



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter  
[www.klett-cotta.de/schattauer](http://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 Gemeinnützigkeitsstatus 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, Quaat, 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 niederschweligen 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 zeitnahen 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 Hilfeleistung 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 Chefarzten 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 Sozialtherapie. 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, niedrigschwiligen 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 behandelte 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 Anfangskontingenten 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 Erstversorgungnetzwerk 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, ebjenere 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 niederschweligen 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«. Safe 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 evidenzbasierter 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 angemessenen, 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 Übersichtsarbeit 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 Krankenhausaufenthalte 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 Krankenhauseinweisung. 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 multiprofessionelles 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.