



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Dzeba | Maier | Markey | Quaatz | Zaudig

Psychotherapeutische Erstversorgung: Sprechstunde, Akutbehandlung und Gruppengrundversorgung

Mit Kommentar zur Richtlinie und Hinweisen zur
praktischen Ausgestaltung

Mit Beiträgen von:

Fabian Drasdo

Iris Orth

Severin Pinilla

Julia Zaudig

Vorwort

Wie kann eine niederschwellige und zeitnahe ambulante psychotherapeutische Hilfe für Menschen in einer akuten psychischen Belastungssituation aussehen?

Leider gehört es seit vielen Jahren zur Realität unserer Patienten, dass ambulante Psychotherapieplätze nur nach sehr langen Wartezeiten zur Verfügung stehen. Eine Erhebung der Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2018 ergab eine bundesdurchschnittliche Wartezeit von nahezu 20 Wochen mit großen regionalen Schwankungen. Diese Wartezeiten bergen das Risiko der Fixierung und Chronifizierung einer bestehenden akuten psychischen Symptomatik mit erheblichen Folgekosten für das Gesundheitssystem.

Am 1. April 2017 wurden daher die psychotherapeutische Sprechstunde (PTS) und die psychotherapeutische Akutbehandlung (PTAB) im Sinne einer psychotherapeutischen Erstversorgung als Versorgungsziffern eingeführt. Bei der PTS handelt es sich um eine verpflichtende Maßnahme für niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeuten: Diese müssen sich im Rahmen einer PTS an der Feststellung einer psychischen Belastung und Symptomatik mit Krankheitswert und an der Indikationsstellung und Beratung über eine Behandlung beteiligen. Die PTAB ist eine an eine PTS anschließende zeitnahe und unbürokratische Interventionsmöglichkeit bei Vorliegen eines akuten psychischen Ausnahme- und Krisenzustands; sie soll der schnellen Stabilisierung der betroffenen Person dienen.

Das Ziel des vorliegenden Buches war, unsere Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Erstversorgung von Betroffenen anschaulich zusammenzufassen und praxisnah zu vermitteln. Das Buch ist in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in unserem psychotherapeutischen und fachärztlichen MVZ (medizinisches Versorgungszentrum) in München mit Gemeinnützigenstatus entstanden. Unser vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH ist multiprofessionell aufgestellt, bestehend aus Psychologischen Psychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatik/Psychiatrie und Psychotherapie sowie Sozialberatung. Es bietet Dank einer großzügigen Spende seit Anfang 2019 vorwiegend PTAB und diesbezüglich spezifische Sprechstunden an und hat sich der Erprobung dieser Neuerungen in der Versorgungsstruktur verschrieben.

Im Folgenden wird zunächst ein internationaler Vergleich in den Herangehensweisen für eine zeitnahe und niederschwellige ambulante Versorgung von Menschen mit akuter psychischer Belastung gegeben. Anschließend werden die in Deutschland eingeführten Versorgungsziffern PTS und PTAB präzisiert und von einer Kurzzeittherapie im Rahmen der zugelassenen Richtlinientherapien abgegrenzt. Auch die Gruppengrundversorgung wird als neueste Versorgungsziffer (Einführung 2021) im Rahmen einer psychotherapeutischen Erstversorgung vorgestellt. In den anschließenden Kapiteln liegen sodann die Schwerpunkte dieses Buches auf Empfehlungen für die Durchführung der PTS und PTAB.

Ein wichtiges Kriterium unserer damaligen Förderung war darüber hinaus die kontinuierliche wissenschaftliche Evaluation der psychotherapeutischen Erstversorgung in unserem gemeinnützigen MVZ. Dementsprechend finden Sie auch erste empirische Daten zur Charakterisierung des Nutzens dieser neu eingeführten Versorgungsziffern.

Die Entstehung des Buches verdanken wir, die Herausgebenden, der Anregung und Unterstützung des Schattauer-Verlags, hier besonders Frau Dr. Nadja Urbani. Zudem danken wir allen beteiligten Autoren und Autorinnen für ihre Beiträge zu diesem Buch.

Wir haben uns entschieden, in diesem Buch soweit wie möglich genderneutrale Begriffe, ansonsten das generische Maskulinum zu nutzen. Die Verwendung der männlichen Form dient lediglich der sprachlichen Vereinfachung und der besseren Lesbarkeit. Alle Personenbezeichnungen gelten selbstverständlich gleichermaßen für alle Geschlechtsidentitäten.

München, im Januar 2025: Dzeba, Markey, Maier, Quaatz, Zaudig

1.1.1 Herausforderungen in der Versorgung psychisch Kranker

Die Grundlage einer aktiven Teilhabe an der Gesellschaft ist die psychische Gesundheit des Menschen. Ist diese beeinträchtigt, so leiden sowohl seine Lebensqualität als auch seine soziale und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit (Robert Koch-Institut, 2021). Psychische Erkrankungen stellen die Betroffenen in ihrem privaten und beruflichen Arbeitsumfeld vor große Herausforderungen. Sie erweisen sich als eine der häufigsten Ursachen für lange Arbeitsausfälle, des Weiteren bestehen Wechselwirkungen mit chronischen und körperlichen Erkrankungen (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, 2021).

Bis zur Einführung der Psychotherapie-Richtlinien 2017 war im ambulanten Setting der psychotherapeutischen Versorgung eine deutliche Lücke zu erkennen. Dies galt zum einen hinsichtlich eines niederschwelligen Zugangs zur schnellen Einordnung der Symptomatik und Indikationsstellung (im Sinne einer Sprechstunde) und zum anderen hinsichtlich der Möglichkeit einer schnellen stabilisierenden Anbindung bei akuter Symptomatik mit dringlichem Handlungsbedarf (im Sinne einer akutpsychotherapeutischen Behandlung). Betroffene mussten sich einreihen in die lange Liste aller jener psychisch Erkrankter, die für Monate auf ein Erstgespräch oder eine Psychotherapie warteten.

Vor allem im Fall einer akuten psychischen Symptomatik, in der dringender Handlungsbedarf besteht, stellt eine solche Versorgungslücke ein gesamtgesellschaftliches Risiko dar. Denn unbehandelt können durch akute Belastungen ausgelöste psychische Symptome eine Eigendynamik entwickeln, die zu weiteren psychischen und körperlichen Einschränkungen führt. Gerade akute psychische Symptome erfordern deshalb zeitnahe Zugang zu Fachkräften im Sinne einer Erstversorgung, die durch Sprechstunden dabei helfen, die Symptomatik einzuordnen und eine Indikation für eine passende Behandlungsform stellen. Die Patienten sollten rasch und ohne bürokratische Hürden eine psychotherapeutische Anbindung zur Stabilisierung erhalten. Außerdem ist es wichtig, den Handlungsspielraum der Psychotherapeuten zu erweitern, damit diese weitervermitteln können an bestehende Instanzen wie Fachärzte, Kliniken oder Soziotherapeuten.

Die Krankheitsbilder bei akuten psychischen Krisen weisen eine hohe Varianz auf. Entsprechend wird eine fachkundige Indikationsstellung und eine breit gefächerte und gut vernetzte multiprofessionelle Versorgung benötigt, um eine an die Bedürfnisse jedes Einzelnen angepasste Behandlung in der Krise zu ermöglichen.

Im Folgenden werden unterschiedliche Möglichkeiten in der Versorgung bei akuten psychischen Ausnahmezuständen vorgestellt, die Betroffene im Regelfall je nach Bedarf durchlaufen, sowie deren jeweilige Grenzen. Ebenso werden die Missstände im Versorgungssystem hervorgehoben, die durch einen Mangel an zügiger Erstversorgung im ambulanten psychotherapeutischen Setting entstehen.

Laiensystem

Die meisten Menschen versuchen, psychischen Leidensdruck aufgrund schwieriger Lebenssituationen zunächst mit eigenen Bewältigungsstrategien zu überwinden. Dazu zählen Eigenrecherche, Selbstmedikation oder selbst initiierte Verhaltensänderungen. Stoßen sie hierbei an ihre Grenzen, suchen sie nach Unterstützung und Hilfestellung in ihrem sozialen Umfeld. Ein großer Prozentsatz kritischer Lebenslagen oder -ereignisse wird somit ohne professionelle Hilfe gemeistert (Bonanno, 2004).

Zwei Drittel der Betroffenen verlassen das Laiensystem trotz akutem Leidensdruck nicht (Wittchen & Jacobi, 2005) oder nur mit langen, teils jahrelangen Latenzzeiten. Dies mag unterschiedliche Gründe haben. Neben mangelnder Aufklärung stellen psychische Erkrankungen weiterhin ein Tabuthema in unserer Gesellschaft dar, weshalb viele Betroffene aus Scham oder Angst es vermeiden, einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen. Andere erkennen zwar den Nutzen einer Behandlung, sehen sich allerdings aufgrund von mangelnder (niederschwelliger) Erreichbarkeit außerstande, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Jacobi et al., 2016).

Professionelle Hilfe

Entwickelt ein Mensch derartig ausgeprägte psychische Beschwerden, sodass er selbst und auch sein soziales Umfeld diesen zunehmend ohnmächtig gegenüberstehen, wird er zum Patienten. Für ihn wächst die unmittelbare Dringlichkeit und damit der Bedarf fachkundiger externer Hilfe zur Abklärung, Einordnung und Beratung, um die Frage nach dem Vorliegen einer krankheitswertigen psychischen Störung zu klären sowie eine Behandlungsempfehlung zu erhalten. Bereits die schnelle Vergabe einer Diagnose und Indikation durch eine professionelle Instanz zeigt Betroffenen in der Krise auf, dass ihre Symptome adäquat oder Teil einer behandelbaren Erkrankung sind, sie erleben eine Normalisierung ihrer Beschwerden und bereits dadurch eine gewisse Erleichterung.

Es gibt Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, begünstigen. Dazu zählen Krankheitseinsicht, gesicherte Finanzierbarkeit und gute Erreichbarkeit einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis sowie eine positive Erwartungshaltung gegenüber dem Gesundheitssystem (Amboss, 2023). Hier spielt auch die Möglichkeit für Betroffene, Unterstützung bei der Terminsuche zu bekommen, eine wichtige Rolle. Das Versorgungssystem in Deutschland untergliedert sich in den primären, sekundären und tertiären Sektor sowie Beratungsstellen (Struckmann et al., 2021).

Primärversorgung: Hausärzte. In Deutschland wird die primäre medizinische Versorgung von Patienten durch Hausärzte abgedeckt. Damit sind sie erste Anlaufstelle für psychisch erkrankte Menschen, die schnelle Hilfe benötigen. Obwohl dies häufig übersehen wird, haben Hausärzte in der Primärversorgung von Menschen mit psychischen Beschwerden eine wichtige Schlüsselfunktion (Dross, 2001). Hausärzte haben jedoch

oft im Rahmen ihres allgemeinärztlichen Versorgungsauftrags und ihrer begrenzten Abrechnungsmöglichkeiten zu wenig Zeit und Ressourcen, um die Hilfesuchenden einer eingehenden Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der vorgetragenen psychischen oder psychosomatischen Symptomatik zu unterziehen.

Sekundärversorgung: Psychiater, Psychotherapeuten. Niedergelassene Fachärzte in Deutschland bilden den sekundären medizinischen Versorgungssektor. In der Regel überweisen Hausärzte ihre Patienten an diese, sobald eine Indikation dafür gegeben ist. Psychiater, Psychosomatiker und Psychotherapeuten sowie Fachpersonal in Krankenhausambulanzen gehören dem sekundären Gesundheitssektor an, können aber auch ohne Überweisung aufgesucht werden. Die Inanspruchnahme dieser Berufsgruppen für Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen kann die Hausärzte deutlich entlasten.

Bis 2017 war der Zugang zu ambulanten Fachkräften stark begrenzt. So begaben sich lediglich ein Drittel der psychisch Erkrankten in die psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung – dies galt vor allem für Personen mit einer stärkeren Symptombelastung, während vor allem Menschen mit leichter Symptomatik ausschließlich ihren Hausarzt konsultierten (Böcken et al., 2010). Denn jene, die sich auf den Weg zum Psychotherapeuten begaben, um zeitnahe Hilfe in Form von Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung zu erhalten, erwarteten Hürden. Die psychotherapeutische Versorgung erfüllte lange Zeit nicht die Kriterien eines niederschweligen Zugangs im Sinne einer zeitnahen ambulanten Erstversorgung. So lagen Wartezeiten für eine Sprechstunde bei einem Psychotherapeuten vor der Richtlinienreform bei durchschnittlich 3 Monaten, knapp ein Drittel der Wartenden musste je nach Versorgungsdichte deutlich länger warten. Hier muss angefügt werden, dass ein Erstkontakt noch keine Anschlusstherapie bedeutet; das Warten auf eine therapeutische Behandlung dauerte im Schnitt insgesamt 23,4 Wochen und bei Kindern und Jugendlichen 20,4 Wochen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011). Diese Versorgungslage war vor allem für Betroffene in einer akuten psychischen Krise unzumutbar und belastete den primären und tertiären Versorgungssektor mit Fehlinanspruchnahmen von Leistungen, die eigentlich durch den zweiten abgedeckt werden sollten.

Tertiärversorgung: Kliniken. Der tertiäre Versorgungssektor ermöglicht Menschen mit schwerer Belastungssymptomatik einen (teil-)stationären Aufenthalt. Psychosomatische und psychiatrische (Tag-)Kliniken werden vor allem bei zunehmendem Verlust der gesellschaftlichen Teilhabe aufgesucht sowie in Fällen mit eigengefährdendem oder fremdgefährdendem Verhalten. Aus Expertensicht scheint die stationäre Betreuung häufig das kompensieren zu müssen, was im ambulanten Sektor aufgrund von Unterbesetzung und damit einhergehender Wartezeiten verpasst wurde. Laut einer Befragung von 451 Chefärzten psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken ging die Mehrheit der Befragten davon aus, dass es weniger Klinikeinweisungen gäbe, wenn ambulante Therapie ausreichend verfügbar wäre, zwei Drittel der Ärzte (66 %) sahen unzumutbare Wartezeiten auf einen Therapieplatz als Grund für eine Fehlinanspruch-

nahme von Notfallstrukturen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

Beratungsstellen. Weitere Unterstützungsangebote für psychisch Erkrankte werden durch Beratungsstellen staatlicher, kirchlicher oder anderweitig karitativer Leistungsträger erbracht. Im Unterschied zu einer Psychotherapie dürfen bei Beratungsangeboten jedoch keine psychischen Störungen mit Krankheitswert behandelt werden, es dürfen nicht einmal Diagnosen gestellt werden (Pro Psychotherapie e.V., o.J.). Psychische Störungen werden nur unterstützend begleitet, beispielsweise in Form von Soziotherapie. Berater arbeiten also grundsätzlich nicht psychotherapeutisch bzw. dürfen sie es auch nicht (Linden, 2016). Sie sind jedoch oft eine niederschwellige Erstanlaufstelle für Menschen mit akuten psychischen Beschwerden oder einer psychischen Krise.

1.1.2 Herausforderungen in der ambulanten Versorgung akut psychisch Kranker

Die im vorigen Abschnitt dargestellte Versorgungslage war vor allem für jene Betroffene unzumutbar, deren Krankheitswert eine hohe Akuität aufweist (Akuität = akuter Verlauf einer Krankheit; akutes Krankheitsbild). Gerade an dieser Zielgruppe zeigte sich besonders deutlich, dass die Notfallversorgung in Deutschland unübersichtlich war, einzusetzende Strukturen und Interventionen im Umgang mit ihrer Symptomatik nicht immer klar voneinander abgrenzbar waren. Verschiedene Berufsgruppen, von Krisenhelfern über Psychiater bis hin zu Psychotherapeuten in unterschiedlichen Settings – ambulant, stationär oder teilstationär – intervenierten; häufig kam es nach Expertenmeinung zu Fehlinanspruchnahme von Notfallstrukturen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

Hier bestand in der psychotherapeutisch-ambulanten Versorgung bis 2017 deutlicher Handlungsbedarf. Um an der ambulanten Erstversorgung psychisch belasteter und erkrankter Menschen in Deutschland mitwirken zu können, forderten Psychotherapeuten die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen, die ihnen eine rasche und unbürokratische Diagnostik bzw. Intervention ermöglichen. Gefordert wurden Vorschläge für die therapeutische, aber auch institutionelle Umsetzung.

1.1.3 Die neuen Psychotherapie-Richtlinien

Vor der Einführung der neuen Richtlinien 2017 lag die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen bei ungefähr 27,8% aller Erwachsenen in Deutschland (Jacobi et al., 2016). Damit hat sich laut Bundespsychotherapeutenkammer (2019) der Bedarf an Psychotherapie in den letzten 20 Jahren beinahe verdoppelt.

Psychotherapie ist bei psychischen Erkrankungen und entsprechender Indikation eine Kassenleistung. Eine Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung bedeutet für die Krankenkasse eine Versorgungsverpflichtung gegenüber ihren Mitgliedern und damit die Aufgabe, hilfesuchenden Betroffenen eine Behandlung in einem zumutbaren Zeitraum anzubieten. Gerade Menschen mit psychischen Beschwerden, vor allem jedoch Menschen in einem akuten psychischen Ausnahmezustand benötigen einen zeitnahen, niedrigschwelligen Zugang zu einer koordinierten medizinisch-psychotherapeutischen Erstversorgung.

Die in Deutschland durch die Krankenkassen bezahlte Psychotherapie soll die Ansprüche der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Angemessenheit gegenüber den Kassen, den Kranken sowie deren Angehörigen erfüllen. Um diesen Erfordernissen gerecht zu werden, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Richtlinien zur Sicherung der vom Gesetzgeber vorgelegten Erfordernisse. Die Richtlinien dienen als Grundlage einer adäquaten Durchführung von Psychotherapie im vertragsärztlichen Versorgungssystem (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024). Durch sie wird festgelegt,

- welche psychischen Belastungen in das Spektrum einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung fallen,
- welche psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung geeignet sind,
- wie der Prozess der Anzeige-/Antrags- und Gutachterverfahren zwischen den Kassen und den Psychotherapeuten abläuft,
- welchen Umfang die Therapie haben, welcher Art Therapie stattfinden und wie die Therapie durchgeführt werden soll.

Aufgrund der Notlage im medizinischen Versorgungsnetz Deutschlands hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Gesetzentwurf zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingereicht. Das Gesetz sollte der flächendeckenden Versorgung im ambulanten medizinischen Setting, der leichteren Erreichbarkeit von ärztlichen Leistungen und der Förderung von neuwertigen Versorgungsformen dienen. Schließlich beschloss der Bundestag 2015 das »Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung«, kurz GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG. Das Gesetz sah vor, dass die G-BA die Psychotherapie-Richtlinien mit Hilfe einer Flexibilisierung der in ihr enthaltenen Elemente erweitert (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016).

Gefordert wurde die Einrichtung einer zeitnahen psychotherapeutischen Sprechstunde (PTS), in der eine (vorläufige) Diagnose, Indikation zum weiteren Vorgehen und

Beratung über verschiedene Versorgungsangebote stattfinden sollte. Durch das Verkürzen der bisherigen Zeiten, in denen Patienten auf ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten warten mussten, sollte gewährleistet werden, dass Betroffene möglichst bald aufgeklärt werden. Weiterhin sollte eine Akutversorgung bei einer psychischen und psychosomatischen Krise und einem Ausnahmezustand psychisch Kranker etabliert werden, in der lange Anamneseverfahren und bürokratische Hürden übersprungen werden und die Behandlung der Betroffenen unmittelbar beginnt. Zudem wurde auf die Förderung von Gruppentherapie hingewiesen, um einer größeren Zahl an Versicherten einen zeitnahen Therapieplatz anbieten zu können. Hierbei sollten Umsetzungshindernisse, die der Gruppentherapie im Wege stehen, aus dem Weg geräumt werden. Schließlich sollte die Rezidivprophylaxe als wesentliches psychotherapeutisches Element gestärkt werden, um dem Wiederauftreten bereits behandelter psychischer Symptome entgegenzuwirken.

Am 12. März 2014 wurde die Arbeitsgruppe »Strukturreform der ambulanten PT« eingerichtet. Vonseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie der KGV-SV wurden von April bis Juni 2016 die Stellungnahmen eingeleitet und durch Vorschläge der Patientenvertretung ergänzt. Schließlich kam es am 16. Juni 2016 zur Beschlussfassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, seit 1. April 2017 sind die neuen Psychotherapie-Richtlinien mit Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und psychotherapeutischen Akutbehandlung in Kraft. Wie vorgesehen wurden diese 2021 um die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (GPTG) erweitert.

In Kapitel 2 dieses Buchs werden diese Maßnahmen im Einzelnen erörtert.

PATRICK MARKEY

1.2 Erstversorgung und Krisenintervention in anderen Ländern

In diesem Unterkapitel erfahren Sie, ...

- welche Interventionen es in verschiedenen Ländern gibt,
- über Programme zur akuten Versorgung in einigen Ländern,
- was die Niedrigintensive Kognitive Verhaltenstherapie ist und
- Inhalte über die Wirksamkeit kurzzeitiger Behandlungen.

1.2.1 Vorbemerkungen

Im internationalen Vergleich zeigt sich vor allem, dass es wenig direkt vergleichbare Angebote zu der in Deutschland seit 2017 in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Akutbehandlung gibt. Zwar gibt es in vielen Ländern Konzepte der Erstversorgung,

jedoch wird hier vergleichsweise selten der professionellen ambulanten Betreuung von akuten psychischen Ausnahme- oder Krisenzuständen ein so hoher Stellenwert beigemessen. Behandlungsbedürftige Krisenzustände werden oft eher mit einem psychiatrisch relevanten stationären Setting in Verbindung gebracht.

Es sei darauf hingewiesen, dass hier kein lückenloser Überblick über sämtliche Erstversorgungsangebote bei akuter psychischer Symptomatik in unterschiedlichen Ländern geleistet werden kann. Ein solches Unterfangen würde einerseits vom Umfang her mit Leichte ein komplettes eigenes Buch füllen und wäre andererseits aufgrund sprachlicher Hürden nur schwierig zu bewerkstelligen, da Informationen zu nationalen Versorgungsangeboten oftmals nur in Landessprache vorliegen. Aufgrund dessen beschränkt sich der folgende Überblick vornehmlich auf Angebote aus dem europäischen bzw. angloamerikanischen Sprachraum. Es soll hier ein repräsentativer Einblick in die Erstversorgung bei psychischen Krisen und Akutzuständen gegeben werden, im Lichte dessen sich die in Kapitel 1.1 geschilderte aktuelle Versorgungslage in Deutschland, mitsamt der psychotherapeutischen Sprechstunde (PTS) und der psychotherapeutischen Akutbehandlung (PTAB), eingehender betrachten und in Bezug setzen lässt.

Der Umfang einer durch die gesetzliche Krankenkasse übernommenen Psychotherapie im Rahmen der Erstversorgung variiert in verschiedenen Ländern, ist aber oftmals grob vergleichbar mit den in Deutschland verfügbaren Anfangskontingenzen der psychotherapeutischen Akutbehandlung (12 50-minütige Sitzungen) bzw. der Richtlinien-Kurzzeittherapie (2 × 12 50-minütige Sitzungen). In den USA beispielsweise ist Psychotherapie eine Leistung, die von den gesetzlichen Versicherungsprogrammen Medicaid und Medicare übernommen wird, jedoch hängen genauere Bedingungen der Kostenübernahme von dem jeweiligen Bundesstaat, Anbieter und Versicherungsplan ab, den man ausgewählt hat. In der Regel sind 8 Therapie- oder Beratungsstunden pro Jahr abgedeckt bzw. muss ein anteiliger Betrag selbst gezahlt werden, wobei es für die grundsätzliche Anzahl an absolvierten Therapiestunden pro Jahr keine Höchstgrenze gibt – insofern als dass eine klare Indikation dafür vorliegt. Interessanterweise zählt zu den explizit als von den gesetzlichen Versicherungen übernommenen Leistungen auch eine »Psychotherapy for Crisis«, also eine Krisenpsychotherapie. Ziel dieser ist eine Kriseneinschätzung, Stabilisierung, Mobilisierung von Ressourcen und Minimierung von psychischen Traumata in akuten, komplexen oder lebensbedrohlichen Situationen (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024; Medicare Coverage Database, 2020; NC Medicaid, 2021). Der Beschreibung nach mutet diese am ehesten als mit der PTAB vergleichbar an, ist jedoch nicht explizit an einen bestimmten zeitlichen Umfang geknüpft.

In Großbritannien werden verschiedene Arten von Psychotherapie von der gesetzlichen Krankenversicherung (den National Health Services, NHS) übernommen, auch ohne ärztliche Überweisung. Im Vordergrund stehen hierbei oft Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie mit einem Kontingent von 5 bis 20 Einheiten zu 30 bis 60 Minuten (National Health Service, 2021). Zum Vergleich werden in Australien bis zu 10 Einheiten Psychotherapie pro Kalenderjahr von der gesetzlichen Versicherung über-

nommen (Australian Government, Services Australia, 2023) und in der Schweiz nach vorheriger Anordnung einer ärztlichen Fachperson jeweils zweimal 15 Stunden, also insgesamt 30 Stunden, oder zuerst 10 Stunden Krisenintervention bzw. Kurztherapie und anschließend noch 20 Stunden reguläre Therapie (Bundesamt für Gesundheit, 2022). Auch hier kann die 10-stündige Krisenintervention als analog zu der PTAB in Deutschland angesehen werden.

Als anschauliches und die internationale Entwicklung prägendes Beispiel für Ansätze in der psychotherapeutischen Erstversorgung sei hier eingangs ein Blick über die Nordsee geworfen, in ein soeben erwähntes Land, das seit einigen Jahren dabei ist, sein Erstversorgungsnetzwerk gründlich umzukrempeln.

1.2.2 Beispiel Großbritannien

National-Health-Service-Reform

In Großbritannien hat der staatliche Gesundheitsdienst, der National Health Service (NHS), im Jahr 2019 ein groß angelegtes Programm ins Leben gerufen, dessen Ziel es ist, die Gesundheitsversorgung in regionalen Fünfjahresplänen umfassend und langfristig neu zu gestalten (National Health Service, 2020). Ein Eckpfeiler dieses Programms widmet sich der psychischen Gesundheit und formuliert das Ziel, eben jene versorgungstechnisch mit der körperlichen Gesundheit gleichzustellen (für einen umfassenden Überblick siehe Robinson, 2019). Hierbei wird auch auf die Versorgung von akuten Ausnahme- und Krisenzuständen eingegangen, dazu gehören insbesondere folgende Maßnahmen:

- *Einrichten von Home Treatment Teams (HTT):* Hierbei handelt es sich um einen gemeindenahen Dienst bestehend aus mobilen Teams, die Menschen bei der Bewältigung einer schweren psychischen Krise unterstützen, indem sie gemeinsam mit der Familie und dem sozialen Netzwerk der Betroffenen arbeiten. Das Angebot ist prinzipiell rund um die Uhr verfügbar und greift auf Hausbesuche und telefonische Gespräche zurück. Grundsätzlich sind diese Maßnahmen kurzfristig und intensiv. Das heißt, sie werden durchschnittlich über eine Dauer von 2 bis 3 Wochen angeboten und können, je nach Bedarf, bis zu zwei bis drei Besuche täglich umfassen. Ziel hierbei ist es, Patienten, bei denen normalerweise ein stationärer Aufenthalt indiziert wäre, eine alternative Behandlung in ihrem gewohnten räumlichen und sozialen Umfeld zu ermöglichen. Dies ist einerseits für die Patienten schonend und mit einer möglichst geringen Umstellung verbunden, andererseits werden so vor allem die Krankenhäuser entlastet. Hinzu kommt, dass möglichst effizient krankheitsrelevante Faktoren aus dem sozialen Umfeld der Betroffenen direkt adressiert und geändert werden können.
- *Krisenalternativen, Ausbau des niederschwellige psychosozialen Angebots:* Durch gezielte Förderung werden niederschwellige, oft aus dem Freiwilligensektor stammende Dienste auf- und ausgebaut. Dazu gehören z.B. Krisencafés, Krisenhäuser

und »Safe Havens«. Save Havens stellen einen sicheren Zufluchtsort außerhalb regulärer stationärer Einrichtungen dar, die in den Abend- oder Nachtstunden geöffnet haben und oft von Betroffenen für Betroffene (mit-)gestaltet werden.

- *Schneller, unkomplizierter Zugang zu dringend benötigter Unterstützung:* Im Rahmen dessen wurde eine landesweit gültige, einprägsame Notrufnummer, die 111, eingerichtet bzw. ausgeweitet, die bei akuten psychischen Krisen angerufen werden kann. Analog dazu gibt es eine begleitende Website (<https://111.nhs.uk>), auf der man zwecks einer ersten Eingrenzung und Indikationsstellung einen Fragebogen zur vorliegenden Symptomatik durcharbeiten kann. Basierend auf den gegebenen Antworten werden Hilfesuchende an eine für diesen Fall geeignete Fachperson weitergeleitet oder die Betroffenen erhalten von dieser einen Rückruf innerhalb von 30 Minuten.

Improving Access to Psychological Therapies bzw. Talking Therapies, for anxiety and depression

Ein weiterer Eckpfeiler in der Versorgung der psychischen Gesundheit in Großbritannien ist das Programm »NHS Talking Therapies, for anxiety and depression«, das sich direkt der ambulanten Psychotherapie widmet und damit am zutreffendsten mit der psychotherapeutischen Akutbehandlung in Deutschland vergleichbar ist. Es handelt sich um ein Programm, das ursprünglich Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) hieß und 2008 ins Leben gerufen wurde. Die Initiative dazu basierte auf einem zwei Jahre zuvor veröffentlichten Bericht von der London School of Economics, in dem argumentiert wurde, dass ein weitflächiger Ausbau des Zugangs zu ambulanter psychotherapeutischer Versorgung langfristig kostensparend sei, da diese eine schnelle Reduktion von Arbeitsausfallzeiten bewirke (Layard & CEP Mental Health Policy Group, 2006). Das IAPT zielte darauf ab, im Rahmen der medizinisch-therapeutischen Erstversorgung (einem »Primary Care Setting«) Personen mit affektiven, Angst- oder Zwangsstörungen unkomplizierten Zugang zu evidenzbasiertem Psychotherapie zu ermöglichen. 2021/2022 wurden durch dieses Angebot 1,2 Millionen Menschen erreicht, bis Ende 2024 wird angestrebt, jährlich 1,9 Millionen Betroffene anzubinden (National Health Service England, 2023). Grundsätzlich basiert das IAPT auf einem gestuften Versorgungsmodell (Stepped-Care), das Interventionen anhand ihres Grades an Intensität bzw. Intrusivität kategorisiert und immer an einer dem Störungsbild angemesenen, niedrigstmöglichen Intensität ansetzt (siehe hierzu auch die in Kapitel 1.1 erwähnte analoge Einteilung für den deutschsprachigen Raum in primäre, sekundäre und tertiäre medizinische Versorgung). So besitzen angeleitete Selbsthilfegruppen beispielsweise eine niedrige Intensität und akute Klinikeinweisungen eine sehr hohe. Ambulante Psychotherapien (talking therapies) sind in diesem Rahmen relativ weit unten angesiedelt, besitzen also eine verhältnismäßig niedrige Intrusivität und haben daher hier eine untergeordnete Relevanz bei akuten psychischen Ausnahme- oder Krisenzuständen. Sie dienen eher der Prävention und sollen verhindern, dass Patienten an Krankenhäuser, Tageskliniken, andere spezialisierte Einrichtungen oder an Com-

munity Mental Health Teams (die Interventionen mit höherer Intensität bieten) verwiesen werden müssen. In einer Überblicksarbeit zum Thema, die 24 verschiedene publizierte Studien mit einbezieht, kommen Martin et al. (2022) zu dem Schluss, dass das IAPT zwar vielversprechend erscheint, jedoch nicht ausreichend ist, um der komplexen Realität und den vorzufindenden Bedürfnissen der Betroffenen gänzlich gerecht zu werden.

Auch wenn im Rahmen eines gestuften Versorgungsmodells im internationalen Vergleich eine ambulante Psychotherapie einerseits meist nicht als direkte Intervention bei einer akuten Krise angesetzt wird und andererseits oft auch eher mittel- bis langfristig verortet wird, gibt es Ausnahmen. Huxley et al. (2019) berichten beispielsweise von zwei verschiedenen in New South Wales, Australien, durchgeführten Studien. Bei diesen wurde bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung, die sich in einer akuten Krise befanden, eine kurze Intervention bestehend aus vier ambulanten Psychotherapie-Einheiten durchgeführt. Bereits diese kurze Maßnahme vermochte es, die Betroffenen ausreichend zu stabilisieren bzw. deren Leiden in signifikantem Ausmaß zu verringern und selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken deutlich zu reduzieren.

1.2.3 Beispiel Schweiz, Griechenland und angloamerikanischer Raum

Das Konzept der Community Mental Health bzw. Home Treatment Teams (Kap. 1.2.2) ist nicht nur in Großbritannien erprobt, sondern wird in ähnlicher Form in verschiedenen Ländern angewandt. So konstatiert eine im Kanton Aargau in der Schweiz durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie mit 707 Patienten, die sich in einer psychischen Krise befanden, dass mit Home-Treatment-Angeboten hier zumindest die Dauer der benötigten Krankenhausaufenthalte im Laufe der folgenden 2 Jahre um gute 30 % reduziert werden konnte. Die gesamte Behandlungsdauer und durchschnittliche Anzahl der Krankenaufenthalte reduzierte sich zwar bei Gebrauch von Home Treatment auch leicht, allerdings nicht in statistisch signifikantem Ausmaß (Stulz et al., 2020).

In Griechenland existiert ein vergleichbares Konzept: Ein gemeindenahes Crisis Resolution Team (CRT) kümmert sich ambulant um Menschen, die sich in einer akuten Episode einer schweren psychischen Störung befinden und normalerweise stationär behandelt würden. Das CRT besteht aus professionell geschulten Mitgliedern, nämlich einem Psychiater, einem Psychologen, einem Sozialarbeiter, einem psychiatrischen Krankenpfleger sowie einer freiwilligen Gesundheitsfachkraft. Die Aufgabe dieses Teams ist die Evaluation, Behandlung und Stabilisierung der Kranken in Kooperation mit anderen gemeindenahen Versorgungsangeboten und dem relevanten sozialen Umfeld und damit letztlich das Verhindern einer Krankenhausinweisung. Unter Einbezug von 225 Patienten, die im Zeitraum von September 2017 bis September

2020 in Athen im Rahmen eines CRT behandelt wurden, zeigte sich im Vergleich zu einer regulären stationären Behandlung eine signifikante Verbesserung im Gesundheitszustand, in der Zufriedenheit und in der Lebensqualität, wenngleich jedoch nicht im allgemeinen Funktionsniveau (Koureta et al., 2022).

Ähnlich gelagert und international weit verbreitet sind auch Konzepte der Assertive Community Treatment (ACT). Dieser ursprünglich auf Stein und Test (1980) zurückgehende Ansatz stellt ein gemeindenahes Vorgehen dar, bei dem sich ein multi-professionelles Team um Menschen mit einer schweren psychischen Störung kümmert. Es wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, bei dem die unmittelbaren Bedürfnisse und persönlichen Ziele der Betroffenen im Vordergrund stehen. Sie bekommen auch Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, der Wohnungssuche, den Finanzen und bei allem anderen, was für eine erfolgreiche Eingliederung in die Gemeinschaft sinnvoll ist (Bond & Drake, 2015). Auch bei der ACT ist eines der primären Ziele die Senkung der Hospitalisierungsrate. Zahlreiche Studien – primär aus dem anglo-amerikanischen Raum stammend, wo dieser Ansatz am prominentesten vertreten ist – belegen auch, dass teilnehmende Patienten weniger Krankenhausaufenthalte benötigen und die ACT wirksamer und kosteneffizienter ist als herkömmliche Behandlungsansätze (Phillips et al., 2001). Nicht immer konnten solche Ergebnisse jedoch repliziert werden, hier gilt es offenbar genau zu beachten, unter welchen Bedingungen die ACT am wirksamsten ist. Zwar geben Patienten so gut wie immer im Vergleich mit Kontrollgruppen an, in einem solchen gemeindenahen Versorgungssetting zufriedener zu sein (Olfson, 1990), allerdings scheint eine tatsächliche Steigerung des Wohlergehens vor allem bei solchen Patienten vorzuliegen, die eine schwere Symptomatik zeigen und bereits mehrere stationäre Aufenthalte hinter sich haben. Zudem scheint die ACT besonders in solchen Ländern oder Regionen erfolgreich zu sein, in denen das Angebot bzw. Netzwerk der bereits vorhandenen Psychosozialen Dienste eher schwach ausgeprägt ist (Bond & Drake, 2015).

1.2.4 Beispiel Australien

Über das bloße Senken der Hospitalisierungsrate hinausgehend wurde international übergreifend in den letzten beiden Dekaden erkannt, dass es bei psychischen Störungen sinnvoll, wenn nicht sogar notwendig ist, möglichst früh zu intervenieren und möglichst niederschwellige Hilfs- und Orientierungsangebote zu setzen. Ein in diesem Zusammenhang weit verbreitetes Konzept ist das der Mental Health First Aid (MHFA), zu Deutsch in etwa »Erste Hilfe für psychische Gesundheit«. Diese Bezeichnung ist natürlich in Anlehnung an das Konzept der konventionellen Ersten Hilfe gewählt, bei der es darum geht, in medizinischen Notfällen mit Hilfe von Maßnahmen, die von jedem – also auch von Laien – gesetzt werden können, die Zeit bis zum Eintreffen professioneller Hilfe zu überbrücken und so akut drohende Gefahren für die Gesundheit abzuwenden.

Das Mental-Health-First-Aid-Konzept wurde Anfang des Jahrtausends in Australien entwickelt (Kitchener & Jorm, 2002) und hat sich seitdem in mehr als 25 Ländern ausgebreitet, mit über 5 Millionen darin ausgebildeten »Ersthelfenden« (Mental Health Commission of Canada, 2002). Laut der staatlichen Mental Health Commission of Canada richtet sich die MHFA an Personen, die ein psychisches Problem entwickeln, sich in einer psychischen Krise befinden oder deren psychische Gesundheit sich verschlechtert. Die Erste Hilfe soll dann so lange geleistet werden, bis adäquate professionelle Unterstützung gefunden oder die Krise überwunden wurde (Mental Health Commission of Canada, 2021). Bei den MHFA-Kursen handelt es sich in aller Regel um standardisierte Trainingsprogramme, die grob auf fünf Schritten basieren:

1. Risiko für Suizidalität oder Selbstverletzung abschätzen
2. Zuhören, ohne zu bewerten
3. Beruhigen, bestärken und informieren
4. Ermutigen, sich angemessene professionelle Hilfe zu suchen
5. Ermutigen zu Selbsthilfestrategien

Dass solche Programme einen positiven Effekt auf ihre Teilnehmenden haben, wurde in wissenschaftlichen Studien und Metaanalysen wiederholt deutlich belegt, und zwar vornehmlich dadurch, dass sich das Wissen über psychische Gesundheit verbessert, negative Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen verringert werden und sich die berichtete Hilfsbereitschaft ihnen gegenüber erhöht (Hadlaczyk et al., 2014; Kitchener & Jorm, 2006; Liang et al., 2021; Morgan et al., 2018). Ob diese positiven Effekte sich allerdings letztlich auch auf ein höheres Wohlergehen bzw. schnelleres und effizienteres Hilfesuchen der Betroffenen auswirken, ist indes weniger leicht zu untersuchen und bleibt vorerst unbeantwortet. Dennoch hat sich die MHFA durch die gute wissenschaftliche Evidenz und durch die hohe Wiedererkennbarkeit durch konzeptuelle Nähe zur klassischen Ersten Hilfe sehr rasch durchgesetzt und wird in vielen Ländern durch Implementierung von staatlichen Gesundheitsbehörden unterstützt (Jorm et al., 2019; Kitchener & Jorm, 2008).

Es sei darauf verwiesen, dass die MHFA nicht mit der Psychological First Aid (PFA) zu verwechseln ist, einem aus den USA stammenden und unter anderem auch von der WHO verwendeten Ansatz, um von Katastrophen oder Krisen traumatisierten Menschen schnell Unterstützung zu leisten und ihnen zu helfen bzw. ihre Resilienz zu fördern (siehe z. B. Shultz & Forbes, 2014).

Ebenfalls aus Australien stammt das unabhängige, gemeinnützige Beyond-Blue-Programm (BB) das sich sowohl durch Spendengelder als auch durch staatliche Förderung der australischen Regierung finanziert. Herzstück von BB ist die zugehörige Website beyondblue.org.au, auf der man schnell und unkompliziert eine erste Anlaufstelle zum Thema Unterstützung der psychischen Gesundheit findet. Dabei werden mehrere Optionen für Betroffene und deren Angehörige angeboten, die sie, der individuellen Lage und den aktuellen Bedürfnissen entsprechend, nutzen können. Hierunter fallen:

- Online-Peer-Support-Foren, in denen man anonym mit anderen Menschen, die sich in einer vergleichbaren Lage befinden, kommunizieren kann. Hier können in

einem gemeinschaftlichen Miteinander Erfahrungen und Ratschläge ausgetauscht sowie neue Kontakte geknüpft werden.

- Ein Telefongespräch oder ein Online-Chat mit einem professionellen Berater, in dem die eigene Lage aufgefangen und eingeordnet werden und eine erste Weitervermittlung erfolgen kann. Ein solches Gespräch mit einem professionellen Berater ist rund um die Uhr zum Ortstarif möglich und nimmt in der Regel ca. 20 Minuten in Anspruch.
- Die kostenfreie Inanspruchnahme von sechs Therapieeinheiten bei einer Fachperson für psychische Gesundheit – einem Mental Health Coach. Im Rahmen eines speziell hierfür angelegten Programms wird eine strukturierte, evidenzbasierte Behandlung angeboten, eine sogenannte Niedrigintensive Kognitive Verhaltenstherapie (→ Kap.1.3).
- Eine Auflistung verschiedener professioneller Fachkräfte – also Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten – inklusive einer kurzen Beschreibung der jeweiligen Tätigkeitsfelder und Kontaktmöglichkeiten.
- Kurze Screening-Fragebögen zur psychischen Gesundheit zum Ausfüllen. Hilfesuchende können so die eigene Symptomatik besser einordnen. Ergänzt wird dies durch bündige und anschauliche Psychoedukation in Form von kurzen Texten und Videos.

Ein ähnliches Konzept verfolgt auch das australische Online-Portal Lifeline, das schnelle und unkomplizierte Hilfe bei psychischen Krisen bzw. akuten Ausnahmesituationen bietet. Einerseits gibt es rund um die Uhr drei verschiedene Möglichkeiten der Kontaktaufnahme: telefonisch, per SMS oder direkt online per Chat. Andererseits findet sich auf der Website ein ansprechend gestalteter Selbsthilfebereich, der übersichtlich gestaltet umfassende Informationen zu verschiedenen Störungsbildern liefert, sowie evidenzbasierte Ansätze und Methoden, die Betroffene im Umgang mit ebenjenen Störungsbildern anwenden können, um eine erste Linderung der Symptomatik zu erfahren.

Webbasierte und vor allem telefonische erste Anlaufstellen bei psychischen Krisen sind natürlich nicht nur in Australien zu finden, sondern weltweit. Über das Webportal findahelpline.com lassen sich z.B. in über 130 verschiedenen Ländern themenspezifische Telefonnummern suchen, an die man sich in einem psychischen Ausnahmestand wenden kann. Die am häufigsten anzufindenden Telefon-Hotlines sind solche für Suizidprävention und für von häuslicher Gewalt Betroffene, jedoch gibt es in vielen Ländern Anlaufstellen für zahlreiche verschiedene Themen, von Angststörungen bis hin zu Substanzabhängigkeit und vieles anderes mehr.

1.2.5 Fazit

Im internationalen Vergleich mit Fokus auf Europa lässt sich feststellen, dass vor allem die großangelegte Umstrukturierung bzw. Reformierung des Gesundheits- und Versorgungssystems in Großbritannien den modernen Zugang zur psychotherapeutischen Erstversorgung und Intervention bei psychischen Krisen entscheidend mitgeprägt hat. Ein wichtiges Element dessen ist das Bereitstellen eines möglichst breitflächigen und niedrigschwelligen Zugangs zum Versorgungssystem für so viele Menschen wie möglich. Gewährleistet wird dies vor allem durch das Einbetten von therapeutischen Angeboten in ein gestuftes Versorgungssystem. Die Eingliederung in dieses System, also welches Angebot wann wahrgenommen wird, richtet sich einerseits nach der Akuität, also der aktuell vorhandenen Dringlichkeit bzw. Präsenz der Symptomatik, und andererseits danach, wie stark ausgeprägt die Symptomatik ist. Erste Anlaufstellen im Versorgungssystem, die sich auf den unteren Stufen befinden, sollen vor allem bei hoher Akuität und leichter bis mittlerer Symptomausprägung aufgesucht werden bzw. eine wirksame Anbindung anbieten. Diese ersten Anlaufstellen sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass das zeitliche Kontingent und die direkte professionelle therapeutische Betreuung vom Umfang her vergleichsweise begrenzt sind. Dies wird kompensiert durch einen größeren Anteil an Elementen der Selbsthilfe und die verstärkte Einbindung von therapeutischen Gruppenangeboten sowie die Nutzung technischer Mittel bzw. Plattformen zur Unterstützung, wie Computerprogramme, umfangreiche Websites oder Gesundheits-Apps. Zudem wird, wo möglich, das Umfeld der Betroffenen mit einbezogen und viele Aspekte der Betreuung innerhalb eines multiprofessionellen Teams verteilt oder an Nicht-Experten delegiert. Zeigt sich, dass eine therapeutische Anbindung innerhalb einer unteren Stufe mit vergleichsweise niedrig-intensiver Betreuung nicht oder nicht ausreichend wirksam ist, begibt sich der Patient dann in die nächsthöhere Stufe.

Im Rahmen dieser internationalen Entwicklung hin zu einem gestuften Versorgungsmodell des Gesundheitssystems, die vor allem in Großbritannien und auch Australien begann und inzwischen in vielen Ländern sich durchgesetzt hat (Powell et al., 2024), lässt sich die Strukturreform der Psychotherapie in Deutschland ansiedeln (siehe dazu auch z. B. Abels et al., 2023). Auch wenn die seit 2017 eingeführte Akutbehandlung gemeinsam mit der Sprechstunde mit insgesamt 15 Therapieeinheiten durch professionelle Psychotherapeuten vergleichsweise höherintensiv daherkommt, so bietet sie in ihrer Konzeption eine schnelle, bedarfsgerechte und niederschellige Anbindung von Patienten. Insbesondere auch, weil die Nationale Versorgungsleitlinie zur Behandlung von Depressionen vor allem bei leichten Depressionen eine eindeutige Empfehlung für niedrigintensive Interventionen ausspricht und letzten Endes schon die psychotherapeutische Sprechstunde als niedrigintensive bzw. niederschellige Maßnahme angesehen werden kann (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2022).

1.3 Niedrigintensive Kognitive Verhaltenstherapie

Das Konzept der in Kapitel 1.2.4 erwähnten Niedrigintensiven Kognitiven Verhaltenstherapie (NI-KVT) soll hier näher erläutert werden, da es konzeptuell Parallelen zu der in Deutschland angebotenen psychotherapeutischen Akutbehandlung aufweist und beide Ansätze das Ziel verfolgen, Menschen mit einer akuten psychischen Störung bedarfsgerecht zu versorgen. Erreicht werden soll dies durch einen zeitnahen, möglichst niedrigschwelligen Zugang zu evidenzbasierten psychologischen Therapiemaßnahmen (Wabnitz et al., 2017). Vom Umfang her ist die NI-KVT auf eine vergleichsweise geringe Sitzungsanzahl beschränkt, die sich meist um 6 Stunden herumbewegt. Shafraan et al. (2021) definieren NI-KVT als Verhaltenstherapie, die 6 oder weniger Stunden von jeweils höchstens 30 Minuten beinhaltet, bei der Selbsthilfe-Unterlagen genutzt und die Maßnahmen von ausgebildeten Fachkräften oder Unterstützern durchgeführt werden. In der Regel handelt es sich bei den Fachkräften, die eine NI-KVT durchführen, jedoch nicht um approbierte Therapeuten, sondern um Personen, die spezifisch hierfür ein Training absolviert haben. Neben einer Einzeltherapie in persona bieten sich als besondere Formen der Vermittlung der NI-KVT sowohl die webbasierte Darbietungsform als auch ein Setting in der Gruppe an, da dies beides Maßnahmen sind, die die Patientenbetreuung für die Behandler erleichtern bzw. das zeitliche Ausmaß minimieren.

Da der Ausbildungsumfang für NI-KVT-Therapeuten verhältnismäßig gering ist – er bewegt sich meist irgendwo zwischen einem eintägigen Workshop und einem dreimonatigen Curriculum –, erscheint es realistisch, dass hier ein Therapieangebot zeitlich flexibel und bedarfsgerecht erschaffen bzw. der aktuellen Versorgungslage entsprechend angepasst werden kann. Da die angewandten Interventionen der Kognitiven Verhaltenstherapie entstammen, kann hier auch von einer Evidenzbasierung ausgegangen werden. Aufgrund der geringen Anzahl an vorgesehenen Therapiestunden stellt sich jedoch vor allem die Frage nach der Wirksamkeit. Wie viel kann man in wenigen Therapiestunden erreichen?

Eine erste Beantwortung dieser Frage ergab sich aus einer Evaluation ein Jahr nach der Einführung des IAPT in Großbritannien (Gyani et al., 2013): Niedrigintensive Interventionen der angeleiteten Selbsthilfe führten bei 38,4% der Personen, die an einer Depression litten, zu einer vollständigen Remission. Bei Personen, die an einer generalisierten Angststörung litten, lag der Anteil derer, die eine komplett Remission erreichten, bei 54,1%, und bei Personen mit »Angst und depressive Störung gemischt« bei 35,3 %. Diese Werte sind mit denen von hochintensiven kognitiven verhaltenstherapeutischen Maßnahmen vergleichbar. Betont wird hierbei auch die besondere Bedeutung des gestuften Versorgungsmodells, bei denen Betroffene, bei denen eine niedrigintensive Intervention nicht ausreicht, anschließend »hochgestuft« werden und eine reguläre Psychotherapie absolvieren.

Aber auch aktuelle Beantwortungen der oben gestellten Frage finden sich: Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2024 widmet sich z.B. spezifisch verschiedenen Formen der NI-KVT für Patienten mit generalisierter Angststörung, darunter Selbsthilfe-Interven-

tionen, angeleitete Selbsthilfe-Interventionen und psychoedukative Gruppen. Sie kommt zu dem Schluss, dass die NI-KVT mit mittleren Effektstärken sowohl zu einer Verbesserung der Ängstlichkeit ($g = -0,63$), der depressiven Symptomatik ($g = -0,84$) und der Sorgen ($g = -0,64$) beiträgt, die die Kernsymptome der generalisierten Angststörung darstellen (Powell et al., 2024).

1.4 Wirksamkeit kurzzeitiger psychotherapeutischer Behandlungen

Es gibt in der Literatur durchaus kritische Stimmen zur zeitlichen und umfänglichen Limitierung von psychotherapeutischen Angeboten: Das Wissen darum, dass die verfügbare Stundenzahl begrenzt ist, könne per se einen Einfluss auf den therapeutischen Verlauf haben, was bisher großteils unerforscht blieb (Geest & Meganck, 2019). In der Praxis spielen jedoch in vielen Fällen Überlegungen der Effizienz und Wirtschaftlichkeit eine wichtige Rolle, wodurch sich eher die Frage nach der Angemessenheit bestimmter kürzerer Therapiekontingente stellt, nicht zuletzt auch in Hinblick auf die knapp bemessenen Einheiten der psychotherapeutischen Akutbehandlung.

Zwar kann die Wirksamkeit niedrigintensiver kognitiver verhaltenstherapeutischer Interventionen als mehr als nur ein indirekter Hinweis darauf gesehen werden, dass eine verhältnismäßig geringe Anzahl an Psychotherapiestunden bereits eine Wirkung erzielt, jedoch ist damit nicht die Frage nach dem genaueren Verlauf der Wirksamkeit einer Behandlung in Bezug auf die genaue Anzahl stattgefunder Therapiestunden geklärt. Der Erkundung dieser Fragestellung widmet sich denn auch ein ganzer Forschungszweig, die Aufwand-Wirkungs-Forschung. Einen einführenden Überblick hierzu geben Zaunmüller und Lutz (2012): Richtungsweisend war hier eine inzwischen fast vier Jahrzehnte alte prominente Metaanalyse (Howard et al., 1986), die das Aufwand-Wirkungs-Modell postulierte. Jenes empirisch fundierte Modell besagt, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie einem negativ beschleunigten loglinearen Verlauf folgt. Das heißt: Je länger der Therapieverlauf voranschreitet, desto weniger nimmt die weitere Wirksamkeit zu. Demzufolge verbesserten sich nach erfolgten 8 Therapiesitzungen bereits ca. 50 % aller Patienten, während sich nach 26 Sitzungen in etwa 75 % aller Patienten verbessert hatten. Letzten Endes blieb unklar, wann genau die Verbesserung geschieht. Es stellt sich also die Frage, ob die Patienten grundsätzlich verschiedene, aufeinander aufbauende Therapiephasen durchlaufen und in unterschiedlichen Phasen mit der Therapie beginnen (Howard et al., 1993; Sembill et al., 2019) oder doch eher die meisten Patienten eigentlich konstant lineare Verbesserungsverläufe zeigen und sich untereinander hauptsächlich in der benötigten Therapiedauer unterscheiden, was zu dem Artefakt führen könnte, dass aggregierte Daten ebenjenen oben beschriebenen negativ beschleunigten loglinearen Verlauf aufweisen (Barkham et al., 1996).

Unabhängig vom genauen Therapieverlauf gibt es jedoch zahlreiche Studien, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei verschiedenen Diagnosen auch nach relativ wenigen Therapieeinheiten bestätigen. So konnte in einer Studie mit 43 Patienten, die an einer Panikstörung litten, kein bedeutender Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit zwischen einer durchschnittlich 12-stündigen, regulären Kognitiven Verhaltenstherapie und einer verkürzten, durchschnittlich 6,5 Einheiten umfassenden Variante mit einem stärkeren Fokus auf angeleitetes Selbststudium gefunden werden. Beide Varianten zeigten hohe Effektstärken und waren deutlich wirksamer als das Aufhalten in einer Wartegruppe. Die erzielten Effekte konnten großteils auch nach 12 Monaten noch beobachtet werden (Clark et al., 1999). Zudem finden sich in einer anderen Studie Hinweise darauf, dass bei Menschen mit Panikstörung eine 15-stündige wöchentliche Kurzzeitpsychotherapie kombiniert mit Medikation (Clomipramin) die Rückfallquote nach 18 Monaten auf 20 % reduziert, im Vergleich zu einer Rückfallquote von 70 % bei reiner Medikationsgabe (Wiborg & Dahl, 1996).

Auch bei Depressionen gibt es eine starke Evidenz dafür, dass Kurzzeit-Psychotherapien, insbesondere Kognitive Verhaltenstherapien, hochwirksam sind und die Wirksamkeit einen negativ beschleunigten Verlauf zeigt, mit schnellerem und stärkerem Verlauf insbesondere dann, wenn von Vornherein feststeht, dass ein zeitlich begrenztes Therapiekontingent zur Verfügung steht (Bloom, 2001). Zwar scheint hier die Rückfallquote recht hoch zu sein, allerdings profitieren Patienten, bei denen eine Kurzzeittherapie nicht ausreicht, von einer längeren Therapie und auch von Folgeterminen zur Rückfallprophylaxe. Zudem ist der beste Prädiktor für einen Erfolg einer Kurzzeittherapie der Schweregrad der Depression. Leichte bis mittelgradige Depressionen begünstigen eine erfolgreiche Kurzzeitpsychotherapie, bei schwereren Depressionen profitieren Patienten auch häufiger von einer längeren Therapiedauer, allerdings nivelliert sich der Unterschied zwischen der Wirksamkeit von Kurzzeit- und Langzeittherapie bei Folgeuntersuchungen nach mehreren Monaten. In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2016, bei der 44 randomisierte Studien mit insgesamt 6096 Patienten mit einbezogen wurden, kommt die Forschungsgruppe zu folgendem Schluss: Psychotherapeutische Interventionen, die bei einer akut vorliegenden depressiven Symptomatik erfolgten, zeigten auch nach 6 Monaten eine hohe Wirksamkeit, was sich in einem Quotenverhältnis (einer Odds Ratio) von 1,92 bezüglich eines positiven Therapie-Outcomes im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Psychotherapie widerspiegelt (Karyotaki et al., 2016). Besonders das Anbieten von Booster-Einheiten hat demnach auch einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis. Schließlich kommen Nieuwsma et al. (2012) zu dem Schluss, dass durchschnittlich 6 bis 8 Therapiesitzungen, insbesondere Kognitive Verhaltenstherapie, im Vergleich zu Kontrollgruppen effektiver sind und oftmals völlig ausreichend sein können, um eine Depression zu behandeln.

Sogar Kurzzeit-Psychotherapien, die transdiagnostisch vorgehen, also mehrere Störungsbilder mit ein und demselben Therapieprotokoll behandeln, scheinen hochwirksam zu sein. Corpas et al. (2021b, 2022) untersuchten insgesamt 129 Patienten mit entweder einer Depression, einer generalisierten Angststörung, einer Panikstörung oder einer somatoformen Störung. Es stellte sich heraus, dass sowohl in einem Einzelsetting

als auch in einem Gruppensetting mit 10 Teilnehmenden eine Kurzzeit-Psychotherapie im Umfang von 8 wöchentlichen Sitzungen im Vergleich zu einer rein medikamentösen Behandlung mit Anxiolytika und/oder Antidepressiva deutlich überlegen war. Ein ähnliches Ergebnis erbrachte eine größer angelegte Metaanalyse derselben Forschungsgruppe, die insgesamt 33 Studien und 3868 Patienten mit einschloss: Kurzzeittherapien mit 2 bis 10 Einheiten zeigten für Personen, die an einer Angststörung, einer depressiven Symptomatik oder einer anderweitigen, unspezifischen bzw. gemischten psychischen Störung litten, eine höhere Wirksamkeit als eine rein medikamentöse Behandlung, mit einer moderaten Effektstärke von $d = 0,37$ (Corpas et al., 2021a). Eine ähnliche ältere Metaanalyse, die 34 Studien und 3962 Patienten mit einer Angststörung, einer Depression oder einer anderweitigen, unspezifischen aber gewöhnlichen psychischen Störung einschloss, kommt zu dem Schluss, dass Kurzzeit-Psychotherapien mit 3 bis 10 Sitzungen zwar wirkungsvoll sind, aber im Vergleich zu längeren Therapien nur recht kleine Effektstärken aufweisen. Hierbei zeigten sich Kurzzeit-Psychotherapien vor allem bei den Angststörungen als wirkungsvoll, vergleichsweise weniger bei Depressionen (Cape et al., 2010).

Ein umfassendes Bild von Studien zur Wirksamkeit von Kurzzeit-Psychotherapien zu geben, würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen, es sei aber erwähnt, dass sich inzwischen zu verschiedenen Bereichen und Indikationen empirisch belegte Nachweise zur Effizienz von Kurzzeit-Psychotherapien finden, so z.B. bei schädlichem Gebrauch von Alkohol (Miller, 2000) oder von Amphetaminen (Feeney et al., 2006), bei Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Farrell et al., 2016), bei Depersonalisation und Derealisation im Zusammenhang mit Psychosen (Farrelly et al., 2023) oder als kulturell angepasste Form für depressive Patienten in Pakistan (Naeem et al., 2015), um ein paar wenige Beispiele zu nennen.

Literatur

- Abels, C., Diekmann, S., Neusser, S., Schlierenkamp, S., Wasem, J., & Walendzik, A. (2023). Umsetzung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Ergebnisse aus Fokusgruppen im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts EVA PT-RL. *Gesundheitswesen*, 85(6), 547–553. <https://doi.org/10.1055/a-1976-1856>
- Amboss. (2023). Patientenversorgung und Gesundheitssystem. https://www.amboss.com/de-wissen/Patientenversorgung_und_Gesundheitssystem
- Australian Government, Services Australia (2023). Mental health care and Medicare. <https://www.servicesaustralia.gov.au/mental-health-care-and-medicare?context=60092>
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 927–935. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.927>
- Bloom, B. L. (2001). Planned short-term psychotherapy for depression: Recent controlled outcome studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(2), 169–189. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/1.2.169>
- Böcken, J., Braun, B., & Landemann, J. (2010). *Gesundheitsmonitor 2009*. Gesundheitsversor-

- gung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Bertelsmann Stiftung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/gesundheitsmonitor-2009-1>
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist*, 59, 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*, 14(2), 240–242. <https://doi.org/10.1002/wps.20234>
- Bundesamt für Gesundheit. (2022). Neuregelung der psychologischen Psychotherapie ab 1. Juli 2022. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Nicht-aerztliche-Leistungen/neuregelung-der-psychologischen-psychotherapie-ab-1-juli-2022.html>
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2022). NVL Unipolare Depressionen. Leitlinien.de. <https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2019). Krankenkassen blockieren sachgerechte Reform der Bedarfsplanung. BPtK: Ländliche Regionen weiterhin massiv benachteiligt. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/05/20190516_pm_bptk_bedarfsplanung.pdf
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2024). Psychotherapy for crisis. <https://www.cms.gov/medicare/payment/fee-schedules/physician-fee-schedule/psychotherapy-crisis>
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 583–589. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.583>
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., & Gálvez-Lara, M. (2021a). Brief psychological therapies for emotional disorders in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(4), 363–376. <https://doi.org/10.1037/cps0000009>
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., & Gálvez-Lara, M. (2021b). Brief psychological treatments for emotional disorders in Primary and Specialized Care: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100203. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., & Gálvez-Lara, M. (2022). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research*, 32(4), 456–469. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331>
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung. (2021). Report Psychotherapie 2021. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf
- Dross, M. (2001). Krisenintervention. Hogrefe. <https://www.hogrefe.com/de/shop/krisenintervention-64805.html>
- Farrell, L. J., Oar, E. L., Waters, A. M., McConnell, H., Tiralongo, E., Garbharran, V., & Ollendick, T. (2016). Brief intensive CBT for pediatric OCD with E-therapy maintenance. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.005>
- Farrelly, S., Peters, E., Azis, M., David, A. S., & Hunter, E. C. M. (2023). A brief CBT intervention for depersonalisation-derealisation disorder in psychosis: Results from a feasibility randomised

- controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 101911. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101911>
- Feeney, G. F. X., Connor, J. P., Young, R. McD., Tucker, J., & McPherson, A. (2006). Improvement in measures of psychological distress amongst amphetamine misusers treated with brief cognitive-behavioural therapy (CBT). *Addictive Behaviors*, 31(10), 1833–1843. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.026>
- Geest, R. M. D., & Meganck, R. (2019). How do time limits affect our psychotherapies? A literature review (1). 59(1), Article 1. <https://doi.org/10.5334/pb.475>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2016). Ambulante Psychotherapie: Strukturreform verbessert Zugangsmöglichkeiten und führt neue Versorgungselemente ein. [Pressemitteilung]. https://www.g-ba.de/downloads/34-215-625/22-2016-06-16_PT-RL_Reform%20amb.%20Versorgung.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. (Psychotherapie-Richtlinie). <https://www.g-ba.de/richtlinien/20>
- Gyani, A., Shafran, R., Layard, R., & Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 597–606. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.004>
- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467–475. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.924910>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678–685. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.678>
- Huxley, E., Lewis, K. L., Coates, A. D., Borg, W. M., Miller, C. E., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2019). Evaluation of a brief intervention within a stepped care whole of service model for personality disorder. *BMC Psychiatry*, 19(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2308-z>
- Jacobi, F., Becker, M., Bretschneider, J., Müllender, S., Thom, J., Hapke, U., & Maier, W. (2016). Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Der Nervenarzt*, 87(11), 1211–1221. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0147-4>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2016). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul »Psychische Gesundheit« (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88–90. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>
- Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Reavley, N. J. (2019). Mental health first aid training: Lessons learned from the global spread of a community education program. *World Psychiatry*, 18(2), 142–143. <https://doi.org/10.1002/wps.20621>
- Karyotaki, E., Smit, Y., de Beurs, D. P., Henningsen, K. H., Robays, J., Huibers, M. J. H., Weitz, E., & Cuijpers, P. (2016). The long-term efficacy of acute-phase psychotherapy for depression: A meta-analysis of randomized trials. *Depression and Anxiety*, 33(5), 370–383. <https://doi.org/10.1002/da.22491>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006). Mental health first aid training: Review of evaluation stu-

- dies. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40(1), 6–8. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2008). Mental Health First Aid: An international programme for early intervention. Early Intervention in Psychiatry, 2(1), 55–61. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x>
- Koureta, A., Papageorgiou, C., Asimopoulos, C., Bismbiki, E., Grigoriadou, M., Xidia, S., Papazafiri, T., I. Vlachos, I., & Margariti, M. (2022). Effectiveness of a community-based crisis resolution team for patients with severe mental illness in Greece: A prospective observational study. Community Mental Health Journal, 59, 4–24. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-00983-1>
- Layard, R., & CEP Mental Health Policy Group (2006). The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders (CEPSP15). London School of Economics and Political Science. https://cep.lse.ac.uk/_new/publications/abstract.asp?index=2404
- Liang, M., Chen, Q., Guo, J., Mei, Z., Wang, J., Zhang, Y., He, L., & Li, Y. (2021). Mental health first aid improves mental health literacy among college students: A meta-analysis. Journal of American College Health, 0(0), 1–10. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1925286>
- Linden, M. (2016). Beratung in Abgrenzung zur Psychotherapie: Aufgaben, Beziehungsgestaltung, Methoden, Probleme und Verantwortlichkeiten. Psychotherapeut, 61(4), 279–284. <https://doi.org/10.1007/s00278-016-0116-1>
- Martin, C., Iqbal, Z., Airey, N. D., & Marks, I. (2022). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) has potential but is not sufficient: How can it better meet the range of primary care mental health needs? British Journal of Clinical Psychology, 61(1), 157–174. <https://doi.org/10.1111/bjcp.12314>
- Medicare Coverage Database. (2020). LCD – Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services (L33252). <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?Icdid=33252>
- Mental Health Commission of Canada. (2021). Mental health first aid Canada. <https://mentalhealthcommission.ca/training/mhfa/>
- Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. Psychology of Addictive Behaviors, 14(1), 6–18. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.14.1.6>
- Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. PLOS ONE, 13(5), e0197102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
- Naeem, F., Gul, M., Irfan, M., Munshi, T., Asif, A., Rashid, S., Khan, M. N. S., Ghani, S., Malik, A., Aslam, M., Farooq, S., Husain, N., & Ayub, M. (2015). Brief Culturally adapted CBT (CaCBT) for depression: A randomized controlled trial from Pakistan. Journal of Affective Disorders, 177, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.012>
- National Health Service. (2020, Februar 11). NHS Long Term Plan. NHS Long Term Plan. <https://www.longtermplan.nhs.uk>
- NC Medicaid. (2021). Outpatient behavioral health services provided by direct-enrolled providers. Medicaid and health choice clinical coverage policy No. 8C. <https://medicaid.ncdhhs.gov/8c/open>
- National Health Service. (2021, Februar 5). Types of talking therapy. <https://www.nhs.uk/mental-health/talking-therapies-medicine-treatments/talking-therapies-and-counselling/types-of-talking-therapies/>
- National Health Service England. (2023). NHS Talking Therapies, for anxiety and depression. <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/>
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W. (2012). Brief psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 43(2), 129–151. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.c>
- Olfson, M. (1990). Assertive community treatment: An evaluation of the experimental evidence. Psychiatric Services, 41(6), 634–641. <https://doi.org/10.1176/ps.41.6.634>

- Phillips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., Rosenheck, R. A., Drake, R. E., & McDonel Herr, E. C. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52(6), 771–779. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.771>
- Powell, C. L. Y. M., Chiu, C. Y., Sun, X., & So, S. H. (2024). A meta-analysis on the efficacy of low-intensity cognitive behavioural therapy for generalised anxiety disorder. *BMC Psychiatry*, 24(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05306-6>
- Pro Psychotherapie e. V. (o. J.). Beratung und Psychotherapie. Abgrenzung psychologische Beratung und Psychotherapie. Abgerufen 23. April 2023, von <https://www.therapie.de/psyche/info/fragen/wichtigste-fragen/beratung-vs-psychotherapie/>
- Robert Koch-Institut (2021). Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile
- Robinson, K. (Hrsg.). (2019, Juli 23). NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24. NHS England. <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24/>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). Bedarfs-gerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf
- Sembill, A., Vocks, S., Kosfelder, J., & Schöttke, H. (2019). The phase model of psychotherapy outcome: Domain-specific trajectories of change in outpatient treatment. *Psychotherapy Research*, 29(4), 541–552. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405170>
- Shafran, R., Myles-Hooton, P., Bennett, S., & Öst, L.-G. (2021). The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 138, 103803. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103803>
- Shultz, J. M., & Forbes, D. (2014). Psychological first aid. *Disaster Health*, 2(1), 3–12. <https://doi.org/10.4161/dish.26006>
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392–397. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
- Struckmann, V., Winkelmann, J., & Busse, R. (2021). Versorgungsprozesse und das Zusammenspiel der Sektoren im internationalen Vergleich. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021* (S. 3–24). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_1
- Stulz, N., Wyder, L., Maeck, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., Kawohl, W., Holtforth, M. grosse, Schnyder, U., & Hepp, U. (2020). Home treatment for acute mental healthcare: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 216(6), 323–330. <https://doi.org/10.1192/bj.2019.31>
- Wabnitz, P., Löhr, M., Nienaber, A., Hemkendreis, B., Kronmüller, K. T., & Schulz, M. (2017). Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy (LI-CBT) – Eine Einführung in Konzepte und Rahmenbedingungen. *PPmP, Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 67(8), 362–368. <https://doi.org/10.1055/s-0043-105481>
- Wiborg, I. M., & Dahl, A. A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 689–694. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830080041008>
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Zaunmüller, L., & Lutz, W. (2012). Wer braucht wie viel Therapie? PiD, Psychotherapie im Dialog, 13(3), 12–17. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1305125>

2 Einführung neuer Versorgungsziffern

Inhalt

2 Einführung neuer Versorgungsziffern	34
2.1 Psychotherapeutische Sprechstunde 2017	35
2.2 Psychotherapeutische Akutbehandlung 2017	44
2.2.1 Psychotherapeutische Akutbehandlung in der Psychotherapie-Richtlinie ...	44
2.2.2 Akuität als gemeinsamer Nenner in der psychotherapeutischen Akutbehandlung?	48
2.2.3 Ein Versuch der Abgrenzung zur Richtlinientherapie	49
2.3 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung 2021	50
2.4 Überblick über den Ablauf der psychotherapeutischen Erstversorgung – ein Algorithmus	53
2.5 Erste Effekte der neuen Versorgungsziffern in der Versorgungslandschaft	53
Literatur	56

In diesem Kapitel erfahren Sie, ...

- was die Psychotherapie-Richtlinie unter den neu eingeführten drei Versorgungsziffern psychotherapeutische Sprechstunde (PTS), psychotherapeutische Akutbehandlung (PTAB) und gruppenpsychotherapeutische Akutbehandlung (GPGV) konkret versteht,
- was das für den Behandler in der Praxis bedeutet und
- welche Effekte seit Einführung dieser neuen Abrechnungsziffern bereits beobachtet werden können.

Zum 1. April 2017 ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Reform der ambulanten Vertragspsychotherapie in Kraft getreten. In dieser umfassenden Strukturreform wurde die Psychotherapie-Richtlinie grundlegend geändert (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017). Mit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung und Möglichkeiten der Rezidivprophylaxe sollte eine Flexibilisierung der Therapieangebote erreicht, außerdem das Antrags- und Gutachterverfahren vereinfacht und Gruppentherapien gefördert werden (Multmeier, 2017):

Während die psychotherapeutische Sprechstunde (PTS) die Diagnostik und Indikationsstellung zum Ziel hat, gilt die psychotherapeutische Akutbehand-

lung (PTAB) als eine möglichst zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an eine Sprechstunde. Sie dient insbesondere der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände bzw. der vorbereitenden Stabilisierung vor Durchführung anderer Behandlungen oder Maßnahmen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024).

Im Februar 2021 trat eine weitere Änderung der Psychotherapie-Richtlinie in Kraft. Neben der Verwendung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DIGA) und Vereinfachungen im Gutachterverfahren hatte sie eine weitere Förderung der Gruppentherapie zum Ziel (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020). Die deshalb neu eingeführte gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (GPGV) stellt ein neues Angebot für Patienten in der Gruppe dar. Sie dient der strukturierten Vermittlung und weiteren Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024).

In diesem Kapitel werden diese drei neuen Versorgungsziffern (PTS: 35151, PTAB: 35152 und GPGV: 35173) auf Grundlage der Psychotherapie-Richtlinie zunächst vorgestellt, zentrale Inhalte zusammengefasst und mit Querverweisen zu anderen Abschnitten der Richtlinie versehen sowie kommentiert. Anschließend soll ein Überblick über den Gesamtlauf der psychotherapeutischen Erstversorgung gegeben werden sowie ein erster Einblick darüber, welche Effekte seit Einführung der Strukturreform zu beobachten sind.

2.1 Psychotherapeutische Sprechstunde 2017

Die psychotherapeutische Sprechstunde (PTS) dient der Diagnostik und Indikationsstellung. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung auf dem Weg zu einer zielgerichteten und indikationsgemäßen Psychotherapie. Man kann also sagen: Ohne Sprechstunde keine Psychotherapie!

Der Ablauf der PTS wird in den Psychotherapie-Richtlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024) im Paragraphen 11 ausführlich beschrieben:

»§ 11 Psychotherapeutische Sprechstunde

(1) ¹Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf eine psychotherapeutische Sprechstunde (Sprechstunde) als zeitnahen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. ²Die Sprechstunde dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind. ³Vor einer Behandlung gemäß den §§ 12, 13 und 15 haben Patientinnen und Patienten eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch zu nehmen; dies gilt nicht in den in Absatz 7 bestimmten Fällen.

⁴Übergangsweise werden die Regelungen in Satz 3 sowie in Absatz 7 bis zum 31. März 2018 ausgesetzt.« (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024, S.9)

Kommentar: Jeder versicherte Patient hat einen Anspruch auf maximal drei PTS (jeweils 50 Min.), die immer vor der Behandlung (also vor einer probatorischen Sitzung (§12), einer psychotherapeutischen Akutbehandlung (PTAB; §13) oder einer Behandlung mit einem anerkannten Psychotherapieverfahren (psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie oder Systemische Therapie; §15) erfolgen soll, zeitnah und ohne große Hürden zugänglich.

Die PTS ist ein Versorgungsangebot zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung. Sie kann als eine Art Screeningprozess verstanden werden. Der Psychotherapeut klärt in diesem Erstgespräch ab, ob eine psychische Störung mit entsprechender Indikation zur Psychotherapie vorliegt. Grundsätzlich gibt es zahlreiche Möglichkeiten, die als weiteres Vorgehen empfohlen werden können: eine Präventionsmaßnahme, ambulante Psychotherapie, haus- oder fachärztliche Abklärung (psychiatrisch/psychosomatisch), ambulante PTAB, stationäre Behandlung oder auch eine Maßnahme außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, wie z.B. eine Eheberatung in einer Eheberatungsstelle. Darüber hinaus ist zu klären, ob eine Diagnose besteht, aber keine Indikation, oder aber keine Diagnose vorliegt und damit keine weiteren Maßnahmen eingeleitet werden müssen. Das empfohlene weitere Vorgehen wird auf dem Befundbericht zur Sprechstunde (Formular PTV 11) vermerkt.

Jeder Behandler, der eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie hat, muss seit April 2018 verpflichtend mindestens zwei Sprechstunden à 50 Minuten anbieten (§11 Abs.13). Dies gilt ebenso für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, für Ausbildungsinstitute und in bestimmten Fällen auch für ermächtigte Ärzte.

§ 11 (2)

»¹Die Therapeutin oder der Therapeut teilen ihr Sprechstundenangebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen oder Patienten mit. ²Es gelten die nachfolgenden Anforderungen.« (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024, S.9)

Kommentar: Erreichbarkeit und Sprechstundenangebot sollen für Patienten deutlich werden.

§ 11 (3)

»¹Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde eine ODA und, sofern erforderlich, eine DDA nach §10 Absatz 2 statt.

²Dabei soll auch eine Beratung, Information, Klärung des individuellen Behandlungsbedarfs, eine erste Diagnosestellung und dementsprechende Behandlungsempfehlungen sowie, sofern erforderlich, eine kurze psychotherapeutische Intervention erfolgen. ³Darüber hinaus sollen der Patientin oder

dem Patienten, sofern erforderlich, Hinweise auf andere Hilfemöglichkeiten gegeben werden.« (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024, S. 9)

Kommentar: Es soll eine Orientierende Diagnostische Abklärung (ODA) sowie – sofern erforderlich – eine Differentialdiagnostische Abklärung (DDA) nach § 10 Absatz 2 stattfinden: Beide haben die Diagnostik vor Indikationsstellung für eine psychotherapeutische Maßnahme zum Ziel. Psychotherapie setzt eine ätiologisch orientierte Diagnostik voraus, die die jeweiligen Krankheitserscheinungen erklärt und zuordnet. Voraussetzung für Psychotherapie ist, dass der Krankheitszustand in seiner Komplexität erfasst wird, auch dann, wenn nur die Therapie eines Teilzieles angestrebt werden kann.

In der Regel sind psychometrische Instrumente einzusetzen, die Diagnostik soll im Wesentlichen den Prinzipien des diagnostischen Prozesses unterliegen (Zaudig & Trautmann, 2006), der einen aktuellen psychischen Befund mit Verlaufsbeschreibung, eingebettet in die Krankengeschichte, beinhaltet.

Indikationen sollten orientiert an Leitlinien erstellt werden (Beispiel: Bei der Diagnose einer eindeutigen Zwangsstörung ist die leitliniengemäße Indikation einer Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsverhinderung zu berücksichtigen). Diese Abklärung vor Indikationsstellung kann auch andere Maßnahmen als Psychotherapie zur Folge haben.

Die Ergebnisse der Sprechstunde sind in die Beratung der Patienten einzubringen. Weiterführende Informationen hierzu finden sich in Kapitel 3.

§ 11 (4)

»Sprechstunden können entweder als offene Sprechstunde oder als Sprechstunde mit Terminvergabe durchgeführt werden; die Organisation der Sprechstunde bleibt der Therapeutin oder dem Therapeuten überlassen.« (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024, S. 9)

Kommentar: Es gibt theoretisch die Form offener Sprechstunden sowie Sprechstunden mit Terminvergabe, wobei sich in der Praxis aus organisatorischen Gründen insbesondere zweitere Form bewährt hat.

§ 11 (5)

»¹Die Sprechstunde kann als Einzelbehandlung bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens sechsmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 150 Minuten) durchgeführt werden; bei Kindern und Jugendlichen als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens zehnmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten). ²Der 2. Halbsatz gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. ³Voraussetzung für eine weitergehende Behandlung nach den §§ 11a, 12, 13 und 15 ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer.« (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024, S. 9)