der Nicht-Teilnahme	32
4.4.5 Fragen zu möglichen therapiebezogenen Gründen der Nicht-Teilnahme	35
4.4.6 Freitextantworten zu möglichen Gründen der Nicht-Teilnahme	35
5 Diskussion	36
6 Limitation.....	37
7 Fazit	38
Anhang.....	39



1	Fragestellungen und Datengrundlagen zum Evaluationsauftrag II.....	39
2	Fragenkatalog Gründe für Nicht-Teilnahme KSVPsych	42
3	Auswertung der Freitext-Angaben: Kategoriensystem.....	47
4	Freitextantworten	50



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Zeitlicher Ablauf zur Evaluation ab Beschlussfassung des G-BA	8
Abbildung 2 Regionale Abdeckung NV in KV Bayerns zum 1. Oktober 2023.....	13
Abbildung 3 Regionale Abdeckung NV in KV Berlin zum 1. April 2023	14
Abbildung 4 Regionale Abdeckung NV in KV Berlin zum 1. Oktober 2023	14
Abbildung 5 Regionale Abdeckung NV in KV Hessen zum 1. Oktober 2023	15
Abbildung 6 Regionale Abdeckung NV in KV Niedersachsen zum 1. April 2023	16
Abbildung 7 Regionale Abdeckung NV in KV Niedersachsen zum 1. Oktober 2023.....	16
Abbildung 8 Regionale Abdeckung NV in KV Nordrhein zum 1. April 2023.....	17
Abbildung 9 Regionale Abdeckung NV in KV Nordrhein zum 1. Oktober 2023	17
Abbildung 10 Regionale Abdeckung NV in KV Rheinland-Pfalz zum 1. Oktober 2023	18
Abbildung 11 Anzahl der Teilnehmenden nach KV-Regionen	27
Abbildung 12 Verteilung der BFA-Teilnehmenden nach Fachgruppen (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=120).....	28
Abbildung 13 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zum Informationsstand (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131).....	28
Abbildung 14 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu Gründung und Beitritt (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131).....	29
Abbildung 15 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zum Arbeitsaufwand (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131).....	30
Abbildung 16 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zur finanziellen Attraktivität (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131).....	30
Abbildung 17 Einschätzungen der Befragten zur Frage zur Attraktivität abhängig von der Bezugsfunktion (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)	31
Abbildung 18 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu den Fristen der KSVPsych-RL (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)	31
Abbildung 19 Einschätzungen der Befragten zur Frage zur Sicherstellung der Krisenversorgung (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)	32
Abbildung 20 Einschätzungen der Befragten zur Frage zu fehlenden Anschlussmöglichkeiten, da keine Netzverbünde in der Region vorhanden (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)	32
Abbildung 21 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu Verfügbarkeit und Bereitschaft von FÄ für die Beteiligung an einem NV (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)	33
Abbildung 22 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu Verfügbarkeit und Bereitschaft von PT für die Beteiligung an einem NV (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)	33
Abbildung 23 Einschätzungen der Befragten zur Frage zur Bereitschaft von Krankenhäusern in der Region zur Kooperation im Rahmen der KSVPsych-RL (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)	33

Abbildung 24 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu der Verfügbarkeit und der Bereitschaft der weitem Leistungserbringenden zur Kooperation im Rahmen der KSVPsych-RL (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)	34
Abbildung 25 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu verschiedenen therapiebezogenen Gründen (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Fragestellungen und Datengrundlagen zum Evaluationsauftrag I	9
Tabelle 2 Eingegangene und genehmigte Anträge zur Gründung eines Netzverbundes nach KSVPsych-RL pro KV	12
Tabelle 3 Übersicht zur Struktur der genehmigten Netzverbünde pro KV zum Erhebungszeitpunkt 1. Oktober 2023	19
Tabelle 4 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 1 in der KV Bayerns .	20
Tabelle 5 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 2 in der KV Bayerns .	20
Tabelle 6 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis des NV in der KV Berlin .	21
Tabelle 7 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis des NV in der KV Hessen	21
Tabelle 8 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 1 in der KV Niedersachsen	22
Tabelle 9 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 2 in der KV Niedersachsen	22
Tabelle 10 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 3 in der KV Niedersachsen	23
Tabelle 11 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 4 in der KV Niedersachsen	23
Tabelle 12 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 1 in der KV Nordrhein	24
Tabelle 13 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 2 in der KV Nordrhein	24
Tabelle 14 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 3 in der KV Nordrhein	25
Tabelle 15 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 4 in der KV Nordrhein	25
Tabelle 16 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis des NV in der KV Rheinland-Pfalz	26
Tabelle 17 Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse	47



Abkürzungsverzeichnis

BAnz	Bundesanzeiger
BFA	Beratende Fachausschüsse
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
FÄ	Fachärztinnen und Fachärzte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Absatz 6b SGB V
KV	Kassenärztliche Vereinigung
NV	Netzverbund
pHKP	Psychiatrische häusliche Krankenpflege
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PLZ	Postleitzahl
PT	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA PPV	Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
wLE	weitere Leistungserbringende



1 Hintergrund

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019, welches am 1. September 2020 in Kraft getreten ist (BGBl 2019 Teil I Nr. 40 vom 22.11.2019), wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem damit beauftragt, bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Absatz 6b SGB V zu beschließen.

Mit Beschluss vom 2. September 2021 hat der G-BA die Erstfassung der *Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)* beschlossen, die am 18. Dezember 2021 (BANz 17.12.2021 B3) in Kraft getreten ist.

2 Evaluation der KSVPsych-Richtlinie

Der G-BA hat mit § 13 KSVPsych-RL die Evaluation der Richtlinie vorgesehen. Im Rahmen dieser Evaluation sollen die Auswirkungen der Richtlinienvorgaben auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten evaluiert werden. Dabei soll untersucht werden, ob die in § 1 Absatz 2 KSVPsych-RL festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Darüber hinaus sollen in einem ersten Schritt unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse erhoben und dargestellt werden.

In den Tragenden Gründen zum Beschluss sind bereits Fragestellungen für die Evaluation abgebildet, die sich an den in § 1 KSVPsych-RL benannten Zielen und Maßnahmen orientieren, im Rahmen einer ausführlichen Ausarbeitung von Evaluationsfragestellungen weiter präzisiert wurden und die Grundlage für die nachfolgenden Ausarbeitungen bilden.

Wie in der nachfolgenden Abbildung dargestellt, wird die Evaluation in zwei Aufträgen bearbeitet.

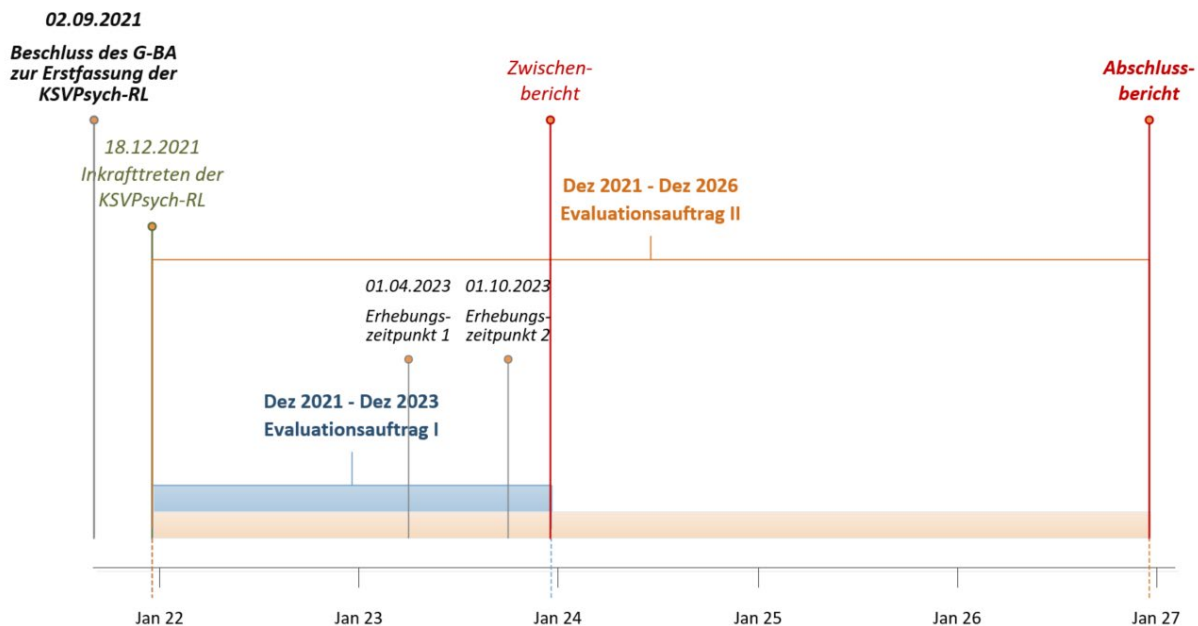


Abbildung 1 Zeitlicher Ablauf zur Evaluation ab Beschlussfassung des G-BA

2.1 Evaluationsauftrag I

Ausweislich der Tragenden Gründe zum Beschluss vom 2. September 2021 behält der G-BA sich vor, im Rahmen seiner Beobachtungspflicht gemäß 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO „bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL zu erheben, wie viele Netzverbünde bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbünden nicht zustande kam, und wenn dies der Fall ist, welche Faktoren der Gründung entgegenstanden“.

Das BMG hat mit Schreiben vom 7. Dezember 2021 im Rahmen der Prüfung nach § 94 Absatz 1 SGB V den G-BA darauf hingewiesen, es gehe davon aus, dass der G-BA seiner Beobachtungspflicht „hinsichtlich der Auswirkungen seiner Entscheidungen auch schon vorher nachkommen wird, um bereits früher auftretende Umsetzungsprobleme identifizieren und ggf. nachsteuern zu können. Insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen der Regelung in § 4 Absatz 1 zum vollen Versorgungsauftrag der Bezugssärztinnen oder Bezugssärzte und der Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten“ erscheine eine Beobachtung angezeigt. Im Zuge dessen sei die Möglichkeit oder Notwendigkeit einer Anpassung zu prüfen, „wenn sich herausstellen sollte, dass die Vorgabe ungeeignet ist, weil die Versorgung ohne die Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit geringerem Versorgungsauftrag nicht zustande kommt, oder wenn ersichtlich werden sollte, dass das Ziel der Verfügbarkeit auch mit einem milderem Eingriff in die Berufsausübung sichergestellt werden könnte.“

In der Antwort der Bundesregierung vom 30.06.2022 auf die Kleine Anfrage zur ambulanten Komplexversorgung bei schwer psychisch kranken Versicherten (Drucksache 20/2513) wurde bei der Beantwortung der Fragen deutlich, dass auch detaillierte Erkenntnisse zur geschlechtsspezifischen Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an Netzverbünden in die Evaluation einfließen sollen.

Um diesen Aufträgen gerecht zu werden, wurde der Evaluationsauftrag I formuliert, mit dem bereits zu den Stichtagen 1. April und 1. Oktober 2023 erste Strukturdaten zur Umsetzung erhoben wurden. Außerdem wurde im zweiten Teil des Evaluationsauftrags I eine Erhebung



zu Gründen der Nicht-Teilnahme vorgesehen. Die Ergebnisse des Evaluationsauftrags I werden im folgenden Zwischenbericht dargestellt.

2.2 Fragestellung

Die Grundlage für die Erhebung der Umsetzung der Regelungen zur Bildung von Netzverbünden gemäß der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) bilden die in Tabelle 1 aufgeführten Evaluationsfragestellungen ab.

Tabelle 1 Fragestellungen und Datengrundlagen zum Evaluationsauftrag I

Fragestellung	Datengrundlagen	Erhebungszeitpunkte	
		01.04.2023	01.10.2023
1. Wie viele Anträge sind bis zum Erhebungszeitraum eingegangen?	▪ Abfrage bei KVen über KBV	X	X
2. Wie viele Netzverbünde wurden zum Erhebungszeitraum durch die KVen genehmigt?			
3. Wie ist die regionale Verteilung der genehmigten Anträge (erreichte Landkreise)?			
4. Wie viele Netzverbundmitglieder sind in den jeweiligen Netzverbünden?	▪ Abfrage von Routinedaten über die KBV ▪ kontinuierliche Erhebung im Rahmen des Evaluationsauftrages II		X
5. Welchen Fachgruppen nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 bis 3 der Richtlinie lassen sich die Netzverbundmitglieder in welcher Zahl zuordnen?			
6. Wie ist die geschlechtsspezifische Verteilung der teilnehmenden Fachgruppen?			
7. Wie viele Kooperationspartner nach § 3 Absatz 3 Nummer 1 sind pro Netzverbund an der Versorgung nach der KSVPsych RL beteiligt?			
8. Wie viele und welche Kooperationspartner nach § 3 Absatz 3 Nummer 2 bis 4 sind pro Netzverbund an der Versorgung nach der KSVPsych RL beteiligt?			
9. In Regionen, in denen <u>keine</u> Netzverbünde zu Stande kommen: Welche Gründe bzw. Faktoren stehen einer Bildung von Netzverbünden entgegen?	▪ Einmalige Befragung der KVen und Fachausschüsse über die KBV auf Grundlage eines Fragebogens (Anlage) ▪ Die Befragung der ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungserbringer (LE) sowie weiterer LE gemäß § 3 Abs. 3 KSVPsych-RL ist für den Evaluationsauftrag II vorgesehen.		X

Auf Grundlage der in den Tragenden Gründen dargelegten Ziele der Evaluation sollen im Evaluationsauftrag II die in Anhang 1 dargestellten Fragestellungen beantwortet werden. Der Evaluationsauftrag II wird zu einem späteren Zeitpunkt umgesetzt, abhängig vom Umsetzungsstand der Richtlinie, d.h. von der Anzahl der gegründeten Netzverbünde und ihrer regionalen Verbreitung (siehe Anhang).

3 Material und Methoden des Evaluationsauftrag I

Die von der AG KSVPsych Evaluation vereinbarten Evaluationsfragestellungen sollten primär mit Daten der Träger des G-BA, insbesondere der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), beantwortet werden. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Für die Erhebung der Strukturdaten wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen via E-Mail ein vorher durch die KBV basierend auf den Fragestellungen des Evaluationsauftrags I entwickeltes, standardisiertes Excel-Sheet bereitgestellt. Dieses wurde durch die KVen im April sowie im Oktober 2023 zu den vereinbarten Stichtagen befüllt und durch die KBV zusammenführend entsprechend der in 2.2 aufgeführten Fragestellung ausgewertet.

Zur Befragung der potenziell Teilnehmenden an der KSVPsych-Richtlinienversorgung zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurde in der durch den UA PPV eingesetzten AG Evaluation ein Fragebogen zu möglichen Gründen der Nicht-Teilnahme erarbeitet (siehe Anhang 2). Der Fragebogen enthält 26 Fragen zum Informationsstand zur KSVPsych-RL, zu möglichen Gründen einer Nicht-Teilnahme hinsichtlich der Organisation, struktureller Aspekte und therapiebezogener Aspekte. Zusätzlich können noch Freitext-Angaben zu möglichen Gründen einer Nicht-Teilnahme von den Befragten ausgefüllt werden.

Als Adressaten einigte sich die AG Evaluation auf die Mitglieder der Beratenden Fachausschüsse (BFA) bei den KVen, die den Fachgruppen angehören, die an der Richtlinienversorgung teilnehmen können, sowie auf die Beteiligung der KVen.

Die BFA gemäß § 79b und c SGB V sind nach Versorgungsbereichen organisiert und beraten den Vorstand und die Vertreterversammlung der KV in grundlegenden Fragen zur Sicherung der ambulanten Versorgung. Sie werden in regelmäßigen Abständen vom Vorstand an den sie betreffenden Themen beteiligt. Die BFA sind bei allen sicherstellungsrelevanten Fragen vom Vorstand anzuhören, bevor Beschlüsse gefasst werden. Die Mitglieder der BFA sind Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Fachgruppen mit eigenem Versorgungsauftrag. Im Rahmen der Befragung nahmen sie als Multiplikatoren teil und bündeln insofern Erfahrungen und Rückmeldungen für ihre Region und Fachgruppe.

Die KVen bündeln mit jeweils einer Stimme die Rückmeldungen, die die jeweiligen Fachansprechpersonen im Rahmen von Information und Beratung zur KSVPsych-RL erhalten haben. Insofern wurden die beiden teilnehmenden Gruppen – BFA-Mitglieder und KV-Fachansprechpersonen – als Multiplikatoren befragt, mit der Aufforderung, die jeweils erhaltenen Einschätzungen zu bündeln und nach Häufigkeit zu gewichten. Sie werden in der weiter unten in Kapitel 4 folgenden Auswertung als „Befragte“ geführt.

Die Befragung wurde online mit LamaPoll durchgeführt, einem Online Umfrage Tool zum Erstellen, Versenden und Auswerten datenschutzkonformer Umfragen und Fragebögen (vgl. <https://www.lamapoll.de/>). Die Verteilung des Links zur Umfrage erfolgte per E-Mail an die benannten fachlichen Ansprechpersonen der KV, die den Link an die betreffenden Mitglieder der BFA weitergeleitet haben.

Die Auswertung erfolgt überwiegend deskriptiv mit Häufigkeitsverteilungen. Die Auswertung der Freitext-Antworten erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit deduktiv-induktiver Kategorienbildung. Zunächst wurden die Eingaben der Teilnehmenden von einer Auswerterin gemäß der drei Abschnitte des Fragebogens (organisatorische Gründe, strukturelle Gründe und therapiebezogene Gründe) deduktiv vorsortiert. Aussagen, die keiner dieser drei Kategorien zuordenbar war, wurden in weitere Kategorien einsortiert (weitere Anmerkungen / Kritikpunkte sowie Anmerkungen zum Fragebogen). Basierend auf dieser Vor-



sortierung erfolgte dann von zwei weiteren unabhängigen Bewertenden eine induktive Ableitung der Subkategorien. Dabei wurden im ersten Schritt aus 20% der Freitext-Antworten (zufällige Auswahl) gemeinsam von den beiden Bewertenden Subkategorien gebildet und die Freitext-Antworten den Subkategorien zugeordnet. Dabei waren auch Mehrfachzuweisungen möglich, d.h. eine Freitext-Angabe konnte mehreren Subkategorien zugeordnet werden. Anschließend haben beide Bewertenden unabhängig voneinander die übrigen 80% der Freitext-Antworten den Subkategorien zugeordnet und, wenn nötig, neue Subkategorien gebildet. Im letzten Schritt wurden die abweichenden Zuordnungen (Dissense) zu den Subkategorien durch Diskussion der beiden Bewertenden aufgelöst und konsentiert. Wenn nötig, wurden auch Umsortierungen einzelner Aussagen zwischen den Hauptkategorien vorgenommen. Angaben, die keiner der drei Hauptkategorien organisatorische Gründe, strukturelle Gründe und therapiebezogene Gründe zuzuordnen waren, wurden in die Kategorie Sonstiges eingeordnet. Als Ergebnis wird das Kategoriensystem inklusive Häufigkeiten der Nennungen tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 17 im Anhang).

4 Ergebnisse zum Evaluationsauftrag I

4.1 Eingegangene und genehmigte Anträge zur Gründung eines Netzverbundes

Im Folgenden werden die eingegangenen und genehmigten Anträge zur Gründung eines Netzverbundes dargestellt. Mit eingegangenen Anträgen werden solche bezeichnet, die zum Stichtag vorliegen, aber noch nicht abschließend beschieden wurden. Zum Stichtag 1. April 2023 haben drei KVen insgesamt fünf Netzverbünde genehmigt und vier KVen verzeichnen einen Eingang von acht Anträgen, zwölf KVen sind zu diesem Zeitpunkt ohne Antragsaktivitäten. Zum Stichtag 1. Oktober 2023 haben sechs KVen insgesamt 13 Netzverbünde genehmigt und fünf KVen verzeichnen einen Eingang von neun Anträgen, zehn KVen sind zu diesem Zeitpunkt ohne Antragsaktivitäten. Verglichen zum ersten Erhebungszeitpunkt ergibt sich ein Zuwachs von acht Netzverbünden.

Tabelle 2 Eingegangene und genehmigte Anträge zur Gründung eines Netzverbundes nach KSVPsych-RL pro KV

KV	Eingegangene Anträge 1.4.23	Genehmigte Anträge 1.4.23	Eingegangene Anträge 1.10.23	Genehmigte Anträge 1.10.23
Baden-Württemberg	0	0	2	0
Bayerns	1	0	3	2
Berlin	2	1	2	1
Brandenburg	0	0	0	0
Bremen	0	0	0	0
Hamburg	0	0	0	0
Hessen	1	0	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0
Niedersachsen	4	2	0	4
Nordrhein	0	2	0	4
Rheinland-Pfalz	0	0	1	1
Saarland	0	0	0	0
Sachsen	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	0
Thüringen	0	0	0	0
Westfalen-Lippe	0	0	0	0

4.2 Regionale Verteilung der genehmigten Anträge (erreichte Landkreise)

Im Folgenden wird die regionale Verteilung der genehmigten Anträge pro KV zu den Stichtagserhebungen dargestellt. Für die Darstellung wurden die PLZ-Angaben der Praxen genutzt. Die Punkte in den Karten sind die PLZ-Schwerpunkte, ein Punkt kann mehrere Praxen abdecken.

4.2.1 KV Bayerns

In der KV Bayerns gab es zum 1. April 2023 noch keine Netzverbünde, zum 1. Oktober 2023 gab es zwei Netzverbünde.

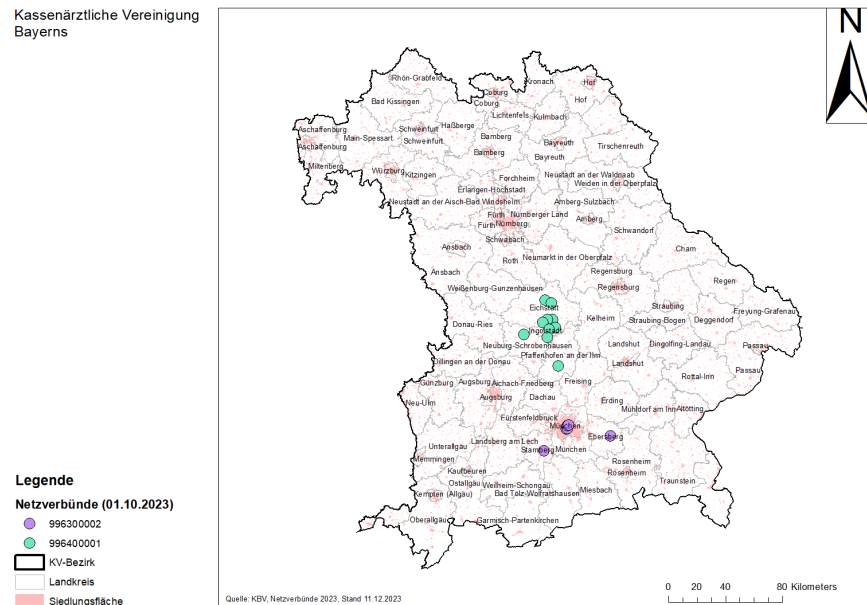


Abbildung 2 Regionale Abdeckung NV in KV Bayerns zum 1. Oktober 2023

4.2.2 KV Berlin

In der KV Berlin gab es zum 1. April 2023 und zum 1. Oktober 2023 einen Netzverbund.

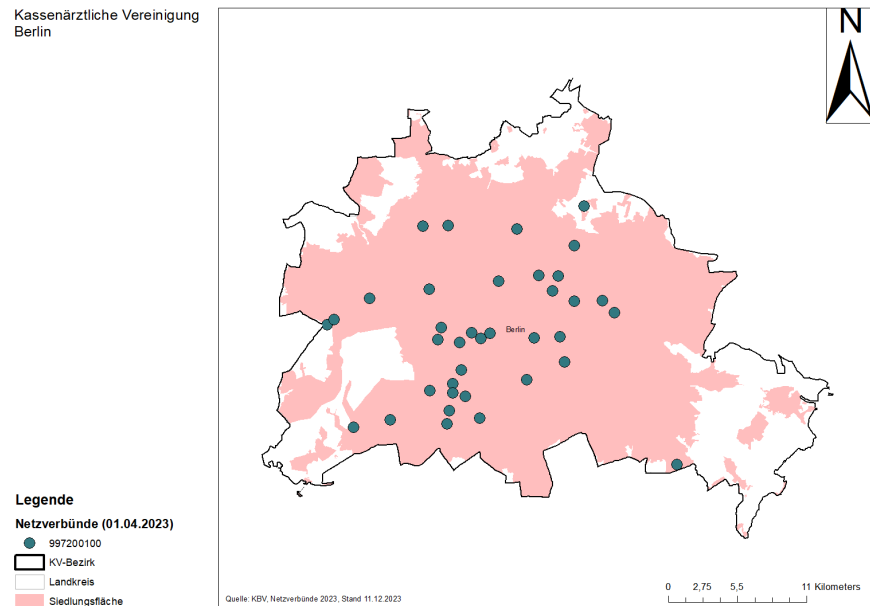


Abbildung 3 Regionale Abdeckung NV in KV Berlin zum 1. April 2023

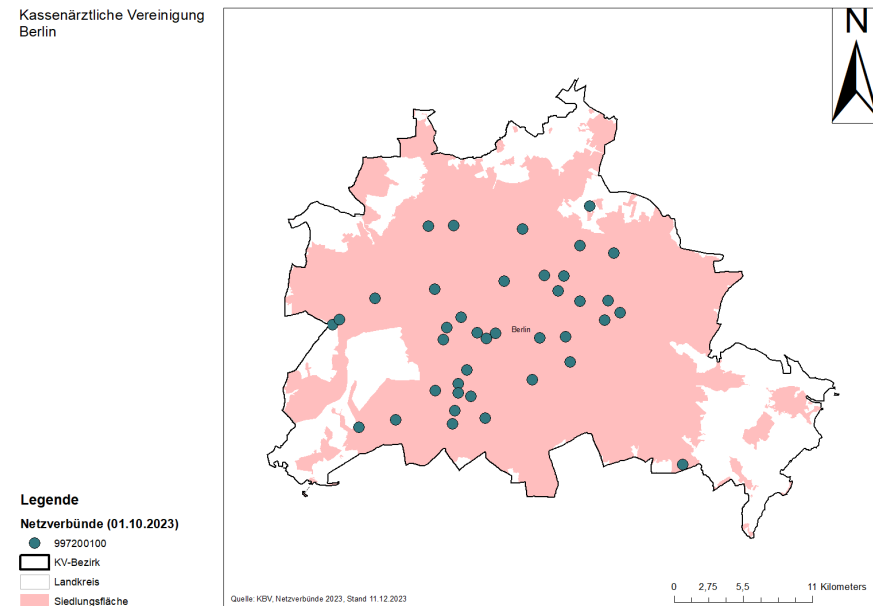


Abbildung 4 Regionale Abdeckung NV in KV Berlin zum 1. Oktober 2023

4.2.3 KV Hessen

In der KV Hessen gab es zum 1. April 2023 noch keine Netzverbünde, zum 1. Oktober 2023 gab es einen Netzverbund.

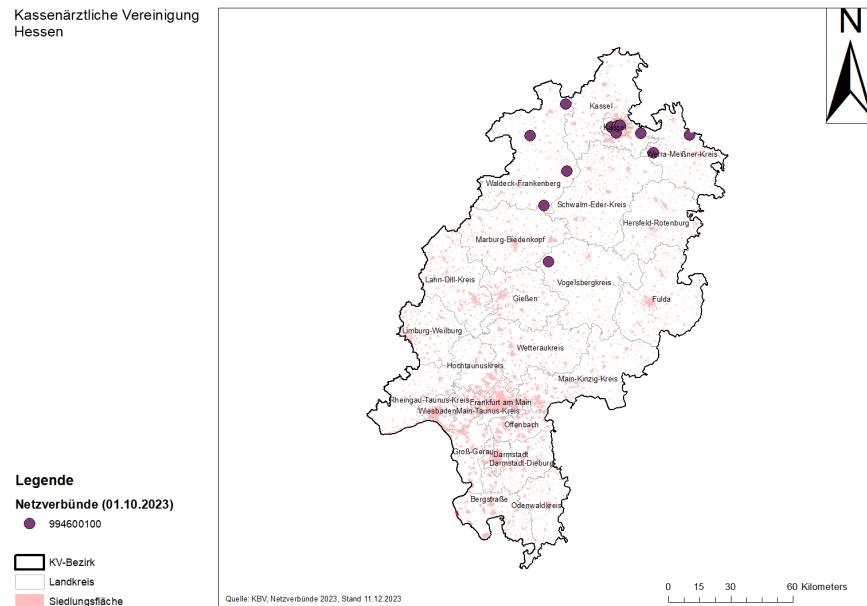


Abbildung 5 Regionale Abdeckung NV in KV Hessen zum 1. Oktober 2023

4.2.4 KV Niedersachsen

In der KV Niedersachsen gab es zum 1. April 2023 zwei Netzverbände, zum 1. Oktober 2023 gab es vier Netzverbände.

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

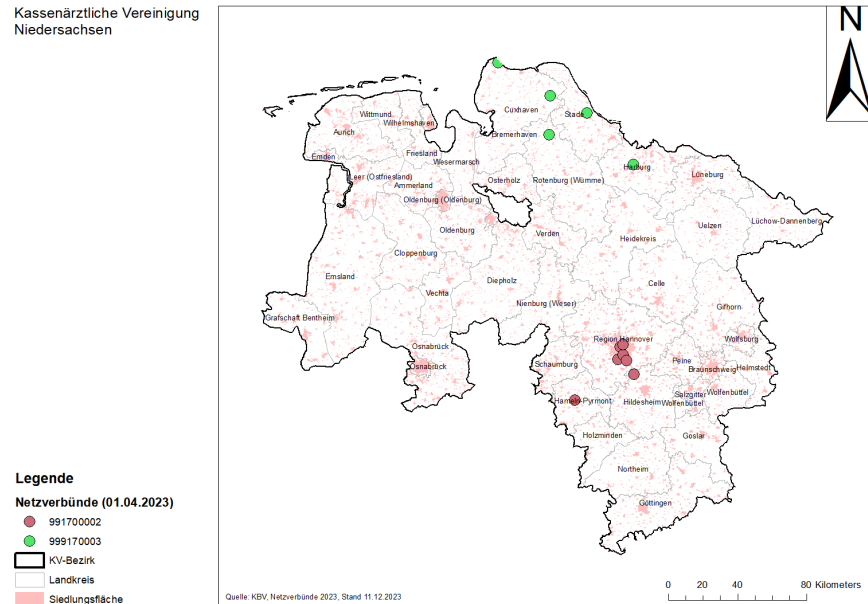


Abbildung 6 Regionale Abdeckung NV in KV Niedersachsen zum 1. April 2023

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

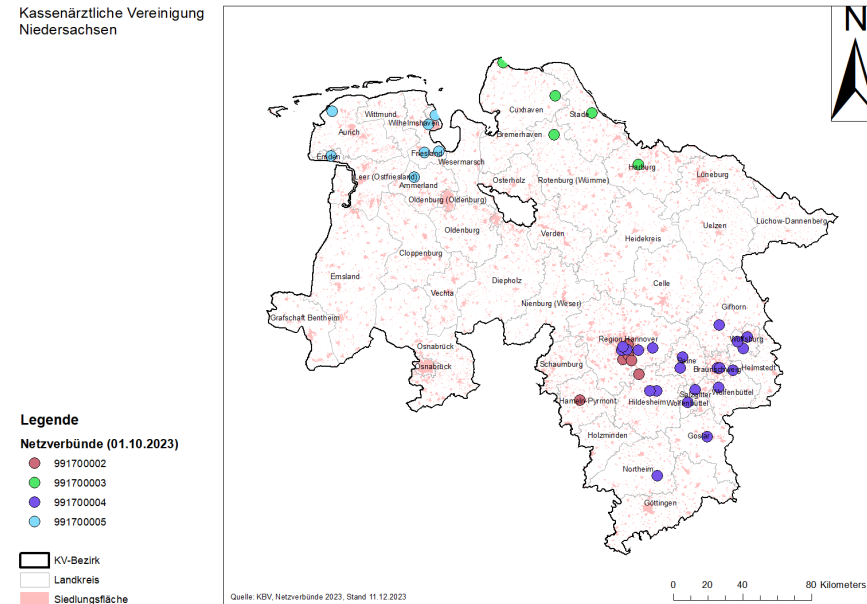


Abbildung 7 Regionale Abdeckung NV in KV Niedersachsen zum 1. Oktober 2023

4.2.5 KV Nordrhein

In der KV Nordrhein gab es zum 1. April 2023 zwei Netzverbünde, zum 1. Oktober 2023 gab es vier Netzverbünde.

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

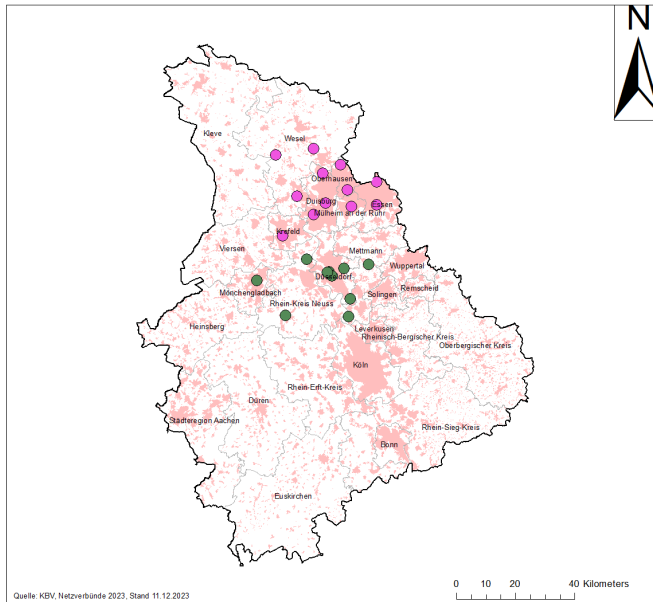
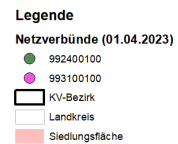


Abbildung 8 Regionale Abdeckung NV in KV Nordrhein zum 1. April 2023

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

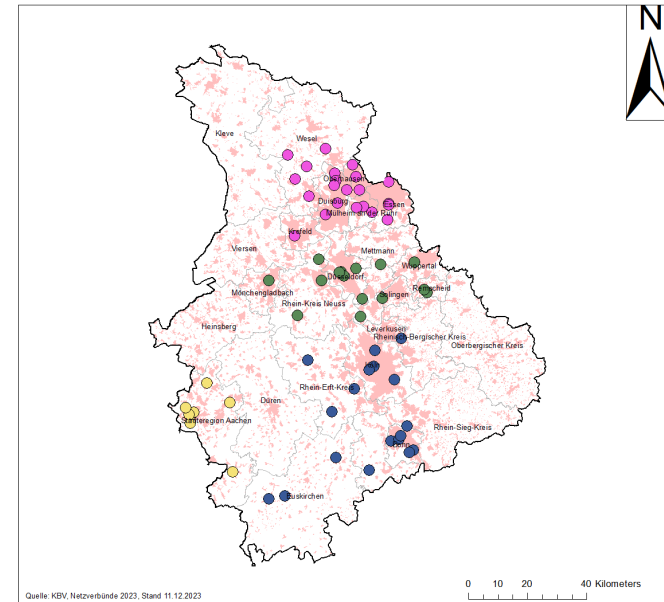
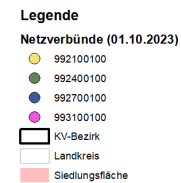


Abbildung 9 Regionale Abdeckung NV in KV Nordrhein zum 1. Oktober 2023

4.2.6 KV Rheinland-Pfalz

In der KV Rheinland-Pfalz gab es zum 1. April 2023 noch keine Netzverbünde, zum 1. Oktober 2023 gab es einen Netzverbund.

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz

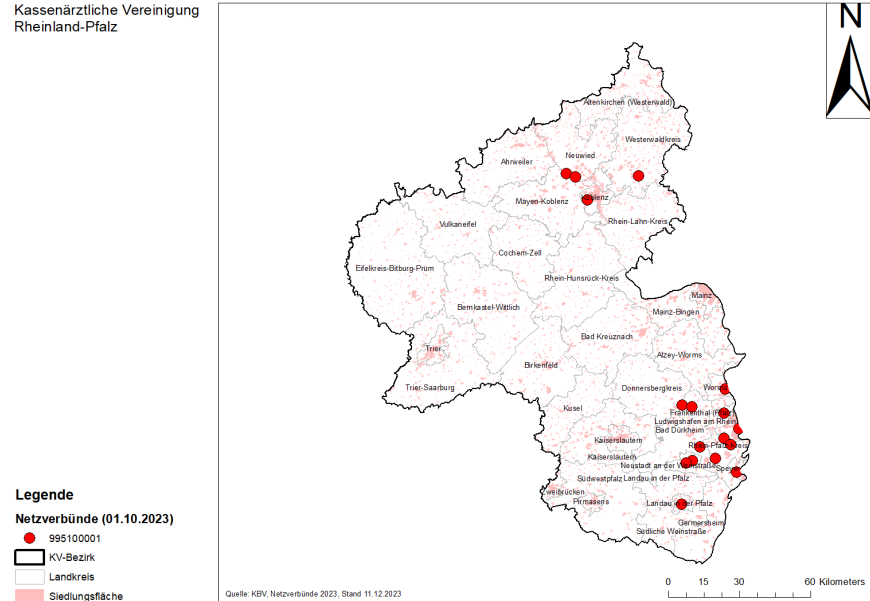


Abbildung 10 Regionale Abdeckung NV in KV Rheinland-Pfalz zum 1. Oktober 2023

4.3 Übersicht der Struktur der genehmigten Netzverbünde

Zum Stichtag 1. Oktober 2023 wurde eine erweiterte Datenerhebung zur Struktur der genehmigten Netzverbünde umgesetzt. In der folgenden Tabelle wird diese nach den jeweiligen KV-Regionen dargestellt. Zu sehen ist die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte (FÄ) und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT) nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 bis 3, die Anzahl der kooperierenden Krankenhäuser (KH) nach § 3 Absatz 3 Nummer 1 sowie die Anzahl und Art der Berufsgruppe der weiteren Leistungserbringenden (wLE) nach § 3 Absatz 3 Nummern 2 bis 4 je Netzverbund.

Tabelle 3 Übersicht zur Struktur der genehmigten Netzverbünde pro KV zum Erhebungszeitpunkt 1. Oktober 2023

KV	NV	Anzahl FÄ/PT	Anzahl KH	Anzahl wLE	Art wLE
Bayerns	2	18	1	4	Ergotherapie Soziotherapie
		10	1	1	Soziotherapie
Berlin	1	60	3	23	Ergotherapie pHKP Soziotherapie
Hessen	1	16	1	4	Ergotherapie pHKP
Niedersachsen	4	19	1	4	pHKP
		29	2	2	pHKP
		52	1	15	Ergotherapie pHKP
		13	1	4	pHKP
Nordrhein	4	20	1	4	Ergotherapie pHKP Soziotherapie
		40	1	4	Ergotherapie pHKP Soziotherapie
		48	1	4	Ergotherapie pHKP Soziotherapie
		38	1	17	Ergotherapie pHKP Soziotherapie
Rheinland-Pfalz	1	26	1	3	Soziotherapie

4.3.1 Verteilung der Fachgruppen in den genehmigten Netzverbünden

Entsprechend der Vorgaben des Evaluationsauftrags wurden im Rahmen der Abfrage zum 1. Oktober 2023 die in den genehmigten Netzverbünden tätigen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Fachgruppen nach § 3 Absatz 2 Nummern 1 bis 3 der Richtlinie und nach Geschlecht ausgewertet. Diese werden im Folgenden je KV-Region, in der Netzverbünde genehmigt wurden, dargestellt. Genannt sind jeweils die übermittelten Facharztanerkennungen, im Falle der Psychotherapie wird jeweils ärztliche und psychologische Psychotherapie ausgewiesen.¹

Es wurde in allen KV-Bereichen nach den Kategorien männlich, weiblich und divers gefragt, es erfolgte keine Angabe von diversen Personen.

4.3.1.1 KV Bayerns

In Bayern sind zum 1. Oktober 2023 insgesamt 28 Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an zwei Netzverbünden beteiligt.

Tabelle 4 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 1 in der KV Bayerns

NV 1	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	18	7	11
Psychiatrie u. Psychotherapie	10	4	6
Psychologische Psychotherapie	6	3	3
Psychiatrie u. Neurologie	2	0	2

Tabelle 5 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 2 in der KV Bayerns

NV 2	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	10	2	8
Psychiatrie u. Psychotherapie	3	1	2
Ärztliche Psychotherapie	2	0	2
Psychologische Psychotherapie	3	0	3
Neurologie	1	1	0
Neurologie u. Nervenheilkunde	1	0	1

¹ In der Abfrage der Strukturdaten der genehmigten Netzverbünde wurden die Facharztanerkennungen erhoben. Diese können von dem Fachgebiet der Zulassung abweichen. In solchen Fällen wurde das Zulassungsfachgebiet – psychotherapeutische/r Ärztin/Arzt -genannt. Es können daneben beispielsweise aber auch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie als psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte zugelassen sein. Aus diesem Grund kann es in der Darstellung der Tabellen unter 4.3.1 zu Abweichungen von der in § 3 Absatz 2 KSVPsych-RL geregelten Mindestvorgabe der an einem Netzverbund beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kommen.

4.3.1.2 KV Berlin

In Berlin existierte zum 1. Oktober 2023 ein Netzwerk mit 60 beteiligten Fachärztinnen und Fachärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Tabelle 6 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis des NV in der KV Berlin

NV 1	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	60	26	34
Psychiatrie u. Psychotherapie	21	13	8
Ärztliche Psychotherapie	4	2	2
Psychologische Psychotherapie	17	1	16
Psychiatrie u. Neurologie	7	3	4
Nervenheilkunde	11	7	4

4.3.1.3 KV Hessen

In der Region der KV Hessen existierte zum 1. Oktober 2023 ein Netzwerk, an dem 16 Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beteiligt sind.

Tabelle 7 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis des NV in der KV Hessen

NV 1	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	16	3	13
Psychiatrie u. Psychotherapie	11	3	8
Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	1	0	1
Psychologische Psychotherapie	4	0	4

4.3.1.4 KV Niedersachsen

In Niedersachsen bestanden zum 1. Oktober 2023 vier Netzverbünde mit insgesamt 113 Fachärztinnen und Fachärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Tabelle 8 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 1 in der KV Niedersachsen

NV 1	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	19	14	5
Psychiatrie u. Psychotherapie	9	7	2
Psychologische Psychotherapie	2	2	0
Psychiatrie, Psychotherapie u. Neurologie	2	1	1
Psychiatrie u. Neurologie	3	2	1
Neurologie	2	2	0
Nervenheilkunde	1	0	1

Tabelle 9 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 2 in der KV Niedersachsen

NV 2	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	29	9	20
Psychiatrie u. Psychotherapie	13	4	9
Psychologische Psychotherapie	8	0	8
Psychiatrie, Psychotherapie u. Neurologie	2	1	1
Psychiatrie u. Neurologie	2	2	0
Neurologie	4	2	2

Tabelle 10 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 3 in der KV Niedersachsen

NV 3	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	52	20	32
Psychiatrie	3	2	1
Psychiatrie u. Psychotherapie	18	3	15
Ärztliche Psychotherapie	2	0	2
Psychologische Psychotherapie	4	0	4
Psychiatrie, Psychotherapie u. Neurologie	7	4	3
Psychiatrie u. Neurologie	11	9	2
Psychiatrie u. Nervenheilkunde	1	0	1
Neurologie	4	0	4
Neurologie u. Nervenheilkunde	1	1	0
Nervenheilkunde	1	1	0

Tabelle 11 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 4 in der KV Niedersachsen

NV 4	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	13	10	3
Psychiatrie u. Psychotherapie	6	5	1
Psychiatrie u. Neurologie	5	4	1
Neurologie	2	1	1

4.3.1.5 KV Nordrhein

In der KV Nordrhein bestanden zum 1. Oktober 2023 vier Netzverbünde mit insgesamt 146 Fachärztinnen und Fachärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Tabelle 12 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 1 in der KV Nordrhein

NV 1	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	20	8	12
Psychiatrie	1	1	0
Psychiatrie u. Psychotherapie	11	4	7
Ärztliche Psychotherapie	1	0	1
Psychologische Psychotherapie	3	1	2
Psychiatrie u. Neurologie	2	0	2
Psychiatrie, Psychotherapie u. Neurologie	2	2	0

Tabelle 13 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 2 in der KV Nordrhein

NV 2	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	40	22	18
Psychiatrie	1	0	1
Psychiatrie u. Psychotherapie	12	6	6
Psychologische Psychotherapie	6	1	5
Psychiatrie u. Neurologie	1	1	0
Psychiatrie, Psychotherapie u. Neurologie	11	7	4
Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	4	2	2
Neurologie u. Nervenheilkunde	2	2	0
Nervenheilkunde	3	3	0

Tabelle 14 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 3 in der KV Nordrhein

NV 3	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	48	20	28
Psychiatrie u. Psychotherapie	16	11	5
Ärztliche Psychotherapie	3	1	2
Psychologische Psychotherapie	15	3	12
Psychiatrie u. Neurologie	5	2	3
Psychiatrie, Psychotherapie u. Neurologie	4	2	2
Psychiatrie, Psychotherapie u. psychosomatische Medizin	1	0	1
Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	2	1	1
Neurologie	2	0	2

Tabelle 15 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis NV 4 in der KV Nordrhein

NV 4	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	38	18	20
Psychiatrie	1	0	1
Psychiatrie u. Psychotherapie	16	9	7
Psychologische Psychotherapie	6	1	5
Psychiatrie u. Neurologie	3	2	1
Psychiatrie, Psychotherapie u. Neurologie	7	5	2
Psychiatrie, Psychotherapie u. Nervenheilkunde	1	1	0
Neurologie	2	0	2
Neurologie u. Nervenheilkunde	1	0	1
Nervenheilkunde	1	0	1

4.3.1.6 KV Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz gab es zum 1. Oktober 2023 einen Netzverbund mit 27 beteiligten Fachärztinnen und Fachärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Tabelle 16 Verteilung der Fachgruppen und Geschlechterverhältnis des NV in der KV Rheinland-Pfalz

NV 1	Gesamt	Männlich	Weiblich
Fachgruppe	26	11	15
Psychiatrie u. Psychotherapie	13	4	9
Ärztliche Psychotherapie	1	0	1
Psychologische Psychotherapie	2	1	1
Psychiatrie u. Neurologie	3	2	1
Psychiatrie, Psychotherapie u. Neurologie	2	2	0
Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	3	1	2
Neurologie	2	1	1

4.4 Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen und beratenden Fachausschüsse

Die Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der beratenden Fachausschüsse bei den KVen wurde in Kapitel 3 beschrieben. Die Online-Umfrage war vom 27. September bis zum 27. Oktober 2023 geöffnet. Es haben insgesamt 194 Personen teilgenommen; 131 Personen haben die Befragung vollständig durchlaufen, 63 Personen haben die Befragung vorzeitig abgebrochen. Es handelt sich um eine selbstselektive Stichprobe. Im folgenden Text wird ab Kapitel 4.4.2 der Begriff „Befragte“ für die an der Umfrage teilnehmenden Personen verwendet, die in ihren Antworten die bei ihnen eingegangenen Rückmeldungen von potenziell Teilnehmenden an der Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie nach Häufigkeit einschätzen.

4.4.1 Strukturdaten der Befragung

Teilnehmende waren zu rund 92 % Mitglieder der beratenden Fachausschüsse (120 Personen) und zu rund 8 % KV-Mitarbeitende (11 Personen). Die Verteilung erklärt sich mit der Vorgabe, nach welcher jede KV nur eine Stimme hat (vgl. Kapitel 3).

Abbildung 11 zeigt die Anzahl der Teilnehmenden nach KV-Regionen: alle KV-Regionen haben sich an der Befragung beteiligt, die durchschnittliche Anzahl der Teilnehmenden pro KV-Region liegt bei 8.

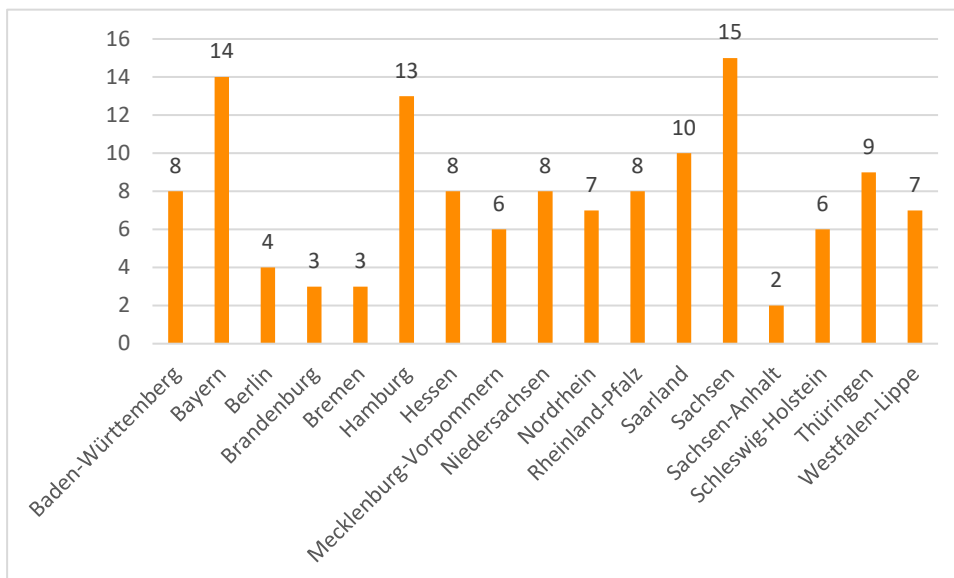


Abbildung 11 Anzahl der Teilnehmenden nach KV-Regionen

In Abbildung 12 ist die Zuordnung der teilnehmenden Mitglieder der beratenden Fachausschüsse zu den Fachgruppen nachzuvollziehen. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind mit rund 58 % die am stärksten vertretene Fachgruppe, ärztliche Fachgruppen sind mit rund 43 % vertreten, angeführt vom Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit rund 15 %. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie haben sich nicht beteiligt.

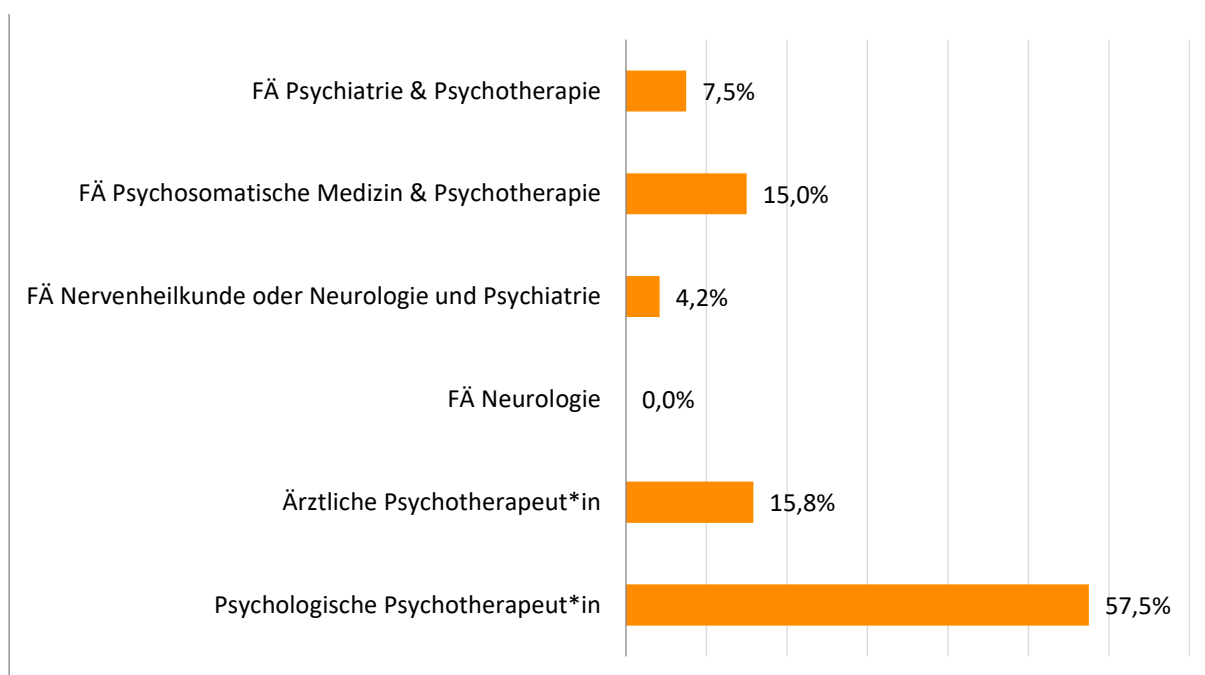


Abbildung 12 Verteilung der BFA-Teilnehmenden nach Fachgruppen (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=120)

4.4.2 Fragen zum Informationsstand zur KSVPsych-Richtlinie

Der erste Fragekomplex thematisiert die Informationslage bei potenziell Teilnehmenden zur KSVPsych-Richtlinie.

Etwa die Hälfte der Befragten (50 %) gab an, selten oder nie die Rückmeldung bekommen zu haben, dass potenziell Teilnehmende zu wenige Informationen zur KSVPsych-RL hätten oder die Inhalte der KSVPsych-RL nicht bekannt wären (52 %) (s. Abb. 13).

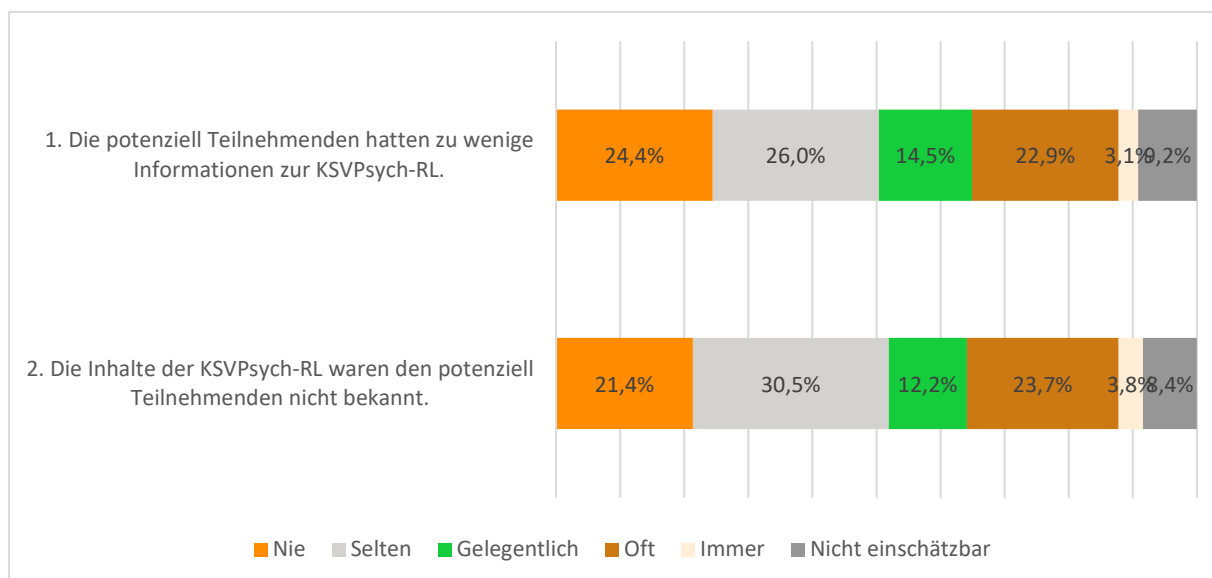


Abbildung 13 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zum Informationsstand (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

Im Ergebnis spiegeln die Rückmeldungen, dass Informationen zur KSVPsych-RL überwiegend vorliegen und die Inhalte eher bekannt sind.

4.4.3 Fragen zu möglichen organisatorischen Gründen der Nicht-Teilnahme

Im zweiten Fragenblock finden sich verschiedene organisatorische Gründe, die eine mögliche Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL verhindern.

Rund 79 % der Befragten gaben an, dass sie oft oder immer Rückmeldungen von potenziell Teilnehmenden bekommen haben, dass Sorgen hinsichtlich Risiken (z.B. Haftungsrisiken, Bürokratie) für die eigene Praxis bestehen. Nur 1% der Befragten gab an, diese Rückmeldung noch nie erhalten zu haben (s. Abb. 14, Frage 3).

Die Rückmeldungen zur Gründung eines Netzverbundes und zum Beitritt fallen wie folgt aus:

Rund 94% der Befragten geben an, dass sie oft oder immer die Rückmeldung erhalten, die Gründung eines Netzverbunds werde als zu kompliziert eingeschätzt (s. Abb. 14, Frage 4).

Darüber hinaus geben rund 92 % der Befragten an, dass die potenziell Teilnehmenden oft oder immer einen hohen formalen bürokratischen Aufwand mit einem Beitritt verbinden (s. Abb. 14, Frage 5).

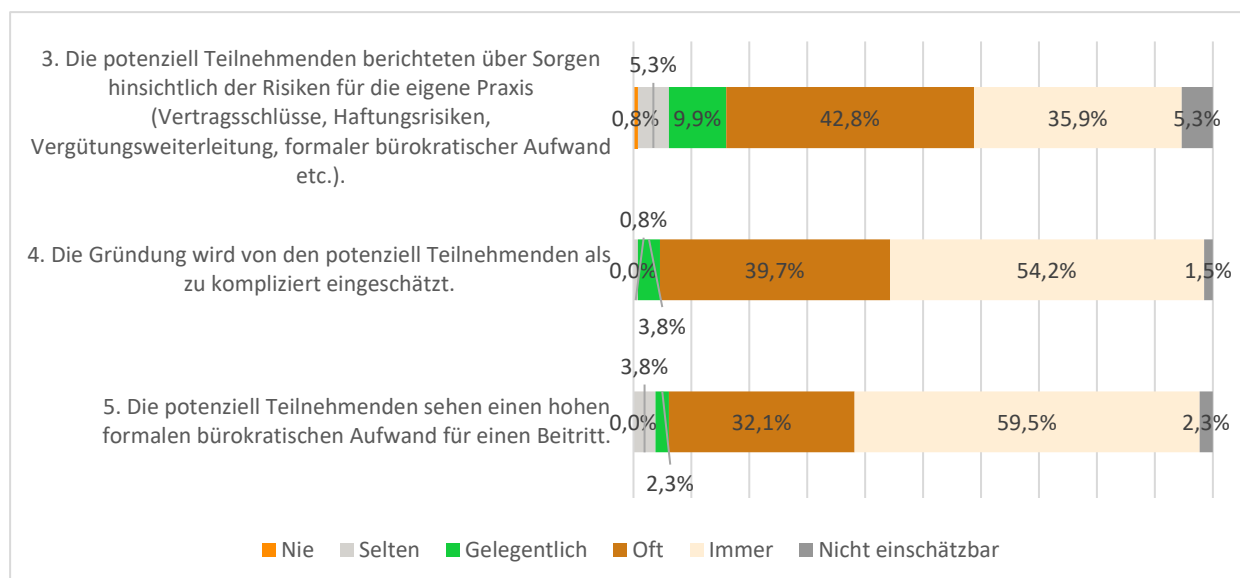


Abbildung 14 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu Gründung und Beitritt (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

Etwa 41% der Befragten gaben an, nie oder selten die Rückmeldung erhalten zu haben, dass von potenziell Teilnehmenden zusätzlicher diagnostischer Aufwand durch Mitarbeit in einem Netzwerk erwartet würde (s. Abb. 15, Frage 6a). 53% bzw. 85% der Befragten gaben jedoch an, dass oft oder immer ein hoher Arbeitsaufwand durch Absprachen innerhalb des Netzverbundes bzw. durch organisatorischen Praxisaufwand von den potenziell Teilnehmenden erwartet würde (s. Abb. 15, Frage 6b und c).

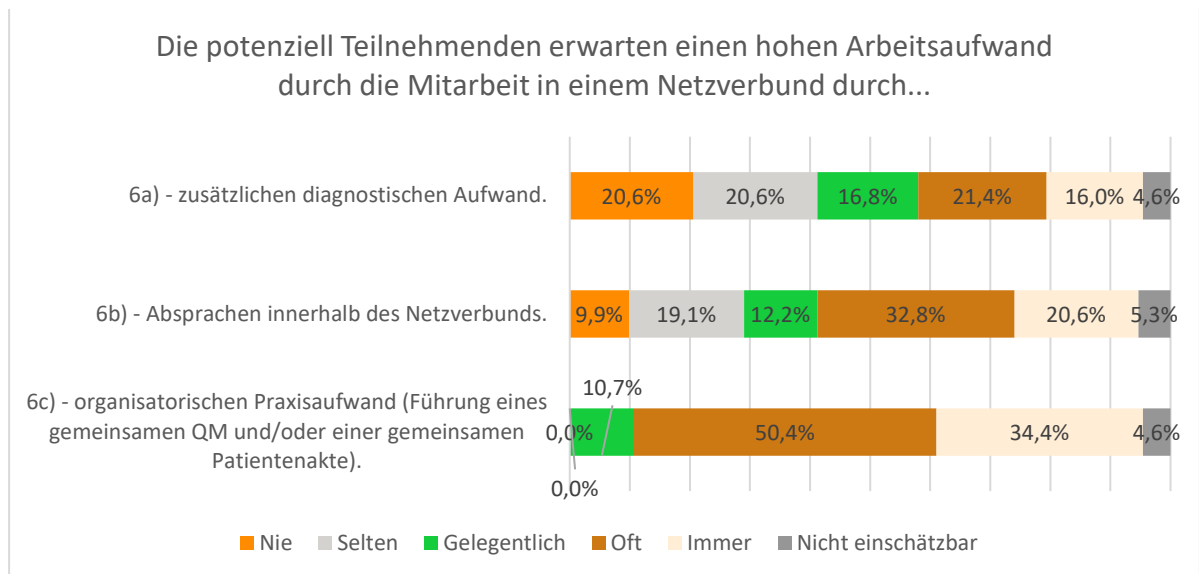


Abbildung 15 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zum Arbeitsaufwand (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

Zur finanziellen Attraktivität der Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL gaben die Befragten an, dass sowohl insgesamt (rund 85% oft oder immer) als auch in Bezug auf die fehlende Möglichkeit eine Bezugsfunktion übernehmen zu können (rund 65 % oft oder immer), die Teilnahme an der Versorgung in einem Netzverbund als finanziell nicht attraktiv eingeschätzt wird (s. Abb. 16; zur Bezugsfunktion vgl. § 4 Absatz 1 und § 8 Absatz 1 Satz 5 KSVPsych-RL). 16 % der Befragten gaben an, nicht einschätzen zu können, ob potenziell Teilnehmende die Versorgung im Netzverbund als nicht attraktiv einschätzen würden, da keine Bezugsfunktion möglich sei (s. Abb. 16, Frage 7b); die Gründe dafür sind unklar.

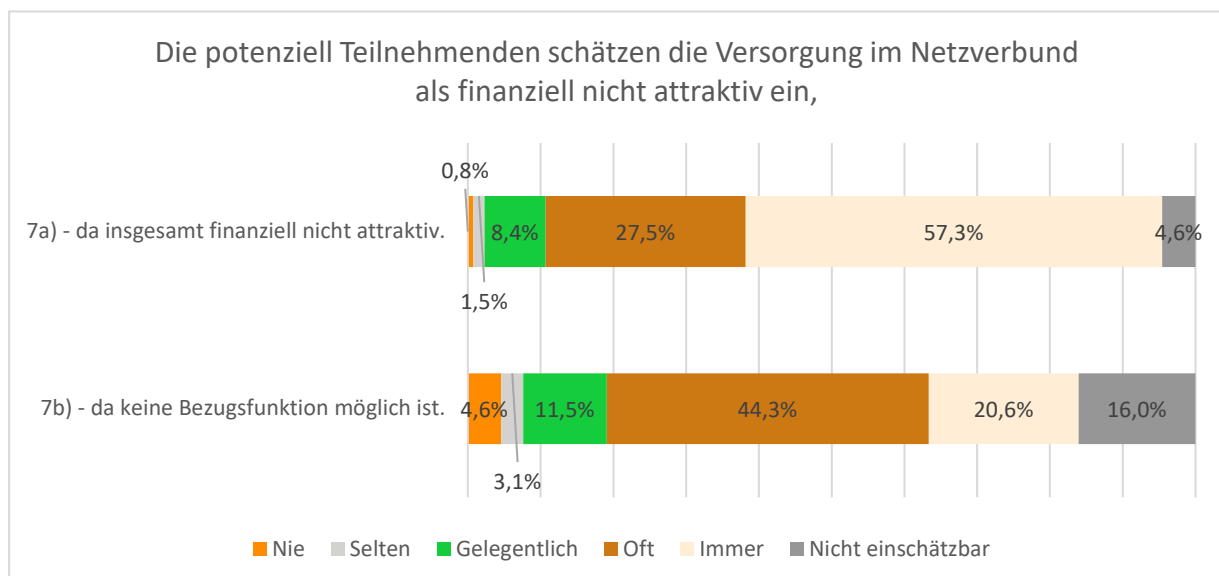


Abbildung 16 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zur finanziellen Attraktivität (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

Etwa zwei Drittel der Befragten (68 %) gaben anhand der erhaltenen Rückmeldungen an, dass die potenziell Teilnehmenden ohne vollen Versorgungsauftrag eine Versorgung im Netzverbund nur dann als interessant einschätzen, wenn Ihnen eine bezugsärztliche oder bezugstherapeutische Tätigkeit möglich wäre (s. Abb. 17).

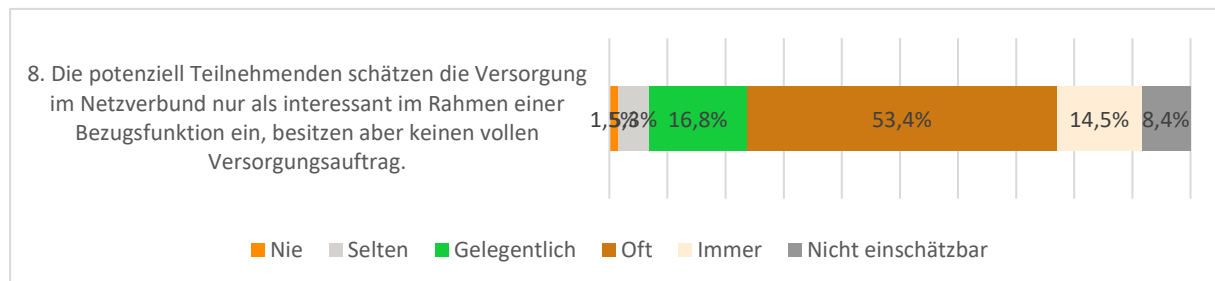


Abbildung 17 Einschätzungen der Befragten zur Frage zur Attraktivität abhängig von der Bezugsfunktion (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

In der Umfrage wurden auch die in der KSVPsych-RL vorgegebenen Fristen für die Versorgung als mögliche Hindernisse thematisiert: Zum einen besteht die Pflicht nach einer Überweisung oder Empfehlung zeitnah eine Eingangssprechstunde anzubieten (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen), zum anderen soll die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde erfolgen (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2), vgl. § 6 Absatz 1 Nummern 2 und 3 der KSVPsych-RL. Auf Basis der Rückmeldungen gaben die Befragten zur Wahrung der Fristen an, dass diese häufig - immer und oft - als nicht realisierbar eingeschätzt werden: für die Eingangssprechstunde zu 61 %, für die differentialdiagnostischen Abklärung zu 73 % (s. Abb. 18).

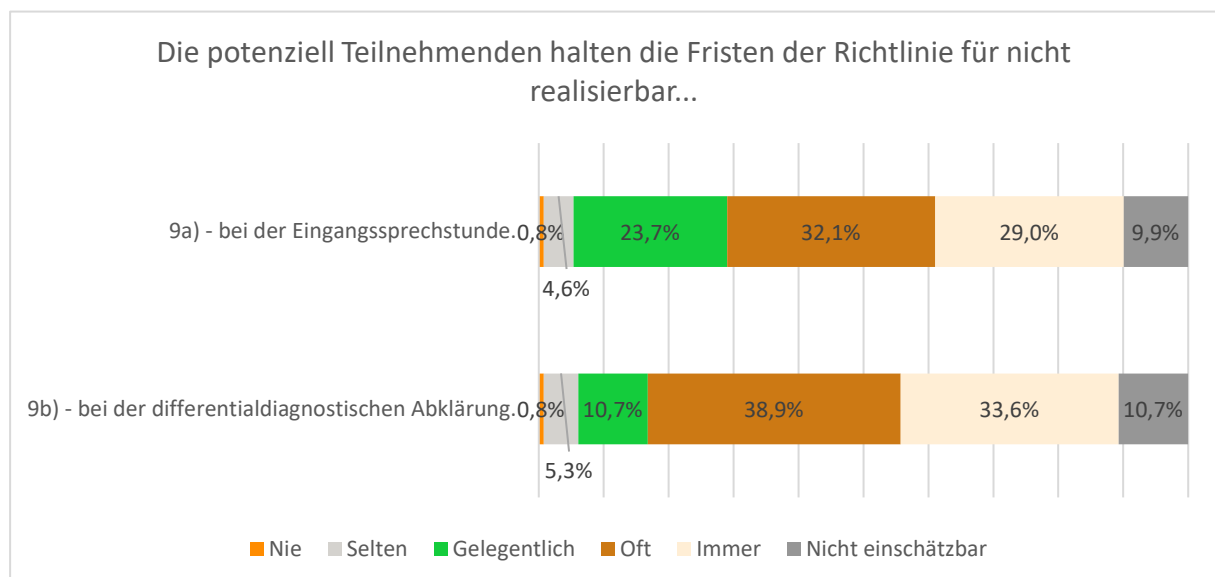


Abbildung 18 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu den Fristen der KSVPsych-RL (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

Etwa die Hälfte der Befragten (45 %) gab zudem an, dass die potenziell Teilnehmenden die jederzeitige Sicherstellung der Krisenbetreuung oft oder immer als problematisch ansehen (s. Abb. 19).

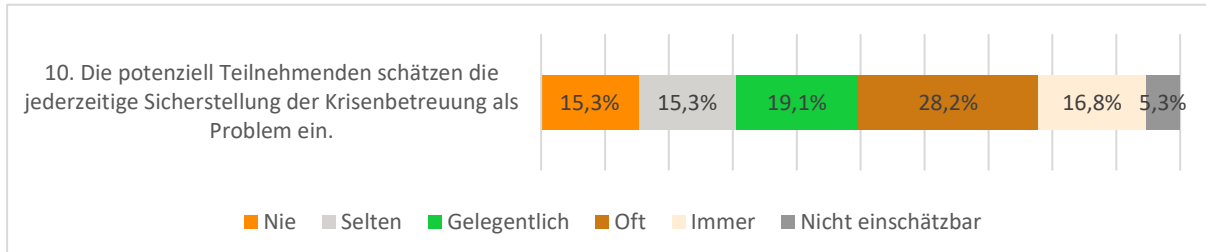


Abbildung 19 Einschätzungen der Befragten zur Frage zur Sicherstellung der Krisenversorgung (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

4.4.4 Fragen zu möglichen strukturellen Gründen der Nicht-Teilnahme

Im zweiten Fragenblock wurden mögliche strukturelle Gründe der Nicht-Teilnahme benannt.

64 % der Befragten gaben an, dass potenziell Teilnehmende oft oder immer berichten, dass es in ihrer Region noch keine Netzverbünde gibt, denen sie sich anschließen könnten (s. Abb. 20).

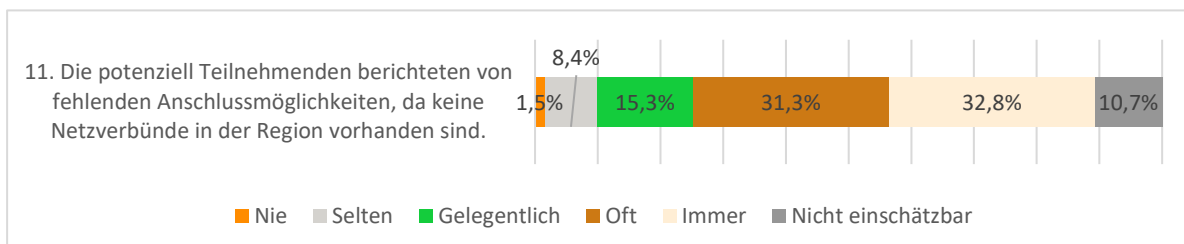


Abbildung 20 Einschätzungen der Befragten zur Frage zu fehlenden Anschlussmöglichkeiten, da keine Netzverbünde in der Region vorhanden (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

Über die Hälfte der Befragten (57 %) gab an, dass sie oft oder immer die Rückmeldung erhalten, es seien nicht ausreichend Fachärztinnen und Fachärzte in der Region vorhanden, um einen Netzverbund entsprechend der Vorgaben der KSVPsych-Richtlinie bilden zu können. Daneben zeigen die Rückmeldungen zur Teilnahmebereitschaft an einem Netzverbund, dass rund 44 % der Befragten oft oder immer die Rückmeldung erhalten haben, es seien nicht ausreichend Fachärztinnen und Fachärzte bereit, an einem Netzverbund teilzunehmen (s. Abb. 21).

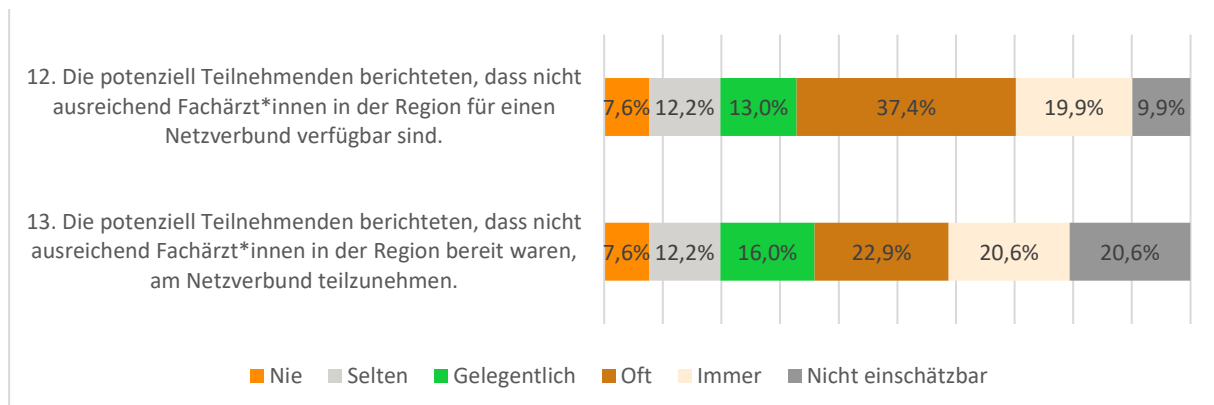


Abbildung 21 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu Verfügbarkeit und Bereitschaft von FÄ für die Beteiligung an einem NV (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

Rund 54 % der Befragten antworteten, dass potenziell Teilnehmende oft oder immer berichteten, dass nicht ausreichend Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Region bereit waren am Netzverbund teilzunehmen (s. Abb. 22).

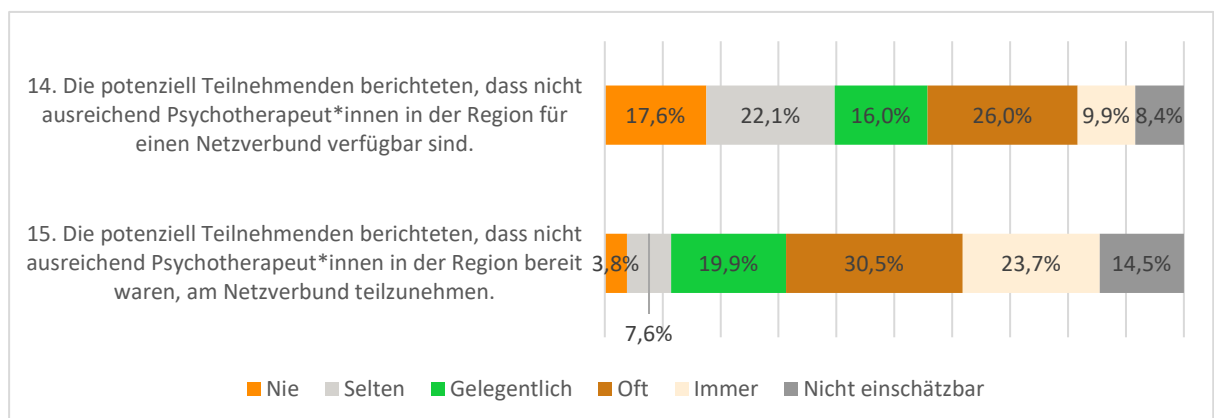


Abbildung 22 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu Verfügbarkeit und Bereitschaft von PT für die Beteiligung an einem NV (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

Fast die Hälfte der Befragten (48 %) berichtete, dass sie oft oder immer die Rückmeldung erhalten habe, dass nicht ausreichend Krankenhäuser mit einer regionalen psychiatrischen Pflichtversorgung bereit waren, im Rahmen eines formalen Kooperationsvertrages, am Netzverbund teilzunehmen. Ein Viertel der Befragten (26,7 %) gab an, dass dieser Punkt anhand der Rückmeldungen nicht einschätzbar sei.

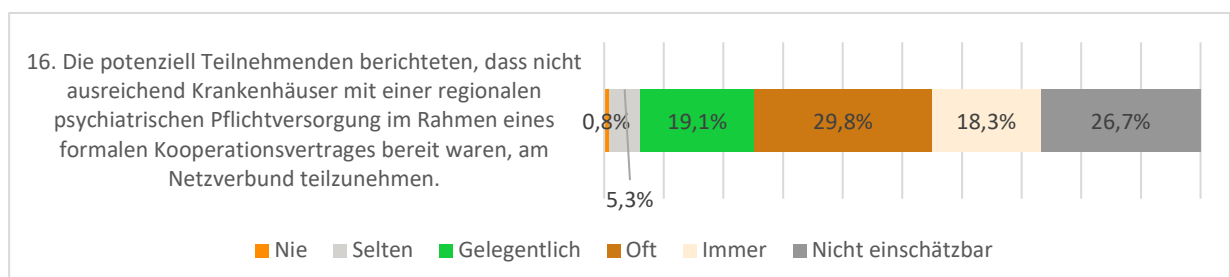


Abbildung 23 Einschätzungen der Befragten zur Frage zur Bereitschaft von Krankenhäusern in der Region zur Kooperation im Rahmen der KSVPsych-RL (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

Bei den Fragen zur Bereitschaft der Kooperation mit den weiteren Leistungserbringenden aus den Bereichen Ergotherapie, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege fällt vor allem der hohe Anteil der Auswahl „nicht einschätzbar“ auf. So berichteten zwischen 47 und 55 % der Befragten, die Bereitschaft von Leistungserbringenden aus den Bereichen Ergotherapie, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege anhand der Rückmeldungen der potenziell Teilnehmenden nicht einschätzen zu können (s. Abb. 24).

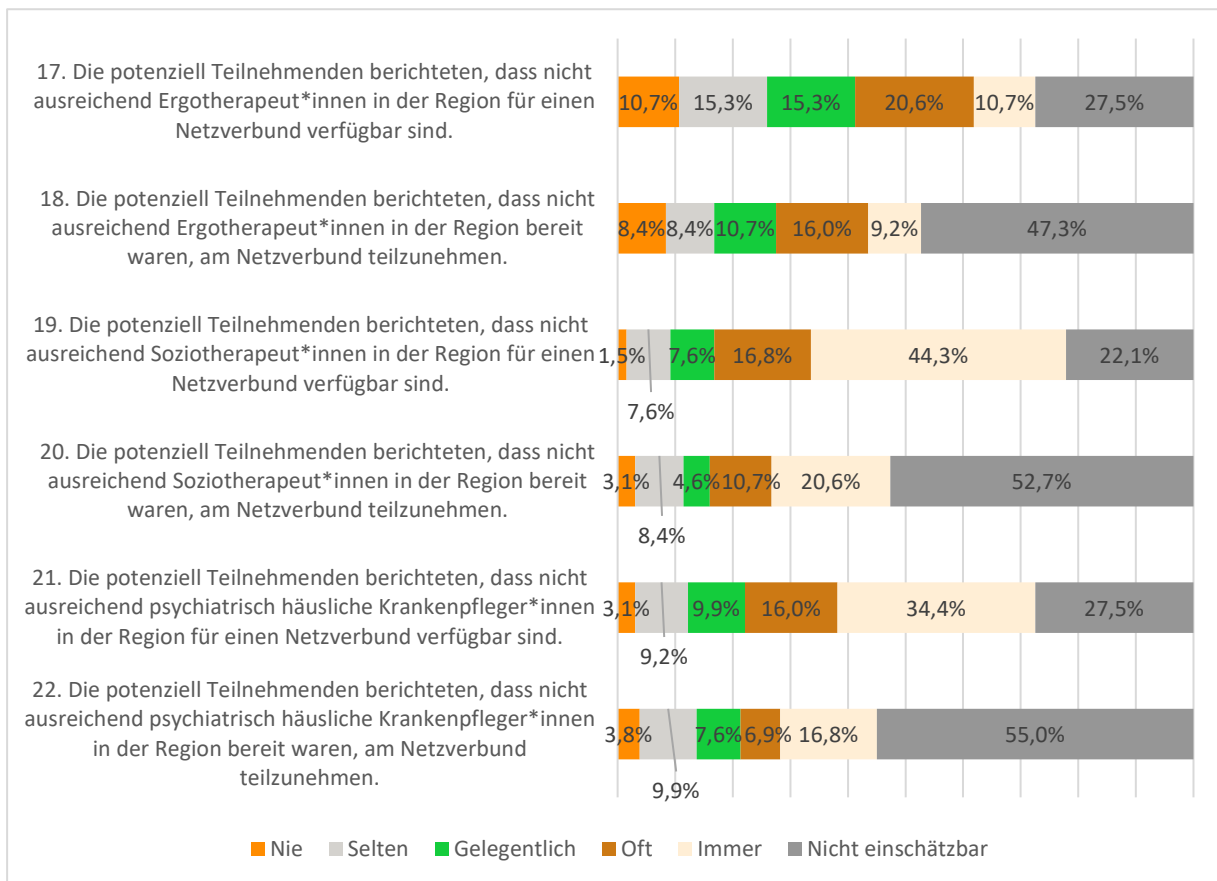


Abbildung 24 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu der Verfügbarkeit und der Bereitschaft der weitem Leistungserbringenden zur Kooperation im Rahmen der KSVPsych-RL (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

4.4.5 Fragen zu möglichen therapiebezogenen Gründen der Nicht-Teilnahme

Der letzte Fragekomplex beschäftigt sich mit möglichen therapiebezogenen Gründen der Nicht-Teilnahme.

Die Mehrheit der Befragten gab an, nie oder selten von potenziell Teilnehmenden die Rückmeldung erhalten zu haben, dass ihre Patientinnen und Patienten nicht von der Versorgung im Rahmen der Richtlinie profitieren würden (63%), dass die Versorgung im Rahmen der Richtlinie relevante Störungsbilder ausschließe (50%) oder, dass die potenzielle Behandlung der Patientinnen und Patienten nicht dem bisherigen Tätigkeitsschwerpunkt entspreche (54%). Zur Frage, ob potenziell Teilnehmende berichteten, dass sie mangels Bezugsfunktion bestimmte Patientinnen und Patienten nicht behandeln könnten, gaben etwa 46% der Befragten an, diese Rückmeldung oft oder immer zu bekommen, 30% gaben an, dies nicht einschätzen zu können.

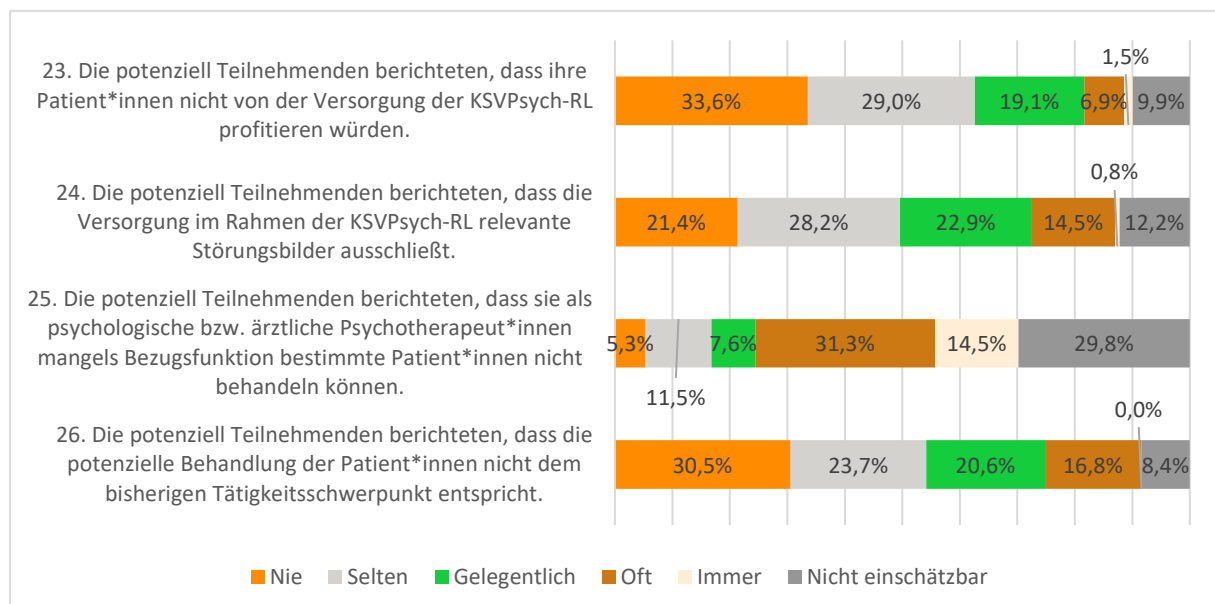


Abbildung 25 Einschätzungen der Befragten zu Fragen zu verschiedenen therapiebezogenen Gründen (Angaben in prozentualen Häufigkeiten, n=131)

4.4.6 Freitextantworten zu möglichen Gründen der Nicht-Teilnahme

In der Befragung gab es abschließend noch die Option, in drei Freitextfeldern mögliche sonstige Gründe der Nicht-Teilnahme anzugeben (s. Anhang 4). Diese Möglichkeit haben 90 Befragte genutzt. Die Freitextangaben wurden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit deduktiv-induktiver Kategorienbildung ausgewertet (s. Anhang 3). Viele der benannten Punkte unterstreichen die Themen des Fragebogens. Andere genannte Punkte sind u.a.:

- Zu geringe Vergütung im Verhältnis zum Aufwand
- Vorgaben Netzwerkstruktur: Teils zu starre Regelungen
- Doppelte Diagnostik: nochmalige Überprüfung der Indikationsstellung durch Fachärztinnen und Fachärzte beeinträchtigt den Versorgungsprozess

5 Diskussion

Mit den in Kapitel 2 dargestellten Fragestellungen des Evaluationsauftrages I sollte erhoben werden, wie viele Netzverbände sich bundesweit bisher gegründet haben, wie ihre Verteilung ist und welche Faktoren der Gründung eines Netzverbundes entgegenstehen.

Bis zum 1. Oktober 2023 wurden 13 Netzverbände in sechs Kassenärztlichen Vereinigungen gegründet, gegenüber der Erhebung der Strukturdaten zum 1. April 2023 zeigt sich damit eine Zunahme der gegründeten Netzverbände. In zehn Kassenärztlichen Vereinigungen liegen bisher weder genehmigte noch eingegangene Anträge vor, sodass aktuell noch nicht von einer flächendeckenden Versorgung ausgegangen werden kann. Die Anzahl der Netzverbände unterliegt jedoch einer Dynamik, sodass von einer weiteren Zunahme der genehmigten Netzverbände ausgegangen wird.

Voraussetzung für die Genehmigung eines Netzverbundes ist die Beteiligung von mindestens zehn fachärztlich oder psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringenden, davon mindestens vier Fachärztinnen und Fachärzten aus den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie sowie mindestens vier ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (vgl. § 3 Absatz 2 KSVPsych-RL). Zudem muss mindestens ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit psychiatrischer oder psychosomatischer Einrichtung für Erwachsene sowie mindestens eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer aus den Bereichen Ergotherapie, Soziotherapie oder psychiatrische häusliche Krankenpflege eingebunden werden.

Die Erhebung der Strukturdaten der Netzverbände zeigt, dass ein Netzverbund insgesamt aus durchschnittlich 38 Leistungserbringenden (Median = 30) besteht. Er setzt sich durchschnittlich aus 29,9 fachärztlich und psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringenden (Median = 26), 1,2 Krankenhäusern (Median = 1) und 6,8 weiteren Leistungserbringenden (Median = 4) zusammen. Die bisher gegründeten Netzverbände liegen insbesondere in der Anzahl der fachärztlich und psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringenden zum Teil deutlich über den an sie gestellten personellen Anforderungen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass bereits vor Einführung der KSVPsych-Richtlinie in einigen Regionen auf bestehende Vernetzungen zurückgegriffen werden konnte.

Die grundsätzliche Verteilung der weiteren Leistungserbringenden wirkt ausgeglichen. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten werden an acht Netzverbänden beteiligt, Leistungserbringende der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege an zehn Netzverbänden.

Zur geschlechtsspezifischen Beteiligung der fachärztlich und psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringenden an den Netzverbänden lassen sich auf Basis der erhobenen Daten nur eingeschränkt Aussagen treffen; detailliertere Ergebnisse werden auf Basis des Evaluationsauftrages II erwartet. Der Anteil der in einem Netzverbund tätigen Fachärztinnen und Psychotherapeutinnen an allen dort tätigen fachärztlich und psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringenden beträgt durchschnittlich 56,3 % und liegt damit unter dem Anteil der insgesamt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärztinnen und Psychotherapeutinnen in den entsprechenden Fachgebieten².

Neben den Strukturdaten wurden mittels Befragung mögliche Ursachen, die gegen eine Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL sprechen, ermittelt.

² Vgl. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister der KBV, Stand: 31.12.2022 Tabelle 1.0 und Tabelle 1.0W.

Bedenken potenziell Teilnehmender beziehen sich laut den Befragten insbesondere auf mögliche Risiken für die eigene Praxis (d. h. Vertragsschlüsse, Haftungsrisiken, Vergütungsweiterleitung), dem mit einer Teilnahme verbundenen formal-bürokratischen Aufwand sowie die finanzielle Attraktivität der Teilnahme. Die Bezugsfunktion in der Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht übernehmen zu können wird ebenfalls mit deutlicher Häufigkeit als Teilnahmehemmnis genannt, gefolgt von der Einhaltung der durch die Richtlinie vorgegebenen Fristen für die Patientenversorgung.

Nach Angaben der Befragten bestehen auch im Aufbau der Kooperationsstrukturen Herausforderungen für die potenziell Teilnehmenden. Dabei wird zum einen von fehlenden Anschlussmöglichkeiten durch regional nicht vorhandene Netzverbünde berichtet, zum anderen bestünden Schwierigkeiten bei der Bereitschaft der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung, sich an einem Netzverbund zu beteiligen. Im Bereich der weiteren Leistungserbringenden scheint insbesondere die Verfügbarkeit von Leistungserbringenden der Soziotherapie und der psychiatrisch häuslichen Krankenpflege als Hindernis für eine Teilnahme wahrgenommen zu werden.

Dagegen stellen therapiebezogene Gründe eher kein Teilnahmehindernis dar. Mehrheitlich wird angegeben, dass dies bezogen auf Störungsbilder, eigene Tätigkeitsschwerpunkte sowie Patientennutzen nie oder selten rückgemeldet wurde (vgl. Kapitel 4.4.5).

6 Limitation

Zu der Befragung der Multiplikatoren sind folgende limitierende Aspekte zu berücksichtigen:

- Ziel der Erhebung war es, die Gründe bzw. Faktoren, die einer Bildung von Netzverbünden entgegenstehen, zu identifizieren und darzustellen. Dafür wurden die potenziell teilnehmenden Leistungserbringenden der Netzverbünde nicht direkt befragt, sondern indirekt über Mitglieder der BFA und Mitarbeitende der KVen. Alle Ergebnisse spiegeln daher die gesammelten Eindrücke dieser Multiplikatoren wider, welche potenziell verzerrt sein können (u.a. diverse kognitive Verzerrungen wie Erinnerungsverzerrung oder Bestätigungsverzerrung).
- Pro KV wurde jeweils eine Person gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Diese Personen sind in der Gesamtstichprobe der ausgewerteten Datensätze (N=131) in der Minderheit (ca. 8%) gegenüber den Mitgliedern der BFA. Die Ergebnisse spiegeln somit überwiegend die Eindrücke der Mitglieder der BFA wider. Mögliche Unterschiede zwischen den befragten Gruppen sind jedoch nicht zu erwarten.
- Mitglieder der BFA sind in der Regel praktizierende Leistungserbringende, die ehrenamtlich in quartalsweisen Sitzungen die KVen beraten. Somit haben die Mitglieder der BFA direkten Einblick in die Versorgung und sind möglicherweise selbst Mitglieder in Netzverbünden. Die Befragung war freiwillig und stellte einen gewissen Zeitaufwand dar. Ein möglicher Selektionsbias der Stichprobe ist daher nicht auszuschließen.
- Der Fragebogen wurde 194-mal begonnen, es liegen jedoch nur 131 komplette Datensätze vor. Über die Gründe des Abbruchs der Teilnahme liegen keine Informationen vor. Dies ist ein Hinweis auf eine weitere mögliche Selektion der Stichprobe.
- Der Fragebogen wurde von den Mitgliedern der AG gemeinsam erarbeitet. Vor der Datenerhebung wurde der Fragebogen aus Gründen der Praktikabilität nicht vorgetestet oder validiert.

- Die Konstruktion des Fragebogens erlaubt keine Rangreihe der wichtigsten Gründe einer möglichen Nicht-Teilnahme. Die einzelnen Gründe wurden unabhängig voneinander in Einzelitems abgefragt.

7 Fazit

Das Monitoring der Netzverbundgründung (Kap. 4.1 – 4.3) zeigt: der Aufbau von Kooperationsstrukturen findet nicht sprunghaft statt, sondern braucht Zeit. Dies kann über alle Versorgungsbereiche hinweg beobachtet werden und trifft nicht nur für die KSVPsych –Versorgung zu. Bestehende Strukturen, wie z. B. Praxisnetze, Netzwerke aus vorausgehenden IV-Verträgen oder Innovationsfonds-Projekten, erleichtern jedoch die Gründung.

Die Auswertung der Befragung der teilnahmeberechtigten Fachgruppen (gebündelt über die Mitglieder der Beratenden Fachausschüsse bei den KVen - Multiplikatorenbefragung) gibt folgende Hinweise:

Die therapeutische Zielrichtung der Richtlinienversorgung stimmt, bzw. ist gemäß der Fragestellung laut Rückmeldung der befragten Multiplikatoren kein Umsetzungshindernis.

Dagegen werden die Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages sowie organisatorisch-administrative und strukturelle Anforderungen als Hürden einer flächendeckenden Umsetzung zurückgemeldet.

Im Rahmen einer Überarbeitung der Richtlinie werden die Ergebnisse der Evaluation Eingang finden und die Zielsetzung verfolgen, eine vernetzte Versorgung zu befördern.

Anhang

1 Fragestellungen und Datengrundlagen zum Evaluationsauftrag II

Fragestellung	mögliche Datenquellen
A Charakterisierung der Patientinnen und Patienten	
1. Wie viele Patientinnen und Patienten wurden im Rahmen der KSVPsych-RL versorgt? (quartalsweise)	▪ Routinedaten der KBV (Aufschlüsseln nach KVen)
2. Wie sind die Patientinnen und Patienten charakterisiert (z.B. Alter, Geschlecht, Diagnose, ggf. Nebendiagnose, somatische Komorbiditäten, Wohnort)?	▪ Routinedaten (Abrechnungsdaten KBV zu Diagnosen, Komorbiditäten, Alter, Wohnort, Geschlecht, GAF-Wert nicht über Routinedaten erfassbar)
B Netzverbünde	
3. Wie viele Anträge sind bis zum Erhebungszeitraum eingegangen?	▪ Übernahme und Fortführung der Fragen 1-8 aus dem Evaluationsauftrag I (siehe Tab. 1) zu den Erhebungszeitpunkten (1x jährlich): 1. Oktober 2024 1. Oktober 2025 1. Oktober 2026
4. Wie viele Netzverbünde wurden zum Erhebungszeitraum durch die KVen genehmigt?	
5. Wie ist die regionale Verteilung der genehmigten Anträge (erreichte Landkreise)?	
6. Wie viele Netzverbundmitglieder sind in den jeweiligen Netzverbünden?	
7. Welchen Fachgruppen nach § 3 Abs. 2 Ziffern 1-3 der Richtlinie lassen sich die Netzverbundmitglieder in welcher Zahl zuordnen?	
8. Wie ist die geschlechtsspezifische Verteilung der teilnehmenden Fachgruppen?	
9. Wie viele Kooperationspartner nach § 3 Abs. 3 Nr. 1 sind pro Netzverbund an der Versorgung nach der KSVPsych RL beteiligt?	
10. Wie viele und welche Kooperationspartner nach § 3 Abs. 3 Nr. 2 bis 4 sind pro Netzverbund an der Versorgung nach der KSVPsych RL beteiligt?	
11. In Regionen, in denen <u>keine</u> Netzverbünde zu Stande kommen: Welche Gründe bzw. Faktoren stehen einer Bildung von Netzverbünden entgegen?	▪ Frage 9 aus Evaluationsauftrag I und Primärdatenerhebung, qualitative Datenerhebung ▪ Befragung darüber hinaus weiterer Leistungserbringer (§ 3 Absatz 3 KSVPsych-RL: teilnahmeberechtigte Leistungserbringer) sowie unterschiedliche regionale Gegebenheiten anhand von Stichproben sind zu untersuchen
12. Wie viele Netzverbünde haben zum Zeitpunkt der Abfrage (Ende des Erhebungszeitraumes) eine Unterschreitung der personellen Mindestanforderung angezeigt und wie ist deren regionale Verteilung?	▪ Daten aus Meldung der Netzverbünde ▪ Gesonderte Abfrage
13. Hat die Regelung nach § 4 Abs. 1 Satz 2 der KSVPsych-Richtlinie Auswirkungen auf die Bildung von Netzverbünden und wenn ja, welche?	▪ Qualitative Befragung
14. Welche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nehmen die Bezugsfunktion wahr?	▪ Routinedaten
15. Wie ist die Geschlechterverteilung innerhalb der einzelnen Fachgruppen mit Bezugsfunktion?	▪ Befragung der Netzverbünde



Fragestellung	mögliche Datenquellen
16. Wie häufig übernehmen Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen aus Krankenhäusern die Aufgaben der Bezugssärztinnen und Bezugssärzte oder der Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten? 17. Welche Leistungserbringer gemäß § 3 KSVPsych-RL nehmen an den patientenorientierten Fallbesprechungen in den Netzverbünden teil und in welcher Häufigkeit? 18. Welche Faktoren spielen für nicht-ärztliche Berufsgruppen eine Rolle um an patientenorientierten Fallbesprechungen in den Netzverbünden teilzunehmen? 19. Durch welche nichtärztlichen Berufsgruppen wird die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb der Netzverbünde übernommen? 20. In welcher Weise und ggf. mit welchen Kooperationspartnern wird die Verpflichtung zur Versorgung in Krisensituationen umgesetzt?	▪ ausschließlich Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung sichtbar; Berufsgruppen (Ergotherapeuten, Soziotherapeuten) nicht erfasst; ergänzende Befragung nötig; qualitative Befragung (in allen Netzverbünden) ▪ Welche nichtärztliche Berufsgruppen sind hier involviert? ▪ qualitative Befragung (in allen Netzverbünden)
C Zeitnahe Diagnostik und Therapie	
21. Kann die Regel von sieben Werktagen zwischen Kontaktaufnahme beim Netzverbund und Eingangssprechstunde eingehalten werden? 22. Was sind die Gründe, wenn es innerhalb von sieben Werktagen nicht stattgefunden hat? 23. Kann die zeitliche Vorgabe von sieben Werktagen zwischen Feststellung der Voraussetzungen nach § 2 KSVPsych-RL, der Durchführung der differenzialdiagnostischen Abklärung und dem Beginn der Behandlung eingehalten werden? 24. In wie vielen Fällen wird die zeitliche Vorgabe von sieben Werktagen zwischen der Eingangssprechstunde und der differentialdiagnostischen Abklärung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 KSVPsych-RL eingehalten bzw. nicht eingehalten werden? 25. Was sind die Gründe, wenn es innerhalb von sieben Werktagen nicht stattgefunden hat? 26. Kann die Regel von einem Monat zwischen Erstkontakt und der ersten Fallbesprechung im Rahmen der Behandlung der Richtlinie eingehalten werden? 27. In wie vielen Fällen, kann die Regel von einem Monat zwischen der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes und der ersten Fallbesprechung im Rahmen der Behandlung der Richtlinie eingehalten bzw. nicht eingehalten werden? 28. Was sind die Gründe, wenn die Frist von einem Monat nicht umgesetzt wurde?	▪ Befragung (ggf. Befragung von Patienten, Netzverbünde, Leistungserbringer) ▪ Hinweis: keine Dokumentationspflicht in der Richtlinie festgehalten (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 KSVPsych-RL) ▪ Routinedaten KBV und qualitative Erhebung zu den Gründen ▪ Routinedaten KBV und qualitative Erhebung zu den Gründen
D Behandlung	
29. Wird der Gesamtbehandlungsplan unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten erstellt, regelmäßig angepasst und eingehalten? 30. Welche Leistungen nach SGB V erhalten Patientinnen und Patienten, die nach dieser Richtlinie behandelt werden und welche Berufsgruppen sind an der Versorgung beteiligt?	▪ Patientenbefragung



Fragestellung	mögliche Datenquellen
31. Welche Leistungen (nach SGB V, aber auch außerhalb des SGB V) erhielten die Patientinnen und Patienten bevor sie nach der Richtlinie versorgt wurden (bspw. Anzahl und Länge von vorherigen Klinikaufenthalten)?	▪ Eingrenzung der Leistungsbereiche im Sinne der Gesamtfragestellung der RL-Evaluation vorzuschlagen.
32. Welche Leistungen (außerhalb des SGB V), außerhalb der Netzverbünde, erhielten die Patientinnen und Patienten während sie nach der Richtlinie versorgt wurden?	▪ Eingrenzung der Leistungsbereiche im Sinne der Gesamtfragestellung der RL-Evaluation vorzuschlagen.
33. Nehmen die im Rahmen der KSVPsych-RL versorgten Patientinnen und Patienten zeitgleich anderweitige Versorgungsangebote in Anspruch?	▪ Eingrenzung der Leistungsbereiche im Sinne der Gesamtfragestellung der RL-Evaluation vorzuschlagen.
34. Wie erleben Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen die Versorgung in Krisensituationen?	
E Koordination	
35. Wie häufig und in welcher Form erfolgt ein Kontakt zwischen Patientin oder Patient und der koordinierenden Person?	▪ Patientenbefragung
36. Wie oft sucht die koordinierende Person die Patientin oder den Patienten zu Hause auf?	
F Stationäre Aufenthalte und Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung	
37. In welcher Zeit erhalten Patientinnen und Patienten, die gemäß der KSVPsych-RL behandelt werden, nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine ambulante Anschlussbehandlung?	▪ evtl. Patientenbefragung ▪ Hinweis: vergleichbare Patientengruppe, die mit den bereits bestehenden Versorgungsformen behandelt wird
G Wirksamkeit und unerwünschte Auswirkungen der Richtlinie	
38. Welche Vor- und Nachteile hat die Versorgung nach dieser Richtlinie aus Sicht der beteiligten Leistungserbringer?	▪ Befragung der Leistungserbringer, ggf. Stichprobe
39. Welche Vor- und Nachteile hat die Versorgung nach dieser Richtlinie aus Sicht der Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen?	▪ Hinweisende Fragestellung: Inwiefern unterscheiden sich die Klinikaufenthalte (Dauer, Häufigkeit) bei Teilnehmenden an der Versorgung nach dieser Richtlinie von anderen vergleichbaren Patientengruppen?
40. Inwiefern hat sich durch die Versorgung nach dieser Richtlinie die psychische Gesundheit und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verändert?	▪ Patientenbefragung
41. Inwiefern gibt es unerwünschte Auswirkungen durch die Versorgung nach dieser Richtlinie und wenn ja, wie stellen sich diese dar?	
H Zugang	
42. Wie erfolgte der Zugang zum Netzverbund (ambulant, Empfehlung, Überweisung, direkt, stationär, Entlassmanagement etc. [§ 7 KSVPsych-RL])? Welche Informationsangebote (zum Beispiel Printmedien, digitale Angebote wie Internetseiten der KVen, Krankenkassen, Patientenberatungsstellen) werden genutzt?	▪ Patientenbefragung

2 Fragenkatalog Gründe für Nicht-Teilnahme KSVPsych

Adressaten der Befragung: Kassenärztliche Vereinigungen und Beratende Fachausschüsse

Die Befragten aus den Beratenden Fachausschüssen bei den KVen tragen in den Fragebogen ihre fachliche Einschätzung ein, welche auf den ärztlichen und psychotherapeutischen Rückmeldungen, die sie als Gremien-Vertreter*innen erhalten haben, basiert. Die Befragung wird als Online-Befragung umgesetzt.

Eingangstext Befragung:

Sehr geehrte Teilnehmer*in,

Hintergrund der folgenden Befragung ist die Einführung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-Richtlinie) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA evaluiert diese Richtlinie, u.a. hinsichtlich ihrer Umsetzung. Das Ziel der vorliegenden ersten Befragung ist herauszufinden, welche Gründe bzw. Faktoren einer Bildung von Netzverbünden entgegenstehen.

Um diese Frage beantworten zu können, möchte der G-BA auf Ihre fachliche Einschätzung der Gründe basierend auf Ihren Erfahrungen und den Eindrücken aus dem Austausch und der Arbeit mit potenziellen Teilnehmenden der KSVPsych-Richtlinie zurückgreifen. Im Folgenden finden Sie mögliche Gründen aufgeführt, die einer Netzgründung oder der Beteiligung an einem Netzwerk entgegenstehen können. Sie sind gebeten, diese Gründe nach Häufigkeit, in denen Sie Ihnen als Begründung zu einer Nicht-Teilnahme begegnet sind, zu gewichten. Außerdem haben Sie am Ende die Möglichkeit, im Freitext noch fehlende, aber aus Ihrer Sicht wichtige Gründe, zu ergänzen.

Vielen Dank für Ihre Beteiligung!

Erklärungs-Text für KVen:

Wir bitten Sie, diese Befragung einmal aus Sicht der KV-Mitarbeitenden zu beantworten (nur eine Beantwortung pro KV, bitte Antwort konsolidieren). Außerdem bitten wir Sie, die Befragung an die Mitglieder der beratenden Fachausschüsse weiterzuleiten, die potenziell teilnahmeberechtigt für die Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie sind.

Einordnungsfragen:

- a) In welchem KV-Bezirk sind Sie tätig? (Drop-Down mit KV-Bezirken)
- b) Ich zähle mich zu folgender Personengruppe:
 - KV-Mitarbeitende
 - Mitglied eines beratenden Fachausschusses einer KV (dann weiter zu c)
- c) Welcher Fachgruppe gehören Sie an?
 - Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 - Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Fachärztin/Facharzt für Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie
 - ärztliche und psychologische Psychotherapeutin oder Psychotherapeut
 - Fachärztin/Facharzt für Neurologie



Wie häufig geben, ihrer Einschätzung nach, Interessenten für die KSVPsych-Versorgung folgende Gründe bei einer Nicht-Teilnahme an?	nie	selten	gelegentlich	oft	immer	nicht einschätzbar
1. Die potenziell Teilnehmenden hatten zu wenige Informationen zur KSVPsych-RL.						
2. Die Inhalte der KSVPsych-RL waren den potenziell Teilnehmenden nicht bekannt.						
Organisatorische Gründe						
3. Die potenziell Teilnehmenden berichteten über Sorgen hinsichtlich der Risiken für die eigene Praxis (Vertragsschlüsse, Haftungsrisiken, Vergütungsweiterleitung, formaler bürokratischer Aufwand etc.).						
4. Die Gründung wird von den potenziell Teilnehmenden als zu kompliziert eingeschätzt.						
5. Die potenziell Teilnehmenden sehen einen hohen formalen bürokratischen Aufwand für einen Beitritt.						
6. Die potenziell Teilnehmenden erwarten einen hohen Arbeitsaufwand durch die Mitarbeit in einem Netzwerk durch						
a) - zusätzlichen diagnostischen Aufwand.						
b) - Absprachen innerhalb des Netzverbunds.						
c) - organisatorischen Praxisaufwand (Führung eines gemeinsamen QM und/oder einer gemeinsamen Patientenakte).						
7. Die potenziell Teilnehmenden schätzen die Versorgung im Netzwerk als finanziell nicht attraktiv ein,						



Wie häufig geben, ihrer Einschätzung nach, Interessenten für die KSVPsych-Versorgung folgende Gründe bei einer Nicht-Teilnahme an?	nie	selten	gelegentlich	oft	immer	nicht einschätzbar
a) - da insgesamt finanziell nicht attraktiv.						
b) - da keine Bezugsfunktion möglich ist.						
8. Die potenziell Teilnehmenden schätzen die Versorgung im Netzverbund nur als interessant im Rahmen einer Bezugsfunktion ein, besitzen aber keinen vollen Versorgungsauftrag.						
9. Die potenziell Teilnehmenden halten die Fristen der Richtlinie für nicht realisierbar						
a) - bei der Eingangssprechstunde.						
b) - bei der differentialdiagnostischen Abklärung.						
10. Die potenziell Teilnehmenden schätzen die jederzeitige Sicherstellung der Krisenbetreuung als Problem ein.						
Strukturelle Gründe						
11. Die potenziell Teilnehmenden berichteten von fehlenden Anschlussmöglichkeiten, da keine Netzverbünde in der Region vorhanden sind.						
12. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass nicht ausreichend Fachärzt*innen in der Region für einen Netzverbund verfügbar sind.						
13. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass nicht ausreichend Fachärzt*innen in der Region bereit waren, am Netzverbund teilzunehmen.						



Wie häufig geben, ihrer Einschätzung nach, Interessenten für die KSVPsych-Versorgung folgende Gründe bei einer Nicht-Teilnahme an?	nie	selten	gelegentlich	oft	immer	nicht einschätzbar
14. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass nicht ausreichend Psychotherapeut*innen in der Region für einen Netzverbund verfügbar sind.						
15. Die potenziell Teilnehmenden berichten, dass nicht ausreichend Psychotherapeut*innen in der Region bereit waren, am Netzverbund teilzunehmen.						
16. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass nicht ausreichend Krankenhäuser mit einer regionalen psychiatrischen Pflichtversorgung im Rahmen eines formalen Kooperationsvertrages bereit waren, am Netzverbund teilzunehmen						
17. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass nicht ausreichend Ergotherapeut*innen in der Region für einen Netzverbund verfügbar sind.						
18. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass nicht ausreichend Ergotherapeut*innen in der Region bereit waren, am Netzverbund teilzunehmen.						
19. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass nicht ausreichend Soziotherapeut*innen in der Region für einen Netzverbund verfügbar sind.						
20. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass nicht ausreichend Soziotherapeut*innen in der Region bereit waren, am Netzverbund teilzunehmen.						
21. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass nicht ausreichend						



Wie häufig geben, ihrer Einschätzung nach, Interessenten für die KSVPsych-Versorgung folgende Gründe bei einer Nicht-Teilnahme an?	nie	selten	gelegentlich	oft	immer	nicht einschätzbar
psychiatrisch häusliche Krankenpfleger*innen in der Region für einen Netzverbund verfügbar sind.						
22. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass nicht ausreichend psychiatrisch häusliche Krankenpfleger*innen in der Region bereit waren, am Netzverbund teilzunehmen.						
Therapeutische Gründe						
23. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass ihre Patient*innen nicht von der Versorgung der KSVPsych-RL profitieren würden.						
24. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass die Versorgung im Rahmen der KSVPsych-RL relevante Störungsbilder ausschließt.						
25. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass sie als psychologische bzw. ärztliche Psychotherapeut*innen mangels Bezugsfunktion bestimmte Patient*innen nicht behandeln können.						
26. Die potenziell Teilnehmenden berichteten, dass die potenzielle Behandlung der Patient*innen nicht dem bisherigen Tätigkeitsschwerpunkt entspricht.						

Sonstige Gründe (bitte im Folgenden nennen):

3 Auswertung der Freitext-Angaben: Kategoriensystem

Tabelle 17 Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse

Subkategorie	Kurzbeschreibung	Häufigkeit der Nennung
Hauptkategorie: Organisatorische Gründe		
Administration / Organisation / Bürokratie	Der administrative Zusatzaufwand, der durch die KSVPsych-RL entsteht, wird in vielen Facetten beschrieben: •Aufwand bei Gründung eines NV •Zusätzlicher Planungsaufwand während der alltäglichen Praxistätigkeit •Zusätzlicher finanzieller Aufwand z.B. durch zusätzliche Software-Lösungen	50
Vergütung	Die finanzielle Vergütung wird im Verhältnis zum Aufwand als zu gering eingeschätzt, insbesondere hinsichtlich folgender Punkte: •Vergütung liegt teilweise unter der Vergütung der Regelversorgung (z.B. KZT) •Möglicherweise mehr Ausfälle durch Schwere der Erkrankung •Nicht alle Leistungen sind abrechenbar (z.B. Vergütung zum Aufbau der Netzwerkstruktur, Netzwerkabsprachen) Darüber hinaus sei mehr Flexibilität bei der Abrechnungsmöglichkeit von Koordinationsleistungen wünschenswert.	45
Bezugsfunktion bei halbem Kassensatz	Es wird darauf hingewiesen, dass auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem halben Versorgungsauftrag die Bezugsfunktion ausüben dürfen. Ein Ausschluss könne zu einer mangelnden Bereitschaft der Teilnahme der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an dieser Versorgung führen.	26
Aktuelle Arbeitsbelastung	Adressiert wird die hohe Arbeitsbelastung von Fachärztinnen und Fachärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Der zusätzliche Aufwand durch die neue RL würde teils auf Kosten von anderen Patientinnen und Patienten gehen.	13



Subkategorie	Kurzbeschreibung	Häufigkeit der Nennung
Risiken	Es wird adressiert, dass die Gründung eines NV mit wirtschaftlichen Risiken einhergeht. Zudem gibt es unterschiedliche Aussagen zur Rechtsform – einerseits sei die Rechtsform unklar, andererseits wird auch die GbR als verpflichtende Rechtsform genannt.	12
Fristen	Es wird darauf hingewiesen, dass die zeitlichen Fristen bei der Eingangssprechstunde und der differentialdiagnostischen Abklärung teilweise schwer einzuhalten seien.	4
Hauptkategorie: Strukturelle Gründe		
Vorgaben Netzwerk	Es wird auf Vorgaben zum Netzwerk hingewiesen, an denen Anpassungen vorgenommen werden sollten: • Mindestanzahl an Fachärztinnen und Fachärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten • Regelung der Bezugsfunktion bei somatischen Diagnosen • Rolle der PIA	22
Verfügbarkeit der Leistungserbringenden	Es wird die Schwierigkeit benannt, die Strukturvorgaben im ländlichen Raum, aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, umzusetzen.	12
Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringenden	Es wird auf die mangelnde Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringenden hingewiesen, namentlich werden hier u.a. Krankenhäuser genannt.	4
Hauptkategorie: Therapiebezogene Gründe		
Diagnostik	Der Aufwand einer nochmaligen Überprüfung der Indikationsstellung durch Fachärztinnen und Fachärzte im Falle einer Diagnose durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird thematisiert.	19
Definition der Patientengruppe	Die Kategorie beinhaltet Aussagen zum Ausschluss bestimmter Krankheitsbilder (insbesondere von Patientinnen und Patienten mit einer F0-Diagnose) sowie zur Behandlung von chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten.	8



Subkategorie	Kurzbeschreibung	Häufigkeit der Nennung
Nutzen für Patientinnen und Patienten	In dieser Kategorie wurde Kritik an dem grundsätzlichen Nutzen der KSVPsych-RL gebündelt.	5
Sonderkategorie: Sonstige Aussagen		
Sonstige Aussagen	In dieser Kategorie wurden nicht zuordenbare Aussagen und Einzelaussagen zusammengeführt: •Lob •Einzelne Aussagen •Unklare Aussagen •Aussagen zu Selektivverträgen •Fehlende Berücksichtigung bestehender Strukturen •Qualifikation der Teilnehmenden Berufsgruppen	30



4 Freitextantworten

Im Folgenden finden sich die Freitextantworten zum Fragebogen zu Gründen der Nicht-Teilnahme an der Versorgung nach KSVPsych-Richtlinie sortiert nach Haupt- und Subkategorien. Da Mehrfachzuordnungen zulässig waren, wurden manche Aussagen mehreren Haupt- bzw. Subkategorien zugeordnet.

Hauptkategorie: Organisatorische Gründe

Subkategorie: Administration / Organisation / Bürokratie

1. Zusätzlicher Aufwand durch Verträge mit KV und Netzverbund mit unterschiedlichen Bedingungen und Kündigungsfristen
2. Sehr hoher zeitlicher Aufwand zu Netzwerkgründung
3. Die organisatorischen Hürden sind leider zu hoch
4. Administrative Aufwand zu hoch
5. Die Kolleg*innen zeigten grundsätzlich großes Interesse an der besseren Versorgung dieser schon jetzt häufig in den Praxen behandelten Patient*innen, sahen aber bei Gründung eines Netzwerkes enormen rechtlichen und bürokratischen Aufwand inklusive der Angst vor finanzieller Haftung sowie die eine deutlich unzureichend erlebte Vergütung dieses erheblichen Mehraufwandes.
6. Der organisatorische Aufwand neben einer Praxis ist nicht zumutbar
7. Der organisatorische und bürokratische Aufwand ist hoch und passt nicht zu den
8. Die unsichere Planbarkeit passt nicht zur Praxisorganisation
9. Die Teilnahme an der KSV-Richtlinie erschwert die Planbarkeit der Praxistätigkeit
10. Fachlich Erfahrene haben ein meistens ein Lebensalter, in dem sie nicht mehr bereit sind, sich mit dem zeitlichen und organisatorischen Aufwand/Kriterien einer Netzverbundgründung auseinander zu setzen.
11. Meines Erachtens könnten viele Patienten profitieren, wenn Richtlinie weniger bürokratisch wäre und die Kooperation gelingt
12. Weiterer bürokratischer Aufwand zum Alltagsgeschäft
13. Zu viel bürokratischer Aufwand
14. Es wird nicht gesehen, worin die Verbesserung besteht, bei hohem bürokratischem Aufwand
15. Das häufigste Argument ist, dass die Bezahlung der KSVPsych-RL noch schlechter ist als die normale Richtlinien PT und noch ein immenser Verwaltungsaufwand dazukommt, der auch nicht angemessen oder gar nicht vergütet wird
16. Finanziell unattraktiv bei schwieriger Klientel, zu bürokratisch
17. Hohe organisatorische Mehrarbeit, die nicht ausreichend finanziert ist
18. Sehr kranke Patient*innen, hohe Ausfallquoten zu erwarten. muss vergütet werden!
19. Sorge: Verhältnis Aufwand versus Finanzierung stimmt nicht



20. Erhöhter bürokratischer Aufwand wird nicht ausreichend finanziell unterfüttert
21. Der Umfang des Organisations-, Kommunikations- und Verwaltungsaufwand wird durch die Pauschalen nicht abgedeckt
22. Die Kraft, die in diese Geschichte wahrscheinlich aufgeht (immens !!!) steht in kleinstem Verhältnis zur Bezahlung, bedeutet maximalen Mehraufwand ohne Nutzen für die Patienten und ohne entsprechenden Entgelt. Ich selbst tue für meine Patienten so ziemlich alles (z b Erreichbarkeit 24/7), ohne Bezahlung, das halte ich für sinnvoll, diese Geschichte ist nur ein Bürokratiemonster und sonst nichts!!!
23. Einfach mal rechnen: Aufwand für Netzgründung (Wochen) / Netzbeitritt (mehrere Arbeitstage) / Einarbeitung in Zusatzdoku, Abläufe, Software mit Zusatzverdienstmöglichkeiten aufrechnen und sich fragen, wie lange muss ich bei überlaufenden Praxen und überschaubarer Vergütung auch noch Geld mitbringen damit ich in einem Netz mit viel zusätzlicher Bürokratie arbeiten darf, dass nur ein kleiner Teil meiner normalen Klientel braucht, lohnt sich finanziell höchstens für hochspezialisierte Praxen
24. Finanzierung ist lückenhaft. so deckt sie keine Absprachen mit Mitbehandelnden ab. zusätzlich ist die Honorarhöhe nicht den Herausforderungen bei der Behandlung von Personen mit komplexen Störungen angemessen (wer zahlt die Ausfälle? wer den bürokratischen Mehraufwand? warum ist die Höhe geringer als das, was sonst in der Psychotherapie bezahlt wird?)
25. Großer Bedarf, aber schlecht umgesetzt, viel zu kompliziert, viel zu wenig Vergütung
26. Hoher zeitlicher, bürokratischer und organisatorischer Aufwand ohne entsprechende Vergütung
27. Netzstruktur ist hochkomplex und überaufwendig, besser wäre eine spezifische Vergütung ohne Netz
28. Zu bürokratisch, zu hohe Hürden, zu geringe Bezahlung
29. Den überlasteten Praxen wird ein organisatorisch unmögliches und unterfinanziertes Versorgungsmodell angeboten, was keinerlei Anreiz bietet.
30. Die grundsätzliche Bereitschaft ist überall hoch, aber das Ganze ist zu kompliziert gestaltet und der zusätzliche Aufwand bei nur wenigen Patient*innen rechnet sich nicht, nur das Zulassen von halben Sitzten zur Bezugsbehandlung wird daran nichts ändern
31. Die Vergütung ist schlechter als in der Regelversorgung, während der Aufwand durch die Koordination im Netzwerk zusätzliche Bürokratie mit sich bringt. Bei Menschen mit komplexen Störungsbildern sind zusätzliche Kontakte außerhalb der regulären Behandlungsstunden sowie Ausfallstunden zu erwarten. dass das Honorar unterhalb dessen liegt, was üblicherweise in der Psychotherapie erhalten wird, ist mir völlig unverständlich
32. Die Vergütung deckt in keiner Weise den hohen Arbeitsaufwand
33. Um die Chancen eines Netzverbundes zu nutzen, werden Fallbesprechungen und Absprachen mit einzelnen Mitbehandler*innen nötig. Das ist offenbar nicht vorgesehen oder wird erwartet, dass es in der Freizeit der behandelnden Psychotherapeutin stattfindet.
34. Hoher zeitlicher Aufwand für Koordination
35. Nicht einschätzbarer Mehraufwand
36. Zeitlicher Mehraufwand für psychologische Psychotherapeut*innen besser vergüten



37. Der hohe Aufwand an Kooperation ist betriebswirtschaftlich nicht darstellbar, zumal PT-Praxen in der Regel nicht über entsprechend hoch qualifiziertes Personal verfügen (können). Auch die zu erwartende höhere Quote an Stundenausfällen bei komplex Erkrankten verschärft das wirtschaftliche Problem.
38. Uninteressante Vergütung, hoher extra Bürokratieaufwand, der nicht vergütet wird
39. Zusammenarbeit und Austausch mit anderen Berufsgruppen (z.B. Bewährungshilfe, Wohnheime) wird nicht vergütet
40. Psychotherapiepraxen in der Regel keine Verwaltungskräfte haben und Fremdfirmen bezahlt werden müssen
41. Die Terminsituation bleibt weiter kritisch und wird dadurch nicht verbessert, es finden nur Umverteilungen statt, zum Preis von Orga-Arbeit, die der Versorgung fehlt und andere Patienten fallen am Ende runter.
42. Wir haben in unseren Praxen alle sehr viel zu tun - es bedeutet einen zeitlichen und energetischen Mehraufwand, wenn neue Modelle installiert werden müssen - auch davor scheuen angesichts von bestehendem Versorgungsdruck viele zurück
43. Wie ist es, wenn Patienten aus verschiedensten Regionen kommen, müsste man dann Mitglied verschiedener Netzwerke sein? Bürokratieaufwand scheint hoch. Mehrere Team Besprechungen...
44. Der hohe zeitliche Aufwand der insgesamt aus bürokratischer Sicht notwendig ist, führt dazu, dass die Zeit für die Behandlung von Patienten außerhalb der Richtlinie deutlich eingeschränkt wird
45. Grundsätzlich besteht eine hohe Bereitschaft zur und der Wunsch nach einer Komplexversorgung und Vernetzung. Es ist zu bürokratisch, zu aufwendig. Die Krankenhäuser sehen für sich keinen Nutzen. Ohne die Möglichkeit einer Bezugsfunktion aufgrund des hälftigen Versorgungsauftrages, ist die bereits so schon nicht angemessene Vergütung noch deutlich schlechter und bildet in keinem Fall den Aufwand ab
46. Hinderungsgrund unterschiedl Vergütungssystem Ambulanzen psych KH und Vertragsärzte/PT
47. Keine einheitliche Softwarelösung (der KBV?) für den Netzverbund
48. Das Erstellen Netz-eigener Software etc. ist für Einzelpraxen zu aufwändig, eine Kooperation mit einer Management-Firma deshalb unerlässlich, aber teuer
49. Zusätzliche zeitliche Belastungen können in einer Sonderbedarfspraxis nicht delegiert werden
50. Zeitumfang

Subkategorie: Vergütung

1. Die Kolleg*innen zeigten grundsätzlich großes Interesse an der besseren Versorgung dieser schon jetzt häufig in den Praxen behandelten Patient*innen, sahen aber bei Gründung eines Netzwerkes enormen rechtlichen und bürokratischen Aufwand inklusive der Angst vor finanzieller Haftung sowie die eine deutlich unzureichend erlebte Vergütung dieses erheblichen Mehraufwandes.
2. Arbeitsaufwand wird in keinsten Weise ausreichend finanziell honoriert
3. Honorierung



4. Zu geringe Vergütung der Leistungen
5. Durch die nicht ausreichende Finanzierung werden komplex erkrankte Patienten weiterhin über die Richtlinientherapie versorgt
6. Der notwendige Mehraufwand der einzelnen teilnehmenden Praxis wird praktisch nicht bzw. zu gering vergütet
7. Durch die nicht angemessene Bezahlung beschäftigen sich die meisten K&K nicht mit den Details der Richtlinie und die Fragen bleiben hypothetisch.
8. Fehlen ausreichender Finanzierung
9. Das häufigste Argument ist, dass die Bezahlung der KSVPsych-RL noch schlechter ist als die normale Richtlinien PT und noch ein immenser Verwaltungsaufwand dazukommt, der auch nicht angemessen oder gar nicht vergütet wird
10. Der mit der KSVPsych-RL verbundene organisatorische und zeitliche Aufwand wird nicht ausreichend vergütet
11. Finanziell unattraktiv bei schwieriger Klientel, zu bürokratisch
12. Hohe organisatorische Mehrarbeit, die nicht ausreichend finanziert ist
13. Sehr kranke Patient*innen, hohe Ausfallquoten zu erwarten. muss vergütet werden!
14. Sorge: Verhältnis Aufwand versus Finanzierung stimmt nicht
15. Erhöhter bürokratischer Aufwand wird nicht ausreichend finanziell unterfüttert
16. Es ist zwingend, aufwendige koordinierende Leistungen, Fallbesprechungen und den Aufbau von Netzstrukturen gesondert zu vergüten. die Vergütung des Aufbaus aus den Netzstrukturen werden jedoch in der Regel von einer Managementgesellschaft abgeschöpft, für den Aufwand der Psychotherapeut*innen stehen dann keine Mittel mehr zur Verfügung, außerdem ist der Betrag zu niedrig angesetzt.
17. Der Umfang des Organisations-, Kommunikations- und Verwaltungsaufwand wird durch die Pauschalen nicht abgedeckt
18. Die Kraft, die in diese Geschichte wahrscheinlich aufgeht (immens !!!) steht in kleinstem Verhältnis zur Bezahlung, bedeutet maximalen Mehraufwand ohne Nutzen für die Patienten und ohne entsprechenden Entgelt. Ich selbst tue für meine Patienten so ziemlich alles (z b Erreichbarkeit 24/7), ohne Bezahlung, das halte ich für sinnvoll, diese Geschichte ist nur ein Bürokratiemonster und sonst nichts!!!
19. Einfach mal rechnen: Aufwand für Netzgründung (Wochen) / Netzbeitritt (mehrere Arbeitstage) / Einarbeitung in Zusatzdoku, Abläufe, Software mit Zusatzverdienstmöglichkeiten aufrechnen und sich fragen, wie lange muss ich bei überlaufenden Praxen und überschaubarer Vergütung auch noch Geld mitbringen damit ich in einem Netz mit viel zusätzlicher Bürokratie arbeiten darf, dass nur ein kleiner Teil meiner normalen Klientel braucht, lohnt sich finanziell höchstens für hochspezialisierte Praxen
20. Finanzierung ist lückenhaft. so deckt sie keine Absprachen mit Mitbehandelnden ab. zusätzlich ist die Honorarhöhe nicht den Herausforderungen bei der Behandlung von Personen mit komplexen Störungen angemessen (wer zahlt die Ausfälle? wer den bürokratischen Mehraufwand? warum ist die Höhe geringer als das, was sonst in der Psychotherapie bezahlt wird?)
21. Großer Bedarf, aber schlecht umgesetzt, viel zu kompliziert, viel zu wenig Vergütung



22. Hoher zeitlicher, bürokratischer und organisatorischer Aufwand ohne entsprechende Vergütung
23. Vergütungsregelungen für den zu betreibenden Aufwand unzureichend
24. Zu bürokratisch, zu hohe Hürden, zu geringe Bezahlung
25. Den überlasteten Praxen wird ein organisatorisch unmögliches und unterfinanziertes Versorgungsmodell angeboten, was keinerlei Anreiz bietet.
26. Die Vergütung ist schlechter als in der Regelversorgung, während der Aufwand durch die Koordination im Netzwerk zusätzliche Bürokratie mit sich bringt. Bei Menschen mit komplexen Störungsbildern sind zusätzliche Kontakte außerhalb der regulären Behandlungsstunden sowie Ausfallstunden zu erwarten. Dass das Honorar unterhalb dessen liegt, was üblicherweise in der Psychotherapie erhalten wird, ist mir völlig unverständlich
27. Die Vergütung deckt in keiner Weise den hohen Arbeitsaufwand
28. Fallbesprechungen sind sinnvoll, aber in Einzelpraxen wirtschaftlich nicht darstellbar
29. Der hohe Aufwand an Kooperation ist betriebswirtschaftlich nicht darstellbar, zumal PT-Praxen in der Regel nicht über entsprechend hoch qualifiziertes Personal verfügen (können). Auch die zu erwartende höhere Quote an Stundenausfällen bei komplex Erkrankten verschärft das wirtschaftliche Problem.
30. Eine angemessene Vergütung, die den tatsächlichen Zeitaufwand abbildet, ist unerlässlich.
31. Uninteressante Vergütung, hoher extra Bürokratieaufwand, der nicht vergütet wird
32. Vergütung insgesamt viel zu niedrig angesichts des damit verbundenen org. Aufwandes
33. Unzureichende Vergütung des hohen Abstimmungsaufwandes zeitlich und personell
34. Für psycholog. Psychotherapeut: innen finanziell unattraktiv und bei halben Versorgungsauftrag keine Bezugsfunktion möglich
35. Es können Leistungen für den Koordinierungsaufwand abgerechnet werden, soweit sie von einer koordinierenden Person erbracht werden. Diese anzustellen rentiert sich nur bei Praxen mit hohen Fallzahlen/vielen teilnehmenden Patient*innen an dieser Versorgung, z.B. in psychiatrischen Praxen, wo es umgesetzt werden könnte, die es jedoch kaum in der Region gibt- bei Psychotherapeut*innen sind nur wenige eingeschriebene Patient*innen zu erwarten- eine koordinierende Fachkraft wird somit hier nicht zu finanzieren sein
36. Mangelnde Flexibilität der Anstellung einer Koordinierungsperson
37. Struktur der PT-Praxen teils auf Versorgung nur unzureichend ausgerichtet, bspw. keine Verwaltungs-Mitarbeiter+in für Koordination vorhanden
38. Mangelnde Finanzierung / keine ausreichende langfristige Behandlung für chronisch Erkrankte
39. Findet die Operation mit den entsprechenden Fachärzten statt. Die Behandlungsleitung sollte für den psychotherapeutischen Teil sowie auch gegebenenfalls die Koordination bei Psychotherapeuten liegen (können). Patientinnen brauchen Freiheit bei der Auswahl der Bezugsbehandlerinnen.
40. Grundsätzlich besteht eine hohe Bereitschaft zur und der Wunsch nach einer Komplexversorgung und Vernetzung. Es ist zu bürokratisch, zu aufwendig. Die Krankenhäuser sehen für sich keinen Nutzen. Ohne die Möglichkeit einer Bezugsfunktion aufgrund des hälftigen Versorgungsauftrages, ist die bereits so schon nicht angemessene Vergütung noch deutlich schlechter und bildet in keinem Fall den Aufwand ab



41. Psychotherapeutinnen bislang liegen keine Zusagen von ambulant tätigen Psychotherapeutinnen vor. woran liegt das? zum einen daran, dass in Frankfurt und Rhein-Main-Gebiet 80% der niedergelassenen Psychotherapeutinnen einen ½ Kassensitz haben. Problem: nur Psychotherapeutinnen mit vollem Kassensitz können Bezugstherapeutinnen sein. so können die Psychotherapeutinnen eine Behandlung nicht steuern, fühlen sich ausschließlich in der passiven Bedienerrolle, was keinen Anreiz zum Wechsel von der Regelversorgung in die Komplexversorgung darstellt. zudem wurde die ambulante psychotherapeutische Versorgung im letzten Jahr gefördert durch Zuschläge zur ambulanten Kurzzeittherapie (die ersten 10 KZ-therapiestunden) und durch bessere Vergütung der Gruppentherapien. in der Folge haben viele Psychotherapeutinnen die Versorgung in diese Richtung angepasst. die Vergütung in der der Leistungen der Komplexversorgung entspricht der Vergütung für eine psychotherapiestunden. für wirtschaftlich denkenden Psychotherapeuten
42. Zusätzlich sind Selektivverträge (hier HKK und AOK) finanziell und organisatorisch attraktiver
43. Flexiblerer Selektivvertrag in Bremen mit AOK und HKK mit attraktiveren Vergütungen
44. Ich behandle die Patient*innen mit komplexen Behandlungsbedarf lieber weiterhin außerhalb von Netzverbünden oder im Rahmen des zur Verfügung stehenden Selektivvertrags von HKK und AOK in Bremen, der angemessenerer weise ein höheres Honorar vorsieht. ich sehe keinen Vorteil. ich sehe aber viel Aufwand für die Teilnahme an der KSVPsych-Netzverbünden.
45. Dringend erscheint eine Abrechnungsmöglichkeit der stattfindenden Netzwerktätigkeit.

Subkategorie: Bezugsfunktion bei halbem Kassensitz

1. Nachfrage zur Regionalität (Antwort entspr. tragende gründe), Interesse einer PIA wurde aus Vergütungs- und organis. Aspekten nicht weiterverfolgt, mediz.-therap- Versorgungszentrum keine Weiterverfolgung aufgrund in Netzarbeit befindlichen Konkurrenznetz, Frage zur Auslegung voller Versorgungsauftrag im Rahmen der Bezugsth.-funktion - jedoch ohne Wertung
2. Die Anforderung an die Netzverbünde sind sehr hoch und können, insbesondere strukturschwachen Gebieten, kaum realisiert werden. Abweichungen von diesen strengen Vorgaben müssen möglich sein. Außerdem sollten auch Psychotherapeutinnen mit hälftigen Versorgungsauftrag beteiligt werden können.
3. Die grundsätzliche Bereitschaft ist überall hoch, aber das Ganze ist zu kompliziert gestaltet und der zusätzliche Aufwand bei nur wenigen Patient*innen rechnet sich nicht, nur das Zulassen von halben Sitzen zur Bezugsbehandlung wird daran nichts ändern
4. Für psycholog. Psychotherapeut: innen finanziell unattraktiv und bei halben Versorgungsauftrag keine Bezugsfunktion möglich
5. Auch bei halben Sitzen kann eine umfassende Erreichbarkeit gegeben sein
6. Ausschluss von Kolleginnen mit halbem Versorgungsauftrag unsinnig
7. Begrenzung der Teilnahme auf ganze Versorgungsaufträge (PP/KJP)
8. Dass 60% der Psychotherapiepraxen nicht teilnehmen können, weil sie nur einen halben Sitz haben
9. Die Beschränkung der Teilnahme auf einen vollen Versorgungsauftrag wirkt sich negativ auf Teilnehmende aus



10. Einschränkung Bezugsperson (Vollzulassung)
11. Es gibt größere Praxen, die formal dennoch nur einen hälftigen Versorgungsauftrag haben, die andere Hälfte oder Hälften sind in eine Anstellung umgewandelt. Obwohl genau diese Praxen viel zur Komplexversorgung beisteuern könnten, sind sie von der Bezugsfunktion ebenfalls ausgeschlossen.
12. Kollegen mit 50%-Zulassung dürfen nicht Bezugsarzt, -therapeut sein
13. Praxen mit hälftiger Zulassung können keine Koordinatoren werden
14. Fehlende Flexibilität in der Umsetzung (halbe Sitze ausgeschlossen, Behandlerzahlen)
15. Bei halben Sitzen ganztägliche Erreichbarkeit vonnöten
16. Ausschluss von Therapeuten mit einem halben Sitz von der Bezugstherapeutenfunktion
17. Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in kann nur werden, wer einen vollen Versorgungsauftrag hat (§ 4 Absatz 1 Satz 2). bei Psychotherapeut*innen trifft das bundesweit für 40 % der Praxen zu. diese Bedingung sollte dringend gestrichen werden, da ein wohnortnahes und flächendeckendes Versorgungsangebot bei Ausschluss von 60% der potenziellen Bezugspsychotherapeut*innen nicht erreicht werden kann, auch liegen keine fachlich nachvollziehbaren Gründe für diese Einschränkung vor
18. Ein Großteil der psychologischen Psychotherapeut*innen in meinem Umfeld hat sich damit bislang nicht auseinandergesetzt, da aufgrund eines hälftigen Versorgungsauftrages die Voraussetzungen zur Teilnahme nicht gegeben sind
19. 60% aller PP in der Region haben einen halben Versorgungsauftrag und fallen daher mehr oder weniger raus
20. Unverständlich, dass halbe Versorgungsaufträge als Bezugsbehandler*innen ausgeschlossen wurden, unverständliche Nicht-Ermöglichung der Koordination in der Versorgung durch Bezugspsychotherapeut*innen
21. Zwingende differentialdiagnostischer Abklärung ungünstig, Ausschluss halber Sitze
22. Ausschluss halber Sitze als Bezugstherapeuten
23. Ausschluss hälftiger Zulassungen bei Bezugsfunktion
24. Der Ausschluss der Bezugsfunktion für Praxen mit halbem Sitz schließt genau die Kolleg:innen aus, die zeitlich flexibler wären
25. Grundsätzlich besteht eine hohe Bereitschaft zur und der Wunsch nach einer Komplexversorgung und Vernetzung. Es ist zu bürokratisch, zu aufwendig. Die Krankenhäuser sehen für sich keinen Nutzen. Ohne die Möglichkeit einer Bezugsfunktion aufgrund des hälftigen Versorgungsauftrages, ist die bereits so schon nicht angemessene Vergütung noch deutlich schlechter und bildet in keinem Fall den Aufwand ab
26. Psychotherapeutinnen bislang liegen keine Zusagen von ambulant tätigen Psychotherapeutinnen vor. woran liegt das? zum einen daran, dass in Frankfurt und Rhein-Main-Gebiet 80% der niedergelassenen Psychotherapeutinnen einen ½ Kassensitz haben. Problem: nur Psychotherapeutinnen mit vollem Kassensitz können Bezugstherapeutinnen sein. so können die Psychotherapeutinnen eine Behandlung nicht steuern, fühlen sich ausschließlich in der passiven Bedienerrolle, was keinen Anreiz zum Wechsel von der Regelversorgung in die Komplexversorgung darstellt. zudem wurde die ambulante psychotherapeutische Versorgung im letzten Jahr gefördert durch Zuschläge zur ambulanten Kurzzeittherapie (die ersten 10 KZ-therapiestunden) und durch bessere Vergütung der Gruppenthera-



pien. in der Folge haben viele Psychotherapeutinnen die Versorgung in diese Richtung angepasst. die Vergütung in der der Leistungen der Komplexversorgung entspricht der Vergütung für eine psychotherapiestunden. für wirtschaftlich denkenden Psychotherapeuten

Subkategorie: Aktuelle Arbeitsbelastung

1. Bereits Überlastung, keine Kapazitäten
2. Die Auslastung der Praxen ist seit 'Corona' massiv gestiegen, es gibt keine Erhöhung der ambulanten Kapazitäten/fehlende Neubedarfsplanung. daher Überlastung der Praxen.
3. Keinerlei zeitliche Kapazitäten bei sehr langen Wartelisten
4. Zu hohe Arbeitsbelastung im Alltag
5. Überlastung der psychiatrischen Praxen vor Ort
6. Keine zeitlichen Kapazitäten für KSVPsych-Netzverbundteilnahme
7. Ohnehin hohe Nachfrage nach Therapieplätzen, extra Ressourcen fehlen
8. Ohnehin knappen zeitlichen Ressourcen. Absprachen zwischen Kollegen finden auch
9. Die Terminsituation bleibt weiter kritisch und wird dadurch nicht verbessert, es finden nur Umverteilungen statt, zum Preis von Orga-Arbeit, die der Versorgung fehlt und andere Patienten fallen am Ende runter.
10. Kapazität
11. Wir haben in unseren Praxen alle sehr viel zu tun - es bedeutet einen zeitlichen und energetischen Mehraufwand, wenn neue Modelle installiert werden müssen - auch davor scheuen angesichts von bestehendem Versorgungsdruck viele zurück
12. Gravierendster Hinderungsgrund ist die mangelnde Teilnahme der v.a. psychologischen Psychotherapeuten. Begründung meist: keine Termine, zu schwer kranke Pat. obwohl es 10x so viele PTen gibt als Fachärzte
13. Die Psychotherapeut*innen haben die Befürchtung, dass sie von potentiellen Patient*innen, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie in Betracht kommen, überrollt werden, bei schon ausgelasteten Kapazitäten

Subkategorie: Risiken

1. Unkalkulierbare Risiken bei Verpflichtung Gründung GBR, problematisch, dass Management durch Investmentgesellschaften problematisch
2. Finanzielle Risiken
3. Man müsste einen Juristen für die Verträge einstellen
4. Unklare Rechtsform des Netzwerkes (GBR)??
5. Unkalkulierbare Risiken als GBR
6. Enormes wirtschaftliches Risiko
7. Verpflichtung GBR
8. Verpflichtung, dass Netzwerk als GBR nötig ist mit unkalkulierbaren Risiken verbunden.
9. Verpflichtung, Netzwerk als GBR zu gründen oder sich Finanzinvestoren anzuschließen



10. Gründung braucht Kraft und Zeit, die wollen viele nicht. zusätzlich investieren
11. Die Kolleg*innen zeigten grundsätzlich großes Interesse an der besseren Versorgung dieser schon jetzt häufig in den Praxen behandelten Patient*innen, sahen aber bei Gründung eines Netzwerkes enormen rechtlichen und bürokratischen Aufwand inklusive der Angst vor finanzieller Haftung sowie die eine deutlich unzureichend erlebte Vergütung dieses erheblichen Mehraufwandes.
12. Management eines Netzverbundes durch externe Gesellschaften (z.B. ivp) hat einen unangenehmen Beigeschmack

Subkategorie: Fristen

1. Zu enge Zeitfenster für Terminvergaben
2. Die zeitlichen Fristen sind unrealistisch, insbesondere auch auf Grund der schlechten Versorgungslage der psychiatrischen Praxen, hier sind die Wartezeiten sehr viel länger als in der Psychotherapie.
3. Fristen zu knapp für
4. Oft geäußert wurde auch die Angst der Kolleg*innen von anfragen überrollt zu werden, speziell im Zusammenhang mit der kurzen Zeit bis zur eingangssprechstunde und zur differenzialdiagnostischen Abklärung im laufenden praxisbetrieb (gerade auch im Kontrast zur der oft fehlenden zeitlichen Dringlichkeit bei den oft chronisch erkrankten Patient*innen)

Hauptkategorie: Strukturelle Gründe

Subkategorie: Vorgaben Netzwerk

1. Hohe Fremdbestimmung, wenig Bonuseffekt.
2. Zu hohe Anford. an Netzverbünde, mehr Flexibilität u. Abweichungen müssten ermöglicht werden (raus aus dem zu kompliz. Sparmodell)
3. Fehlende Flexibilität in der Umsetzung (halbe Sitze ausgeschlossen, Behandlerzahlen)
4. Anforderungen an die Größe der Netzverbünde zu hoch.
5. Aufwand durch sehr große Größe des Netzwerkes
6. Benötigte Mindestzahl Ärzte/Therapeuten
7. Es sollten nicht zwingend alle Berufsgruppen teilnehmen müssen
8. Aufwendige Struktur der Netze behindert die Versorgung der i.d. KSVPsych-RL angesprochenen Patient*innen
9. Teilverbünde wären wichtig, um die vorhandenen Strukturen (SPDI etc) zu stärken
10. Bezugstherapeut auch bei Patient*innen mit somatischen Diagnosen und mit Medikamenten
11. Ausschluss als Bezugspsychotherapeut*in tätig zu werden bei bestimmten Krankheitsbildern mit somatischer Komorbidität, diese erzwingen Wechsel zu einem Bezugsarzt- das schränkt das Behandlungspot. einer psychotherapeutischen Praxis erheblich ein - und bedeutet Wechsel der Bezugsperson für die Patient*innen
12. Bei somatischer Hauptdiagnose keine Bezugspsychotherapeut*in



13. Es darf nicht zu hierarchischen Strukturen in der Zusammenarbeit wie der Bezugsfunktion kommen. die Bezugsfunktion muss frei wählbar und abstimmbar sein. eine Einengung auf bestimmte Berufsgruppen sollte nicht kategoriell erfolgen
14. Alternative wären einzelne Kooperationsziffern im EBM, die gut bezahlt werden
15. Statt dieses komplizierten Regelwerkes hätte es auch gereicht, Kooperations- und Koordinationsziffern zu schaffen sowie vergütete Fallkonferenzen!
16. Bei guten Kooperations- und Koordinationsabrechnungsmöglichkeiten wäre die Richtlinie nicht nötig, da dann sofort die vorhandenen Strukturen vor Ort entsprechend der Richtlinie zum Wohl der Patientinnen kooperieren würden.
17. In manchen Regionen wurde der Wunsch geäußert, dass auch PIA PT als Netzverbundmitglied zählen sollten
18. Vorschlag: Einbezug der Psychologen in sozialpsychiatrischen Diensten (Träger meist RK, AWO, Caritas, Diakonie) oder Psychologen in PIAS an psych. Krankenhäusern als PT-ische Netzteilnehmer. diese Therapeuten sind den Umgang mit schwer psychisch Kranken gewohnt.
19. Nachfrage zur Regionalität (Antwort entspr. tragende gründe), Interesse einer PIA wurde aus Vergütungs- und organis. Aspekten nicht weiterverfolgt, mediz.-therap- Versorgungszentrum keine Weiterverfolgung aufgrund in Netzarbeit befindlichen Konkurrenznetz, Frage zur Auslegung voller Versorgungsauftrag im Rahmen der Bezugsth.-funktion - jedoch ohne Wertung
20. Kriterien Mitgliedschaft (nur Teilnahme, keine Netzverbundmitgliedschaft möglich für psychotherapeutisch tätige Ärzte, die nicht in KSVPsych-RL genannt sind).
21. Zweifache differenzialdiagnostische Abklärung ergibt unnötige Hürden/Nadelöhr schon jetzt versorgen auch Psychotherapeut*innen viele Patient*innen mit diesen genannten Indikationen. sie kooperieren mit somatisch qualifizierten Fachärzt*innen und leisten die begleitende psychotherapeutische Behandlung in enger Abstimmung. auch hier ist zu befürchten, dass ein Engpass geschaffen wird, weil die Zahl der Fachärzt*innen nicht ausreicht. die Wahlfreiheit der Patient*innen, ihre Bezugsbehandler*in mitzubestimmen ist unnötig eingengt
22. Findet die Operation mit den entsprechenden Fachärzten statt. die Behandlungsleitung sollte für den psychotherapeutischen teil sowie auch gegebenenfalls die Koordination bei Psychotherapeuten liegen (können). Patientinnen brauchen Freiheit bei der Auswahl der Bezugsbehandlerinnen.

Subkategorie: Verfügbarkeit der Leistungserbringenden

1. Soziotherapie ist wie Ergotherapie im ländlichen Raum überlastet - ähnlich aller Fachärzte und PP
2. Die gänzlich fehlenden Soziotherapeuten (es gibt keine!) haben Modellcharakter
3. Nachfrage zur Regionalität (Antwort entspr. tragende gründe), Interesse einer PIA wurde aus Vergütungs- und organis. Aspekten nicht weiterverfolgt, mediz.-therap- Versorgungszentrum keine Weiterverfolgung aufgrund in Netzarbeit befindlichen Konkurrenznetz, Frage zur Auslegung voller Versorgungsauftrag im Rahmen der Bezugsth.-funktion - jedoch ohne Wertung



4. Gravierende Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten: im ländlichen Raum können die Vorgaben oft nicht erfüllt werden und finden dann in großen Flächen statt
5. Wichtige Organisationsstrukturen im ländlichen Raum nicht bzw. nicht ausreichend vorhanden.
6. Im Flächenland RLP ist es sehr schwierig
7. Im 'Flächenbundesland' RLP sind notwendige Netzwerke nicht gut zu erreichen (ÖPNV)
8. Die Anforderung an die Netzverbünde sind sehr hoch und können, insbesondere strukturschwachen Gebieten, kaum realisiert werden. Abweichungen von diesen strengen Vorgaben müssen möglich sein. Außerdem sollten auch Psychotherapeutinnen mit hälftigen Versorgungsauftrag beteiligt werden können.
9. Wege sind viel zu lang auf dem Land (Praxis-Radius ca. 50 km = 100 km hin/zurück)
10. Kollegen sehen die drohende Zerstörung eines funktionierenden Systems durch Schaffung neuer Parallelstrukturen und nehmen das zugrundeliegende Misstrauen wahr, sie behandelten nicht auch schon jetzt und mit viel Engagement schwer kranke Patienten. eine Geringschätzung bestehender informeller Netzwerke ist ein weiterer Aspekt, der dem Geiste folgt: nur was dokumentiert und formalisiert ist existiert auch. Es zeigt sich ein grundlegendes gesellschaftliches Problem, das durch noch mehr Reglementierung eher geeignet ist, gewachsene und tragfähige Strukturen zu stören und zu zerstören. neben den abgefragten und kapazitativen-strukturellen Gründen insbesondere im ländlichen Raum, dürften diese grundlegenden Probleme ausschlaggebend für die Zurückhaltung sein
11. Keine Anschubfinanzierung. deshalb nur große Verbünde möglich. Praxen vor Ort sind deshalb von der Gründung von Netzwerken außen vor. Ziel der wohnortnahen Versorgung wird damit nicht erreicht. d. h. keine Verbesserung der Versorgung
12. Zweifache differenzialdiagnostische Abklärung ergibt unnötige Hürden/Nadelöhr schon jetzt versorgen auch Psychotherapeut*innen viele Patient*innen mit diesen genannten Indikationen. sie kooperieren mit somatisch qualifizierten Fachärzt*innen und leisten die begleitende psychotherapeutische Behandlung in enger Abstimmung. auch hier ist zu befürchten, dass ein Engpass geschaffen wird, weil die Zahl der Fachärzt*innen nicht ausreicht. die Wahlfreiheit der Patient*innen, ihre Bezugsbehandler*in mitzubestimmen ist unnötig eingeengt

Subkategorie: Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringenden

1. Klärungsbedarf: Abrechnungsmodalitäten für das KH (evtl. zu wenige Vorteile aus Sicht der Kliniken)
2. Kliniken zeigen kein Interesse an der Zusammenarbeit
3. Mangelnde Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringer
4. Grundsätzlich besteht eine hohe Bereitschaft zur und der Wunsch nach einer Komplexversorgung und Vernetzung. Es ist zu bürokratisch, zu aufwendig. Die Krankenhäuser sehen für sich keinen Nutzen. Ohne die Möglichkeit einer Bezugsfunktion aufgrund des hälftigen Versorgungsauftrages, ist die bereits so schon nicht angemessene Vergütung noch deutlich schlechter und bildet in keinem Fall den Aufwand ab



Hauptkategorie: Therapiebezogene Gründe

Subkategorie: Diagnostik

1. Der Facharzt-Vorbehalt beim psychischen Befund verärgert viele psycholog. Psychotherapeut*innen
2. Diagnostik und Einschluss von Patient*innen müsste auch durch psychologische Psychotherapeut*innen möglich sein
3. Die Psychotherapeutin in der Sprechstunde sollte ausreichen und nicht mehr durch einen Facharzt bestätigt werden müssen.
4. Mehrfachdiagnostik durch Arztvorbehalt und Arztvorbehalt insgesamt führt zu Nicht-Teilnahme
5. Psychische differentialdiagnostische Abklärung absolute Hemmschwelle für PP/KJP!
6. Zweifache differenzialdiagnostische Abklärung ergibt unnötige Hürden/Nadelöhr schon jetzt versorgen auch Psychotherapeut*innen viele Patient*innen mit diesen genannten Indikationen. sie kooperieren mit somatisch qualifizierten Fachärzt*innen und leisten die begleitende psychotherapeutische Behandlung in enger Abstimmung. auch hier ist zu befürchten, dass ein Engpass geschaffen wird, weil die Zahl der Fachärzt*innen nicht ausreicht. die Wahlfreiheit der Patient*innen, ihre Bezugsbehandler*in mitzubestimmen ist unnötig eingeeengt
7. Psychologischen Psychotherapeuten, dessen Indikationsstellung danach einer nochmaligen Überprüfung durch einen Arzt unterworfen ist. das ist nicht nachvollziehbar, der psychologische Psychotherapeut kann doch entscheiden, wann er eine solche nochmalige Überprüfung für notwendig erachtet. zudem werden hier Finanzmittel ausgegeben, die nicht zwingend ausgegeben werden brauchen. Die hier eingesparten Gelder könnten für die erforderlich Anhebung der ohnehin nicht ausreichenden Vergütung der hier zu erbringenden Leistungen verwendet werden. die Vergütung ist unzureichend, so etwas wäre ein erster Schritt.
8. Der diagnostische Aufwand einer nochmaligen Abklärung, nachdem eine Sprechstunde stattgefunden hat, ist nicht nachvollziehbar für den Pat. und auch nicht für einen
9. Die doppelte Indikationsstellung ein zu hoher Aufwand ist
10. Zwang der Doppeldiagnostik
11. Zweifache diagnostische Abklärung ist den Patient*innen nicht zuzumuten/nicht zu leisten.
12. Zwingende differentialdiagnostischer Abklärung ungünstig, Ausschluss halber Sitze
13. Zwingende mehrfache differenzialdiagnostische Abklärung
14. Erzwungene weitere diagnostische Abklärung durch einen Facharzt für Psychiatrie
15. überflüssige Doppeluntersuchungen
16. überflüssige zusätzliche verpflichtende differentialdiagnostische Abklärung durch einen Facharzt zeitaufwendig und für die Patienten belastend
17. Differentialdiagnostische Bestätigung durch entsprechenden FÄ ist unsinnig, praktisch nicht umsetzbar, kostet Geld im System und ist inhaltlich nicht gerechtfertigt, sondern geradezu beleidigend, da äPT und PP natürlich qualifiziert sind, psychische Diagnosen zu stellen.
18. Doppelte Diagnostik durch Psychotherapeuten und Psychiater unsinnig
19. Starre Vorgaben diagnostischer Prozess



Subkategorie: Definition der Patientengruppe

1. Die Richtlinie ist für psychosomatisch Erkrankte komplett ungeeignet
2. Mangelnde Finanzierung / keine ausreichende langfristige Behandlung für chronisch Erkrankte
3. Das Leistungsspektrum für chronisch Erkrankte ist zu eingegrenzt, insbesondere für Psychotherapie, aufsuchende Behandlung ist unzureichend geregelt
4. Ausschluss relevanter Krankheitsbilder (F0)
5. Ausschluss von Krankheitsbildern
6. Ausschluss von Krankheitsbildern der Gruppe F0
7. Ausschluss von Krankheitsbildern
8. Krankheitsbilder werden ausgeschlossen

Subkategorie: Nutzen für Patientinnen und Patienten

1. Bereits bestehende gute Vernetzung, Teilnahme am Netzwerk bringt keinen Vorteil für eigene Arbeit oder die Patientinnen und Patienten
2. Unklarer Mehrwert für die Patienten
3. Die Richtlinie ist rein berufspolitisch motiviert - psychiatrisch-neurologisch und psychologisch. Sie richtet sich nicht nach den Erfordernissen der Patient:innen
4. Keine unsinnigen Bestimmungen von oben
5. Nach einem Jahr Richtlinie kann konstatiert werden, dass Interessenten kaum bis gar nicht mit der KV dazu in Kontakt getreten sind.

Sonderkategorie: Sonstige Aussagen

1. Die Richtlinie diskriminiert die Einzuschließenden als schwer krank unlösbar in digitalen Cloud-Lösungen
2. Kollegen sehen die drohende Zerstörung eines funktionierenden Systems durch Schaffung neuer Parallelstrukturen und nehmen das zugrundeliegende Misstrauen wahr, sie behandelten nicht auch schon jetzt und mit viel Engagement schwer kranke Patienten. eine Geringschätzung bestehender informeller Netzwerke ist ein weiterer Aspekt, der dem Geiste folgt: nur was dokumentiert und formalisiert ist existiert auch. Es zeigt sich ein grundlegendes gesellschaftliches Problem, das durch noch mehr Reglementierung eher geeignet ist, gewachsene und tragfähige Strukturen zu stören und zu zerstören. neben den abgefragten und kapazitiv-strukturellen Gründen insbesondere im ländlichen Raum, dürften diese grundlegenden Probleme ausschlaggebend für die Zurückhaltung sein
3. Es gibt gewachsene Strukturen der Zusammenarbeit zwischen PP, KJP, Psychiater*innen, Klinken, Anbietern von app, qualifizierter und einfacher Assistenz, sozialpsychiatrischen Diensten, anderen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung - da erscheint es dann unsinnig, anstatt dieser Strukturen Neue zu schaffen - da ja bereits in multiprofessioneller Koordination schwer belastete Patient*innen gemeinsam versorgt werden
4. Fehlende Möglichkeit in Jobsharing-Praxen das Leistungszentrum zu erweitern wegen PZO
5. Gutes Anliegen, aber die Einschätzung der Realität vor Ort kann anscheinend von der Planungsseite nicht wirklich getroffen werden.



6. Idee gut!
7. Lauterbach in die Produktion, mit Spahn
8. Zusätzlich sind Selektivverträge (hier HKK und AOK) finanziell und organisatorisch attraktiver
9. Flexiblerer Selektivvertrag in Bremen mit AOK und HKK mit attraktiveren Vergütungen
10. Ich behandle die Patient*innen mit komplexen Behandlungsbedarf lieber weiterhin außerhalb von Netzverbünden oder im Rahmen des zur Verfügung stehenden Selektivvertrags von HKK und AOK in Bremen, der angemessenerer Weise ein höheres Honorar vorsieht. Ich sehe keinen Vorteil. Ich sehe aber viel Aufwand für die Teilnahme an der KSVPsych-Netzverbünden.
11. Der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ist in der Praxis größer als in der Theorie!!
12. Die Argumente sind seit langem bekannt, werden diskutiert und binden ärgerlicherweise sinnlos wertvolle Kapazitäten, die man zur Planung effektiver Versorgungsmodelle verwenden sollte.
13. Die Gründe sind alle bekannt. Warum wird professionelle Kritik nicht im Vorfeld berücksichtigt??
14. Wer kennt denn die Patienten, wenn nicht wir
15. Fachlich Erfahrene haben ein meistens ein Lebensalter, in dem sie nicht mehr bereit sind, sich mit dem zeitlichen und organisatorischen Aufwand/Kriterien einer Netzverbundgründung auseinander zu setzen.
16. Koordinierendestelle statt Koordination durch die Bezugspsychotherapeut*in
17. koordinative Leistungen könnten auch durch z.B. PPS oder KJPs erbracht werden
18. Personal in den Kliniken: ständig wechselnde Ansprechpartner/ Therapeuten/ Ärzte
19. Fachärzte für Psychiatrie fürchten Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Verordnung von Heilmitteln durch die vermehrte Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten
20. Es fehlt der Einbezug der Berufsgruppe der Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten
21. Ebenso die Berufsgruppe der FÄ f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie
22. Ergoth. die nach Realschulabschluss eine 3j. schul. Ausbildung absolviert haben können teilnehmen, soz./ psych. mit M.Sc nicht. das ist unsinnig
23. Teilnahme von Ergotherapeuten mit Realschulabschluss und schulischer Ausbildung (keine psychiatrische Qualifizierung enthalten) möglich, aber nicht für Sozialarbeiter/-pädagogen sowie Psychologen mit Masterabschluss
24. Qualifikationsgefälle der Netz-Berufsgruppen
25. Aussage einer Psychologin: 'Wir wollen mit dieser Patientenklientel nichts zu tun haben'
26. Therapieplanung muss vom Behandler stammen, in der Richtlinie wird jedoch u.u. die Übernahme des Behandlungsplanes eines 'Dritten' vorgeschrieben
27. Die Kriseninterventionsversprechen sind sehr umfänglich und nicht mit allen Therapieverfahren zu vereinen (übertragungsfokussierte Therapie), da sie die Patienten Selbstverantwortung abnehmen
28. Es gibt keine spezifischen Behandlungsangebote, z.B. keine psychoedukativen Gruppen
29. Pilotprojekt in NRW war viel besser für Psychotherapeut*innen, v.a. wegen der Gruppenangebote
30. Vorgaben der Richtlinie ermöglichen den Einbezug von Vorbefunden unzureichend