



## Fragen zu Vernetzung, neuen Versorgungsformen und Zukunftsaussichten

	ja	nein	weiß nicht
1. Ich nehme regelmäßig an einer fachlich orientierten Arbeitsgruppe (Intervisionsgruppe / Qualitätszirkel ...) teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin Mitglied eines berufspolitisch orientierten regionalen Arbeitskreises (z.B. Netz, Psychotherapeutenverein, kollegialer Stammtisch ....) Wenn ja, in welchem (ggf. bitte Namen/Ort einsetzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
3. Ich bin Mitglied in einem Versorgungsnetz, das Verträge mit Krankenkassen und anderen Kostenträgern abschließt/abgeschlossen hat/abschließen wird. Wenn ja, in welchem (ggf. bitte Namen/ Ort einsetzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
4. Ich habe regelmäßig fallbezogen Kontakt zu Haus- und Fachärzten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe regelmäßig fallbezogen Kontakt zu den stationären Einrichtungen in meiner Region (Akutkrankenhaus, Psychosomatische Klinik, Psychiatrie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. In meiner Umgebung gibt es bereits ein Medizinisches Versorgungszentrum (d.h. mehrere Fachrichtungen arbeiten angestellt oder freiberuflich unter einem Dach). Wenn ja <input type="checkbox"/> ohne PsychotherapeutInnen <input type="checkbox"/> mit psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen <input type="checkbox"/> mit PP/KJP <input type="checkbox"/> Ich arbeite selbst in einem MVZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich könnte mir vorstellen, selbst in einem MVZ zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich interessiere mich für neue Versorgungsformen, z.B. Projekte zur Integrierten Versorgung oder andere Verträge mit Krankenkassen. Wenn ja: Ich halte folgendes für sinnvoll: <input type="checkbox"/> Verträge zu bestimmten Störungsbildern (z.B. Depression) <input type="checkbox"/> Nachsorge nach stationärem Aufenthalt <input type="checkbox"/> Verträge zu Versorgungsanlässen (z.B. „Psychotherapie sofort“, „AU direkt“) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
9. Ich wurde bereits angesprochen oder angeschrieben, ob ich mich an einem Projekt zu neuen Versorgungsformen beteiligen wolle (Berufsausübungsgemeinschaft, Integrierte Versorgung, MVZ etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mir ist wichtig, dass die Psychotherapie im Kollektivvertragssystem der Kassenärztlichen Vereinigung bleibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich bin für einen eigenen Versorgungsbereich „Psychotherapie“ analog der KZV (Kassenzahnärztlichen Vereinigung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin für freie Vertragsgestaltung der Psychotherapeuten mit den Kostenträgern (Erstattungsverfahren, Honorarbudgets etc.) – außerhalb des Kollektivvertragssystems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   | ja                       | nein                     | weiß<br>nicht            |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Eine geringe, einkommensadäquate Zuzahlung pro Therapiestunde halte ich für sinnvoll.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Eine zentrale Anlaufstelle für Information und Beratung bzgl. Psychotherapie wäre für die Akutversorgung sehr nützlich.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ich wäre bereit, einmal im Monat einen Termin für ein Erstgespräch freizuhalten, der von zentraler Stelle vergeben würde.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wenn die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen besser vergütet würden, würde ich - neben der Richtlinienpsychotherapie - mehr solcher Leistungen erbringen (psychotherapeutische Grundversorgung, Krisenintervention, offene Sprechstunde etc.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ich leiste im Durchschnitt ____ genehmigte Psychotherapiesitzungen pro Woche. Ich würde mehr arbeiten, wenn die Psychotherapie besser honoriert würde.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ich bin an einer Infoveranstaltung/einem Workshop über „Neue Versorgungsformen“ interessiert.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ich bin grundsätzlich bereit, an der Entwicklung von Modellprojekten bzgl. neuer Versorgungsformen mitzuarbeiten.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ich bin bereit, mich an der Arbeit im Landesgruppenvorstand zu beteiligen, und zwar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> durch Teilnahme an konzeptuellen Diskussionen  |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> durch lokale Vernetzungsarbeit, z.B. Wahrnehmung von Terminen in der Gesundheitskonferenz, KV-Veranstaltungen etc.   |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ich würde gerne zu einem „Schnuppertermin“ eingeladen werden   |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> _____  |                          |                          |                          |

Ich bin Mitglied der DPtV-Landesgruppe \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_ Jahre

männlich

weiblich

Ich arbeite mit

Erwachsenen

Kindern/Jugendlichen

**Falls Sie die Anonymität wahren wollen, wenden Sie sich bitte in Eigeninitiative an Ihren Landesgruppenvorstand! Sie können auch hier Ihre Adresse eintragen, damit Ihr Landesgruppenvorstand Sie zu einem Treffen der berufspolitisch aktiven KollegInnen einladen kann:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Eigene Ergänzungen: \_\_\_\_\_

**Bitte zurücksenden an:**

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung  
Bundesgeschäftsstelle  
Am Karlsbad 15  
10785 Berlin

Fax –Nr.: 030-235 00 944