

Summary

Versorgung mit ambulanter Psychotherapie in Deutschland im internationalen Vergleich

November 2025



Autoren: Dr. Andreas Hoell und Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski
im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK)

Inhalt

1	Ziele des Gutachtens	3
2	Methodik	4
3	Bedeutung psychischer Störungen.....	5
4	Kosten durch psychische Erkrankungen	6
5	Profile der Gesundheitssysteme.....	7
6	Zugang der Menschen mit psychischen Störungen zur ambulanten Psychotherapie.....	10
7	Herausforderungen bei der psychotherapeutischen Leistungserbringung	12
8	Gesundheitspolitische Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Psychotherapie in den OECD-Ländern.....	13
9	Umfang der psychotherapeutischen Leistungen	16
10	Die Rolle der Gruppenpsychotherapie	18
11	Technologiegestützte Versorgungsangebote	19
12	Die Rolle der Prävention	20
13	Ansätze für die Weiterentwicklung der Versorgung.....	21

Summary – Versorgung mit ambulanter Psychotherapie in Deutschland im internationalen Vergleich. Herausgeber: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, Geschäftsbereich Innovation und ambulante Versorgung; Daniel Cardinal (verantwortlich); Autoren: Dr. Andreas Hoell und Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J5, 68159 Mannheim; Fachliche Beratung: Birgit Holl, Techniker Krankenkasse; Gestaltung: The Ad Store GmbH, Hamburg; Produktion: Techniker Krankenkasse; Litho: Brandport GmbH, Hamburg; Titelbild: TK Bildarchiv, Techniker Krankenkasse

© Techniker Krankenkasse. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Einwilligung der TK. Die enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert. Für eventuelle Änderungen oder Irrtümer können wir keine Gewähr übernehmen. Stand: November 2025

Executive Summary

1 Ziele des Gutachtens

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung ist ein wichtiger Baustein in der Versorgung psychisch Erkrankter. Ambulante Psychotherapie wird von der Bevölkerung zur Behandlung psychischer Störungen präferiert und ist mit einer hohen Nutzerzufriedenheit verbunden.

Dieses Gutachten geht Fragen rund um die ambulante psychotherapeutische Versorgung im Zusammenhang von Interventionen bei psychischen Störungen nach. Verglichen wird der Einsatz ambulanter Psychotherapie in Deutschland sowie in sieben weiteren OECD-Hoheinkommensländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen. Grundlegend werden staatliche und steuerfinanzierte Gesundheitssysteme mit beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen verglichen.

Im Gutachten sollen abweichende Versorgungsstrukturen bzgl. der Anwendung der ambulanten Psychotherapie identifiziert werden. Es werden Fragen der Bedeutung psychischer Störungen in den OECD-Hoheinkommensländern geklärt und die Bedeutung ambulanter Psychotherapien bei der Behandlung psychischer Störungen. Dabei werden die unterschiedlichen Anwendungsformen der Psychotherapie wie digitale psychologische Interventionen, telemedizinische psychotherapeutische

Behandlungen und Gruppentherapien berücksichtigt. Es wird der patientenseitige Zugang zur psychotherapeutischen Leistungserbringung genauso ins Auge gefasst wie der Zugang der Gesundheits- und Medizinberufe zur Leistungserbringung im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Vergleichend werden auch betrachtet (1) die Kapazitäten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, (2) die Erstattungsfähigkeit psychotherapeutischer Leistungen inklusive Therapiekontingente und (3) die mit dem Ausmaß der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen verbundenen Herausforderungen bzgl. der (rechtzeitigen) Anwendung von ambulanten Psychotherapien.

Dieses Gutachten betrachtet die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen in der Primärversorgung und der spezialisierten Versorgung (Sekundärversorgung) im ambulanten Sektor. Es hat insbesondere die allgemeine Gesundheitsabdeckung (Universal Health Coverage) im Blick, die sich beschreiben lässt als die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Gesundheitsleistungen durch alle Bürger eines Landes in einer angemessenen Qualität ohne das Risiko, durch die Kosten der Inanspruchnahme in eine finanzielle Notlage zu gelangen.

2 Methodik

Für den angestrebten Vergleich der ambulanten Psychotherapie in OECD-Hoheinkommensländern wurden Länder ausgewählt, die (1) ein (aktuelles) Bruttoinlandsprodukt pro Kopf von mindestens US\$ 50.000 (bereinigt um die Kaufkraftparität) und (2) ein System der allgemeinen Gesundheitsabdeckung der Bevölkerung aufweisen. (3) Zudem sollten die Gesundheitssysteme unterschiedliche Charakteristika bzgl. der Rolle der Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen aufweisen, wobei hier Unterschiede in der Finanzierung, der Bereitstellung von Dienstleistungen und der Regulierung im Vordergrund standen.

Die eingeschlossenen Hoheinkommensländer unterschieden sich auch in Merkmalen wie (1) Bevölkerungsdichte (von 3,4 Einwohner pro km² für Australien bis 518 Einwohner pro km² für die Niederlande), (2) Staatsverschuldung (von 28,2 Prozent im Jahr 2022 für die Schweiz bis 113,7 Prozent im Jahr 2022 für Frankreich), (3) Einkommensgleichheit nach Gini-Koeffizient (von eher gering in Großbritannien bis sehr hoch in Norwegen) und (4) anteilige Gesundheitsausgaben für die psychische Gesundheit an den Gesamtgesundheitsausgaben (von 6,0 Prozent im Jahr 2011 für Irland bis 26,9 Prozent im Jahr 2019 für die Niederlande).

Gesundheitssystem	Charakteristik	Vertreter
Vollständig staatliches Gesundheitssystem (Beveridge-Modell)	vollständige staatliche Regulierung, Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen	Norwegen und Großbritannien
Staatliche Krankenversicherung	staatliche Regulation und Finanzierung, Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch soziale Akteure	Australien und Irland
Soziale Krankenversicherung	soziale Regulierung und Finanzierung, Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch private Akteure	Deutschland und die Schweiz
Staatlich regulierte soziale Krankenversicherung	staatlicher Eingriff bei Regulierung, hauptsächlich soziale Finanzierung, Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch private Akteure	Niederlande und Frankreich

In einem ersten Schritt wurde eine Literatursuche in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken durchgeführt. Alle potenziell relevanten Artikel und Berichte wurden bewertet und bei Relevanz eingeschlossen. In einem zweiten Schritt wurden relevante Webseiten der eingeschlossenen OECD-Hoheinkommensländer auf Einträge zur ambulanten psychotherapeutischen Leistungserbringung durchgesehen, z. B. der Gesundheitsministerien, der Beauftragungs- und Regu-

lierungsorgane für das (psychische) Gesundheitswesen, der Fachgesellschaften und Seiten der nationalen Statistikämter. Aufgrund des begrenzten Zeitrahmens wurden keine Experteninterviews mit Vertretern der jeweiligen eingeschlossenen Länder oder Fragebogenerhebungen durchgeführt. Daher können in Einzelbereichen oder für bestimmte Details Ungenauigkeiten nicht ausgeschlossen werden. Diese sollten jedoch die Gesamtaussagen nicht einschränken.

3 Bedeutung psychischer Störungen

Unabhängig vom Gesundheitssystem ist die Prävalenz psychischer Störungen in den OECD-Hoheinkommensländern hoch. Mindestens jede fünfte bis siebte Person ist in diesem Moment von einer psychischen Störung betroffen. Die Häufigkeit psychischer Störungen ist im Vergleich der OECD-Hoheinkommensländer in Australien am höchsten (18,8 %) und in Großbritannien (15,4 %) sowie Deutschland (15,6 %) am geringsten. Am häufigsten treten Depressionen und Angststörungen auf. Insgesamt sind Frauen in allen eingeschlossenen Ländern häufiger von psychischen Störungen betroffen als Männer. Das gilt besonders für die Depressionen, Angst- und Essstörungen. Männer sind hingegen in allen Ländern häufiger von Substanzmissbrauch, Verhaltensstörungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen. Die Schizophrenie tritt in beiden Geschlechtern in allen Ländern etwa gleich häufig auf.

Die psychischen Störungen unterscheiden sich stark zwischen den Altersgruppen. Ganz allgemein sind junge Menschen (Alter zwischen 15 und 19 Jahren) in allen OECD-Hoheinkommensländern besonders häufig von psychischen Störungen betroffen. Die Raten schwanken zwischen 18,5 Prozent (Deutschland) und 25,9 Prozent (Australien).

Auf der Grundlage von Studien zur Ermittlung der Prävalenz psychischer Störungen in Verbindung mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen können zwei Arten von Versorgungslücken identifiziert werden: (1) die Versorgungslücke bei niederschwelligen und gering-intensiven Versorgungsleistungen und (2) die Versorgungslücke bei unzureichenden Versorgungsleistungen.

Die Versorgungslücke bei niederschwelligen und gering-intensiven Versorgungsleistungen ist eine Lücke bei der Inanspruchnahme von kostengünstigen, risikoarmen und leicht zugänglichen Dienstleistungen, von der Menschen betroffen sind, die von einer Behandlung mit geringer Intensität profitieren könnten, aber keine Leistungen in Anspruch nehmen, oder Menschen betroffen sind, die mit kostenintensiveren Gesundheitsleistungen wie Medikamenten und individuellen Therapien behandelt werden, deren Behandlungsbedarfe jedoch angemessener durch Leistungen gedeckt werden könnten, die einen geringeren Ressourcenverbrauch bedeuten und geringere Nebenwirkungen haben. Diese stellen in dem Sinne eine Fehlallokation der knappen Ressourcen dar. Zumeist sind es Menschen mit verbreitet auftretenden psychischen Störungen bzw. Störungen, die von der Symptomatik als leicht bis mittelschwer eingestuft werden, die von der Versorgungslücke bzgl. niederschwelliger und gering-intensiver Versorgungsleistungen betroffen sind.

Die Versorgungslücke bei unzureichenden Versorgungsleistungen betrifft häufig Menschen mit schweren, komplexen, chronischen oder chronifizierten psychischen Störungen, deren Symptome zu komplex sind, um in einem Setting von einem Gesundheitsdienstleister allein bzw. mit einer Versorgungsleistung angemessen behandelt zu werden. Erforderlich wären die Vernetzung und Koordination unterschiedlicher und sektorenübergreifender Versorgungsleistungen, beispielsweise bei der Anbindung an eine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung nach stationärem Aufenthalt.

4 Kosten durch psychische Erkrankungen

In allen Hocheinkommensländern und den verschiedenen Gesundheitssystemen sind psychische Störungen mit hohen direkten und indirekten Krankheitskosten und einer hohen Krankheitslast verbunden.

Die direkten Kosten für die psychischen Störungen sind hoch, liegen jedoch für die Niederlande anteilig an den Gesamtgesundheitsausgaben am höchsten. Mehr als ein Viertel der Gesamtgesundheitsausgaben wird in den Niederlanden für psychische Störungen ausgegeben.

Zu den indirekten Kosten zählen reduzierte Leistungen am Arbeitsplatz (Präsentismus), Krankschreibungen bzw. das Fehlen am Arbeitsplatz (Absentismus) oder Frühverrentung aufgrund psychischer Störungen sowie der Ausschluss vom Arbeitsplatz (Arbeitslosigkeit) im Zusammenhang mit dem psychischen Gesundheitszustand einer Person. Psychische Störungen sind in den OECD-Ländern mehrheitlich die häufigste

Ursache für krankheitsbedingte Fehltage. Zudem machen Menschen mit einer diagnostizierten psychischen Störung in allen OECD-Ländern zwischen 30 bis 50 Prozent der Fälle von Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitsleistungen aus.

Die mit psychischen Störungen einhergehende Krankheitslast ist sehr hoch und die Lebenserwartung aufgrund vorzeitiger Sterblichkeit durch psychische Störungen deutlich reduziert. Insbesondere die Jahre, die durch psychische Störungen mit Einschränkungen oder Behinderungen verbracht werden (Years Lived with Disability, YLD), sind in den OECD-Ländern anteilig an allen YLD besonders hoch und belaufen sich auf ca. 14 bis 18 Prozent aller YLD für alle Erkrankungen. Demzufolge sind auch die Verluste an gesunden Lebensjahren (Disability-Adjusted Life Year, DALY) durch psychische Störungen hoch. DALY für die psychischen Störungen machten einen Anteil von 6,4 Prozent bis 9,6 Prozent aller DALY für Erkrankungen in den OECD-Ländern aus.

5 Profile der Gesundheitssysteme

Australien

Eine große Herausforderung stellen die einerseits extrem dünn besiedelten und entlegenen Gebiete dar. Andererseits lebt der Großteil der Bevölkerung in städtischen Ballungszentren. Damit verbunden ist eine extreme Bandbreite der Versorgungsgrade der Bevölkerung mit bestimmten Gesundheitsprofessionen bzw. der ausgewiesene Mangel an Gesundheitsberufen in entlegenen Gebieten Australiens. Im australischen Gesundheitssystem gibt es eine starke Abgrenzung zwischen dem Sektor der Grundversorgung und dem öffentlichen Gesundheitssektor. Dieser basiert auf der getrennten Bund-Länder-Finanzbeziehung und trifft eine am patientenorientierte psychische Gesundheitsversorgung besonders stark. Der Staat (die Zentralregierung) ist zuständig für die Finanzierung der staatlichen Gesundheitsversicherung (Medicare) und die Grundversorgung. Teile der psychischen Gesundheitsversorgung sind in der Grundversorgung angesiedelt. Dazu gehören niedergelassene Psychiater und (klinische) Psychologen. Die Zentralregierung fördert zudem Netzwerke der Grundversorger, die als regionale Auftraggeber und Koordinatoren die ambulanten Gesundheitsdienste optimieren sollen. Dadurch sollen Menschen mit leichten bis mittelschweren psychischen Störungen in der Grundversorgung behandelt werden. Die Bundesstaaten und Territorien regulieren und verwalten die öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen. Dazu gehören die öffentlichen Krankenhäuser, die Ambulanzen, die psychiatrische Notfall- und Akutversorgung, die öffentlichen psychischen Gesundheitsdienste, die stationäre Pflege und die kommunalen Gesundheitsdienste für die spezialisierte Versorgung und Prävention. Die Bundesstaaten und Territorien sind für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Störungen zustän-

dig und bieten spezialisierte ambulante psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung. Durch die getrennte Finanzierung werden Doppelstrukturen bzw. unabhängig voneinander tätige Gesundheitsdienste etabliert, die nicht miteinander kommunizieren. Daher wurden im Jahr 2020 Nationale Vereinbarungen zwischen der Zentralregierung, den Regierungen der Bundesstaaten und den Territorien geschlossen, um die Fragmentierungen und Herausforderungen bei der Koordinierung zu beheben.

Frankreich

Die gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherung besteht in Frankreich aus verschiedenen Programmen, die für unterschiedliche Bevölkerungsschichten zur Abdeckung hoher Krankheitskosten da sind. Die Einschreibung in die Programme ist für die Versicherten abhängig von der Beschäftigungsart bzw. vom Tätigkeitsfeld. Es gibt (1) das generelle Krankenversicherungsprogramm für alle Angestellten und Mitarbeitenden in kommerziellen und industriellen Bereichen, (2) das landwirtschaftliche Krankenversicherungsprogramm und (3) das Krankenversicherungsprogramm für Selbstständige. Zu jedem Versicherungsprogramm gehört eine Krankenkasse. Die verbleibenden kleineren Versicherungsprogramme sind entweder mit dem generellen Versicherungsprogramm verbunden oder laufen vollständig autark. Die Krankenversicherungen stehen nicht in einem Wettbewerb zueinander. Unter den Psychiatern Frankreichs hat die Psychoanalyse eine große Tradition. Erst seit 2022 ist es Psychologen erlaubt, im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsabdeckung ambulante psychotherapeutische Leistungen über die Krankenversicherung abzurechnen.

Großbritannien

Im Zuge der weitreichenden Dezentralisierung bzw. Regionalisierung Großbritanniens Ende des letzten Jahrhunderts ging die Verantwortung für die Organisation und Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens auf die Länder Wales, Schottland, Nordirland und England über. Dadurch gibt es mittlerweile vier nationale Gesundheitsdienste mit teils unterschiedlichen Ausrichtungen bzgl. Finanzierung, Steuerung, Verwaltung und Zielsetzungen. Die Zentralregierung stellt ein festes Budget für die Gesundheitsversorgung in England zur Verfügung und allgemeine Blockzuschüsse für Schottland, Wales und Nordirland. Im Gutachten wird sich primär auf England konzentriert. In England ist NHS England das leitende Organ für die Budgetierung, Planung und Umsetzung der Auftragsvergabe des nationalen Gesundheitsdienstes. Im Jahr 2022 wurden in England die Integrierten Versorgungssysteme umgesetzt, um die Gesundheits- und Sozialfürsorge in den Versorgungsregionen Englands aus einer Hand zu planen. Mithin hat England auch aufgrund von damals bestehenden Sparzwängen, erstmalig auf europäischem Boden ein nationales Programm für einen besseren Zugang von Menschen mit leichten bis mittelschweren psychischen Störungen zu ambulanter Psychotherapie geschaffen (Improved Access to Psychological Therapies, kurz IAPT – jetzt NHS Talking Therapies).

Irland

Der öffentliche Gesundheitssektor wird in Irland von der Health Service Executive (HSE) geplant und verwaltet. Die Gesundheits- und Sozialdienste werden auf regionaler Ebene durch medizinisches Fachpersonal und Krankenhäuser und auf Gemeindeebene durch die lokalen Gesundheitsämter, Gesundheitszentren der HSE, niedergelassene Allgemeinmediziner mit HSE-Verträgen und Kliniken erbracht. Jeder Bewohner Irlands ist berechtigt öffentliche Gesundheitsleistungen der HSE in Anspruch zu nehmen. Dabei gibt es zwei Arten der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: (1) die vollumfängliche Berechtigung für Besitzer einer Gesundheitskarte oder Besuchskarte für den Allgemeinmediziner und (2) die eingeschränkte Berechtigung für alle ohne diese Berechtigungskarten. Alle Bürger der Kategorie 2 müssen für Leistungen des Allgemeinmediziners selbst aufkommen. Nur Krankenhausleistungen und ambulante Krankenhausbehandlungen per Überweisung sind abgedeckt. Damit steht auch das Programm (psychologische) Beratung in der Grundversorgung nur Bürgern der Kategorie 1 zur Verfügung.

Niederlande

In den Niederlanden wurde im Jahr 2006 der öffentliche (gesetzliche) und der private Krankenversicherungsmarkt zu einem Markt zusammengeschlossen. Es sollte ein regulierter Wettbewerb mit einem umfassenden sozialen Krankenversicherungsprogramm betrieben werden, basierend auf einer privaten Versicherung mit verbindlichem Versicherungsschutz für alle Bürger. Der regulierte Wettbewerb hat drei Märkte geschaffen: (1) den Krankenversicherungsmarkt, (2) den Beschaffungsmarkt von Gesundheitsleistungen und (3) den Markt für Gesundheitsdienstleistungen. In der psychischen Gesundheitsversorgung besticht die Niederlande durch ein starkes Grundversorgungssystem im Sinne der gestuften Versorgung, in der Menschen mit leichten und mittelschweren psychischen Störungen in der Behandlung verbleiben. Eine große Bedeutung kommt den Psychologen in der Grundversorgung zu.

Norwegen

Norwegen besitzt ein semi-dezentralisiertes Gesundheitssystem. Es gibt vier regionale Gesundheitsbehörden, welche für die Krankenhausversorgung in den Regionen zuständig sind. Die Krankenhäuser bieten ambulante spezialisierte Versorgung in angeschlossenen Ambulanzen, zumeist Polikliniken und gemeindenahen Gesundheitszentren, an. Innerhalb der Regionen sind kleinere Gebietskörperschaften auf Gemeindeebene für die Grundversorgung und die sozialen Dienste zuständig. Den Gemeinden obliegt es auch die sektorenübergreifende öffentliche Gesundheit mittels horizontaler und vertikaler Koordination sicherzustellen. Dazu gehört auch die Eingliederung der psychischen Gesundheit als Teil der öffentlichen Gesundheit. Die Grundversorgung findet in den Gemeinden als Teil der gemeindenahen Versorgung statt und wird von selbstständigen Allgemeinmediziner*innen übernommen. Es gibt ein Listensystem, das alle Einwohner registriert und mit einem persönlichen Hausarzt verbindet (verpflichtendes Hausarztssystem). Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung wurden Praxisberatungs-Programme geschaffen, wobei der Allgemeinmediziner verpflichtet ist, einen Anteil seiner Arbeitszeit im Krankenhaus oder Gesundheitszentrum zu arbeiten. In jüngerer Vergangenheit hat Norwegen aus England das IAPT übernommen und auf Gemeindeebene implementiert.

Schweiz

Die Schweiz ist das Land unter den eingeschlossenen OECD-Ländern, in dem die privaten Haushalte am stärksten an den Kosten der Gesundheitsversorgung beteiligt sind. Es gibt sowohl ein Franchise-Volumen (Selbstbeteiligungsbetrag) als auch einen Selbstbehalt. Die Franchise ist abhängig von der Risikobereitschaft des Versicherten und liegt zwischen CHF 300 und CHF 2.500. Die Versicherungsmodelle umfassen ein Standardmodell mit freier Arztwahl und Sparmodelle mit eingeschränkter Arztwahl. Zusätzlich tragen die Patienten 10 Prozent der Kosten pro Rechnung (Selbstbehalt) bis zu einer Obergrenze pro Jahr von CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder und Jugendliche. Die Krankenversicherungsbeiträge gehen allein zulasten des Arbeitnehmers. Arbeitgeber zahlen keine Krankenversicherungsbeiträge und entrichten auch keine Steuern für die Gesundheitsversorgung. Die Kantone besitzen in der Schweiz eine hohe Eigenständigkeit mit eigener Verfassung. Das hat Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung, die zwar generell als qualitativ hochwertig bezeichnet wird, jedoch bestehen zwischen den Kantonen starke Qualitätsunterschiede. Psychologische Psychotherapeuten können seit dem 1. Juli 2022 selbstständig und auf eigene Rechnung im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung tätig werden. Grundlage dafür ist das Vorliegen einer ärztlichen Anordnung. Vor der Gesetzesnovelle war ausschließlich die Ausübung einer delegierten Psychotherapie (unter ärztlicher Kontrolle) durch Psychologische Psychotherapeuten möglich.

Deutschland

Deutschland hat eine sehr ausgefeilte Sozialgesetzgebung, die sich auf derzeit 12 detaillierte Sozialgesetzbücher verteilt. Die Krankenversicherung ist in Deutschland verpflichtend und erfolgt entweder im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung oder alternativ, abhängig vom Einkommen der zu versichernden Person, über eine private Krankenversicherung (PKV). In beiden Fällen kann frei zwischen den Anbietern gewählt werden und sowohl GKV als auch PKV finanzieren sich über die Beiträge bzw. Prämien ihrer Mitglieder. Diese Form der Koexistenz oder Dualität von zwei Vollversicherungssystemen ist in Europa einmalig. In den anderen OECD-Ländern ist die private Krankenversicherung eine reine Zusatzversicherung. Ebenfalls ist im Vergleich zu den anderen OECD-Ländern die Teilnahme von psychologischen Psychotherapeuten an der öffentlichen Gesundheitsversorgung und die Leistungserbringung sehr elaboriert. Das betrifft die Aus- und Weiterbildung, die Zulassung, die Regulierung der Niederlassung und nicht zuletzt die Durchführung der Psychotherapie im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie. Diese Komplexität ist in keinem anderen Land gegeben.

6 Zugang der Menschen mit psychischen Störungen zur ambulanten Psychotherapie

Die OECD-Länder nutzen ganz unterschiedliche Mittel der Steuerung und der Begrenzung des Zugangs zu ambulanten Leistungen im Gesundheitswesen, die sich auch auf die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie auswirken.

Für alle OECD-Länder gilt gleichermaßen, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung inklusive der psychischen Gesundheitsversorgung jährlich weiter ansteigen. In allen OECD-Ländern wird um die Aufrechterhaltung der Finanzierbarkeit,

insbesondere der finanziellen Nachhaltigkeit, und der Ressourcen im Gesundheitswesen gerungen. Alle Bürger eines Landes besitzen ein Anrecht auf den Zugang zu einer angemessenen und qualitativ hochwertigen Versorgung. Damit dieses Anrecht auch für zukünftige Generationen gilt, scheint es geboten, Regulierungs- und Rationierungsmechanismen innerhalb der Gesundheitssektoren einzusetzen, um die bestehenden Ressourcen zu sichern.

OECD-Land	Zugang zur Psychol. Psychotherapie	Kosten für Patienten	Obergrenzen
Australien	Nur mit Überweisung vom Allgemeinmediziner (Pädiater oder Psychiater)	15 % Mitversicherung auf Gesamtbetrag	Mitversicherungsobergrenze liegt bei AU\$ 461 pro Jahr
Deutschland	Direkt	Keine Zuzahlung, kein Selbstbehalt	Nicht notwendig
Frankreich	Nur mit Überweisung vom Allgemeinmediziner	€ 1 pro Arztkontakt oder Therapeutenkontakt/ 30 % bis 40 % Mitversicherung auf Gesamtbetrag	Zuzahlungsobergrenze liegt bei € 50; Mitversicherung durch PKV gedeckt, ansonsten ohne Obergrenze
Großbritannien	Nur über Allgemeinmediziner oder direkt über IAPT	Keine Zuzahlung, kein Selbstbehalt	Nicht notwendig
Irland	Nur mit Überweisung vom Allgemeinmediziner	Alle Bürger ohne Gesundheitskarte tragen 100 % der Behandlungskosten	Keine
Niederlande	Nur mit Überweisung vom Allgemeinmediziner	Die vollen Kosten bis zur Erreichung des jährlichen Selbstbehalts	€ 385 oder freiwillig € 500 (bei geringerer Prämienzahlung)
Norwegen	Nur mit Überweisung vom Allgemeinmediziner	NOK 386 pro Therapeutenkontakt	Zuzahlungsobergrenze liegt bei NOK 3.040
Schweiz	Nur auf Anordnung eines Facharztes	Die vollen Kosten bis Franchiseobergrenze und 10 % Mitversicherung bis zur Erreichung des jährlichen Selbstbehalts	Franchise wählbar zwischen CHF 300 bis CHF 2.500; Selbstbehalt auf CHF 700 (Erwachsene) begrenzt

Als Kompromiss wird demnach ein Nachhaltigkeitsansatz (ein sozialer Investitionsansatz) hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitsleistungen, Finanzierbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung benötigt. Unabhängig von den vier unterschiedlichen Gesundheitssystemen lässt sich dieser Ansatz für die psychische Gesundheitsversorgung in allen eingeschlossenen OECD-Staaten ausmachen.

Für die psychische Gesundheitsversorgung lässt sich feststellen, dass alle OCED-Hoheinkommensländer den Wechsel von der spezialisierten Krankenhausversorgung zu einer gemeindenahen und ambulanten Versorgung vollziehen, jedoch unterschiedlich weit fortgeschritten sind. Damit soll Patienten die wohnortnahe Anbindung an psychiatrische und psychotherapeutische Dienste ermöglicht werden.

Es gibt jedoch bedeutsame Herausforderungen beim Zugang der Menschen mit psychischen Störungen zur ambulanten Psychotherapie. Diese Barrieren lassen sich aus Patientensicht den Dimensionen physische Erreichbarkeit, Finanzierbarkeit und persönliche Faktoren zuordnen.

1. physische Erreichbarkeit

- Systembedingt durch koordiniertes System (Hausarzt als Türwächter)
- Wartelisten (keine Terminvergabe) und lange Wartezeiten
- Verteilung der Psychotherapeuten (Entfernung zum Therapeuten, Therapeutendichte)
- Kooperation zwischen den Sektoren, Diensten und Leistungserbringern

2. Finanzierbarkeit

- Höhe der Eigenbeteiligung
- Umfang der Leistungen

3. persönliche Faktoren

- Gesundheitskompetenz seitens der Patienten
- Akzeptanz und Bereitschaft zur Inanspruchnahme seitens der Patienten
- Stigmatisierung und Zuschreibungen seitens der Leistungserbringer und der Patienten
- Medienkompetenz seitens der Leistungserbringer

7 Herausforderungen bei der psychotherapeutischen Leistungserbringung

Limitierend muss vorab konstatiert werden, dass Daten zur Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen nicht einheitlich und nur eingeschränkt verfügbar waren.

Für alle betrachteten Länder wurde in den vergangenen Jahren eine stetig zunehmende Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen beobachtet. Gleichzeitig trifft zu, dass die bereitgestellten **Therapiekontingente** in den Ländern durchschnittlich nicht ausgeschöpft werden und die in Anspruch genommenen Stunden deutlich unter der Inanspruchnahme in Deutschland liegen.

Ebenso wurden in allen betrachteten Ländern **Wartezeiten** auf einen Erstkontakt, das Erstgespräch und den Behandlungsbeginn festgestellt. Wartezeiten werden nicht einheitlich und mehrheitlich nicht regelhaft erfasst. Wartezeiten werden entweder (1) als Zeitspanne bis beispielsweise Behandlungsbeginn, (2) als Rate bzgl. einer definierten Zeitdauer bis beispielsweise Behandlungsbeginn, (3) das damit zusammenhängende Führen von Wartelisten, oder (4) als Rate bzgl. einer festgesetzten Zielvorgabe für Wartezeiten angegeben. Die letztgenannte Rate wird entweder darstellt für diejenigen, für die die Zielvorgabe erreicht wurde oder für diejenigen, für die die Zielvorgabe nicht erreicht bzw. verletzt wurde.

Auch weisen **hohe Verschreibungsraten von Medikamenten** (insbesondere Antidepressiva) durch Allgemeinmediziner oder Psychiater in den betrachteten OECD-Ländern auf Barrieren der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie hin.

Ein weiterer Punkt sind die zu Beginn beschriebenen Versorgungslücken (Versorgungslücken bei niederschwelligen, geringintensiven und unzureichenden Versorgungsleistungen). Es wird zudem eine angebotsinduzierte Nachfrage an psychotherapeutischen Leistungen in den Regionen angenommen, in denen eine hohe Therapeutendichte vorliegt. All diese Punkte weisen auf eine **Fehlversorgung** psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen hin.

Als **Folgen** werden

1. eine Ausweitung der ungedeckten Bedarfe,
2. negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen,
3. negative Auswirkungen auf patientenbezogene Behandlungsergebnisse,
4. negative Erfahrungen der Patienten mit dem psychiatrischen Gesundheitswesen und
5. reduzierte Lebensqualität angenommen.

Unterschiedliche **Lösungen** kommen für die Bewältigung einer Fehlversorgung in Betracht wie:

1. Kurzfristige Erhöhung der Kapazitäten,
2. Langfristige Planung der Kapazitäten (Aus- und Weiterbildung),
3. Anreize zur Ansiedelung in Regionen mit geringer Therapeutendichte,
4. Anreize zur Arbeit nach gestuften Versorgungsmodellen,
5. Schaffung neuer Rollenprofile.

8 Gesundheitspolitische Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Psychotherapie in den OECD-Ländern

Ausgehend von den in allen OECD-Ländern zu beobachtenden (1) hohen Quote von psychischen Störungen (vor allem verbreitet auftretenden psychischen Störungen) in der Gesellschaft, (2) den damit verbundenen hohen direkten und indirekten Kosten und (3) dem festgestellten unzureichenden Zugang zur ambulanten Psychotherapie verbunden mit langen Wartezeiten und geringen Behandlungsquoten, wurden in vielen Ländern Programme zur Verbesserung des Zugangs geschaffen.

Australien

(1) Das Programm „Besserer Zugang zu Psychiatern, Psychologen und Allgemeinmediziner durch den MBS-Katalog“ (Better Access) der Zentralregierung aus dem Jahr 2006 sollte Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen für die psychische Gesundheit verbessern und das erhebliche Stadt-Land-Gefälle bei der Leistungsnutzung reduzieren. Das Programm bezog sich primär auf Medicare-Leistungen der zentralen Krankenversicherung. Es wurden fortlaufend neue MBS-Abrechnungspositionen für die psychologischen Therapien geschaffen und bestehende MBS-Items für psychologische Behandlungen durchgesehen. Aus diesen Maßnahmen resultiert beispielsweise, dass Menschen mit psychischen Störungen 10 individuelle Sitzungen mit psychologischen Therapien pro Jahr durch Klinische Psychologen, 10 individuelle Sitzungen fokussierter psychologischer Strategien pro Jahr und Videokonsultationen mit klinischen Psychologen im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen und können. Psychologen, ohne eine akkreditierte Ausbildung zum Psychotherapeuten, sind im Rahmen von Better Access berechtigt fokussierte psychologische Strategien zu erbringen.

(2) New Access seit 2013 basiert auf dem englischen IAPT und wurde über die Netzwerke der Allgemeinmediziner in Australien lanciert. Angesprochen werden alle Personen mit geringen bis moderaten Bedarf an psychologischen Therapien, insbesondere diejenigen, die gegenwärtig keine Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen. Einschreiben können

sich alle Personen. Der Zugang ist kostenfrei und ohne Überweisung möglich. Nach einer Ersteinschätzung (bis zu 60 Minuten) können bis zu fünf je 30-minütige Sitzungen auf der Basis kognitiver Verhaltenstherapie bei einem NewAccess Coach in Anspruch genommen werden.

(3) Darüber hinaus gibt es veraltete Programme, die in einem deutlich geringeren Umfang fortgeführt werden (das Programm Zugang zu psychologischen Dienstleistungen [Access to Allied Psychological Services, kurz ATAPS]) oder ein Nischendasein fristen (Anreizprogramm zur Beschäftigung von Pflegefachpersonen für psychische Gesundheit in der Grundversorgung (Mental Health Nurse Incentive Program)).

Großbritannien (England)

(1) Improved Access to Psychological Therapies, kurz IAPT ist für alle Personen mit verbreitet auftretenden psychischen Störungen gedacht. Es sollen leitliniengetreue evidenzbasierte psychologische Therapien, routinemäßige Überprüfungen der Zielkriterien und regelmäßig auf die Zielkriterien gerichtete Supervisionen angeboten werden. IAPT ist im Gesundheitssystem Englands fest verankert und wurde 2022 in NHS-Talking Therapy umbenannt. Es wird nach einem bedarfsangepassten gestuften Modell vorgegangen. Stufe 1 dient der Erkennung der Störung, dem Assessment und der kontrollierten Wartebedingung. Stufe 2 richtet sich an Patienten mit leicht bis moderat ausgeprägter Symptomatik, die mit geringintensiven Therapien behandelt werden, z. B. Kurzintervention mit sechs bis acht Sitzungen pro Patienten mit angeleiteter Selbsthilfe. Für diese Stufe wurde das Berufsbild des Experten für das psychische Wohlbefinden (Psychological Wellbeing Practitioner) mit eigener Ausbildung geschaffen. Stufe 3 richtet sich entsprechend an Patienten mit mindestens moderater Symptomatik, die mit hochintensiven Therapien ambulant behandelt werden. Das bedeutet beispielsweise, dass bei mittelschwerer bis schwerer Depression für die Stufe 3 kognitive Verhaltenstherapie mit hoher Intensität mit bis zu 20 Sitzungen angeboten wird.

(2) Für Kinder und Jugendliche wurde das Children and Young People Improved Access to Psychological Therapies, kurz CYP-IAPT etabliert. Das Angebot von CYP-IAPT richtet sich an junge Menschen im Alter von 6 bis 18 Jahren mit leichten bis mittelschweren psychischen Störungen wobei insbesondere Depressionen und Angststörungen gemeint sind. Es werden drei unterschiedliche Berufsgruppen zur Versorgung eingesetzt und ausgebildet: (a) gemeindebasierte Arbeitskräfte als Experten für das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen (Child Wellbeing Practitioner), welche psychologische Interventionen mit geringerer Intensität für häufig auftretende psychische Störungen anbieten, (b) Schulexperte für die psychische Gesundheit (Educational Mental Health Practitioner) zum Einsatz in Schulen und (c) hochqualifizierte Arbeitskräfte für die höher intensiveren Behandlungen für Kinder und Jugendliche mit kognitiver Verhaltenstherapie, systemischer Therapie, Eltern-Training, interpersoneller Psychotherapie u. a. Die Experten für das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und die Schulexperten für die psychische Gesundheit werden inhaltlich ausgebildet in Prinzipien der angeleiteten Selbsthilfe (Hilfe-zur-Selbsthilfe) nach der Theorie des sozialen Lernens und nach den Prinzipien der Verhaltensaktivierung.

Frankreich

Auch für Frankreich ist das gestufte Versorgungsmodell politisch gewünscht. Von 2018 bis 2021 lief in vier französischen Départements ein Pilotprojekt unter Beteiligung der regionalen Gesundheitsbehörden und lokalen Krankenkassen. Es basierte auf der grundlegenden Idee des englischen IAPT. Das Projekt sollte die Identifizierung und Überweisung von Patienten mit leichten bis mittelschweren psychischen Störungen durch die Allgemeinmediziner verbessern, um die koordinierten Versorgungspfade der Anbieter im psychischen Gesundheitswesen in Frankreich zu stärken. Eingebunden wurden

auch Psychologen. Patienten war die Teilnahme ohne Zuzahlungen möglich. Die Psychologen wurden direkt von den örtlichen Krankenkassen auf der Grundlage fester Tarife bezahlt. Geplant waren einleitend bis zu 10 psychotherapeutische Sitzungen, die bei Bedarf noch einmal um bis zu 10 Sitzungen erweitert werden konnten. Seit April 2022 läuft dieses Programm unter dem Namen Mon Soutien Psy und gilt für alle Personen ab drei Jahren, die eine leichte bis mittelschwere psychische Störung (insbesondere Angst- oder depressive Störung) aufweisen. Es können bis zu 12 Sitzungen bei einem registrierten Psychologen erstattet werden, wenn diese vorher von einem Arzt (Allgemeinmediziner, Kinder- und Jugendmediziner, Psychiater oder Schulmediziner) angeordnet wurden.

Irland

(1) Mit der Psychologischen Beratung in der Grundversorgung (Counselling in Primary Care, kurz CIPC) sollen bedarfsangepasste psychologische Beratungen, Unterstützungen und Gesprächstherapien in der öffentlichen Gesundheitsversorgung und der Grundversorgung für alle Personen mit einer Gesundheitskarte angeboten werden. Es soll die Inanspruchnahme von Psychopharmaka von Allgemeinmediziner und Angeboten der spezialisierten Versorgung reduziert werden. Das Programm ist für Erwachsene ab 18 Jahren mit leichten bis mittelschweren psychischen Störungen ausgelegt, die vom Allgemeinmediziner in das Programm überwiesen wurden. CIPC wurde in allen Gesundheitsregionen der HSE an ca. 250 Standorten etabliert. Psychologisch Beratende und Therapeuten sind klinische Psychologen, Psychotherapeuten und Beratende mit Berufszulassung von anerkannten Berufsverbänden und Fachgesellschaften.

(2) Zusätzlich gibt es ein bisher nur in einer Grafschaft pilotiertes Programm für alle Bürger namens Zugang zu psychologischen Diensten in Irland (Access to Psychological Services Ireland, kurz APSI).

Niederlande

(1) In den Niederlanden werden seit 2008 Pflegefachpersonen für psychische Gesundheit (PF-PG) in der Grundversorgung eingesetzt. Ziele sind (a) Reduktion der Arbeitslast der Allgemeinmediziner, (b) Verbesserung des Zugangs zur psychischen Gesundheitsversorgung, (c) Reduktion der Anzahl an Überweisung in die spezialisierte Versorgung, (d) Verbesserung der Patientenzufriedenheit, (e) kosteneffektivere Behandlung durch Übernahme von Tätigkeiten der Grund- und spezialisierten Versorgung. Die PF-PG haben eine akademische Ausbildung und sind psychiatrisch weitergebildet. Im Jahr 2015 hatten 85 Prozent der Allgemeinpraxen eine PF-PG. Die Aufgaben der PF-PG sind vielfältig und reichen von diagnostischer Klärung, Screening auf psychische Probleme, Überweisung an andere psychologische und psychosoziale Dienstleister und Bereitstellung von psychosozialer Beratung, Kurzberatung oder Kurzzeitbehandlung auf der Grundlage von motivierenden Gesprächen oder Psychoedukation. Da die PF-PG psychosoziale Beratung, Kurzberatung oder Kurzzeitbehandlung in der Allgemeinpraxis anbietet, ist der Zugang niederschwellig.

(2) Psychologen in der Grundversorgung sollen alle Fälle behandeln, die ehemals auch in der spezialisierten Versorgung behandelt wurden, jedoch aus Gründen der Schonung der hochqualifizierten Ressourcen in der Grundversorgung verbleiben sollen. Dazu gehören Patienten mit leichten bis schweren psychischen Störungen, die einen geringen bis moderaten Grad der Komplexität aufweisen. Die Behandlung verläuft strikt nach dem gestuften Modell, indem fachübergreifende Basisleistungen für die psychische Gesundheit durch Psychologen in der Grundversorgung bereitgestellt werden. I. d. R. werden Gesundheitspsychologen eingesetzt. Sie bieten kognitive Verhaltenstherapie oder patientenzentrierte Therapien an und dürfen alle Verhaltens- und psychischen Störungen diagnostizieren, jedoch davon ausschließlich die leichteren Fälle behandeln. Bei komplexeren oder schwereren psychischen Störungen, die nicht mehr von Psychologen in der Grundversorgung behandelt werden können, erfolgt die Überweisung in die spezialisierte Versorgung. Die Leistungen des Gesundheitspsychologen sind für die Bevölkerung kostenfrei. In einer Kosteneffektivitätsstudie wurden die Effekte und Kosten der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung verglichen. Die strikte Versorgung von Menschen mit Angststörungen und Depressionen in der Grundversorgung stellte sich als kosteneffektiv heraus.

Norwegen

Im Jahr 2012 wurde das Programm Rask Psykisk Helsehjelp kurz RPH, vom Gesundheitsministerium als Pilotprojekt ins Leben gerufen. Es wurde durch das aus England stammende IAPT inspiriert. Der Dienst ist vertikal in das psychische Gesundheitssystem integriert und ist auch per Selbstüberweisung zugänglich. Die Kosten von RPH trägt die Gemeinde im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung. RPH arbeitet mit der kognitiven Verhaltenstherapie in Form von Kurzzeittherapien mit regulär 8 bis 10 Sitzungen. Dafür gibt es zwei nach Schweregrad unterteilte Behandlungsmodalitäten: (a) geringintensive Behandlung mit selbstangeleiteter und gruppenbasierter Psychoedukation und (b) hochintensive persönliche kognitive Verhaltenstherapie. Das Angebot richtet sich an Menschen mit Angststörungen und Depression ab einem Alter von 16 Jahren. Im Jahr 2022 gab es RPH bereits an 78 Standorten verteilt über ganz Norwegen. In den Standorten arbeiten multiprofessionelle Teams von denen mind. ein Teammitglied ein klinischer Psychologe ist. Die anderen Therapeuten haben eine mind. dreijährige akademische Ausbildung in Gesundheits- oder Sozialberufen absolviert.

Schweiz

Seit dem 1. Juli 2022 werden die Kosten für die psychologische Psychotherapie in der Schweiz von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen, wenn eine entsprechende ärztliche Anordnung vorliegt. Das ehemalige Delegationsmodell wurde damit abgelöst. Anordnen dürfen ausschließlich Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin (ehemalige Internisten und Allgemeinmediziner), Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, sowie Ärzte mit dem interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomatische und psychosoziale Medizin. Mit der Einführung des Anordnungsmodells sind die Kosten in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gestiegen. Als wesentlicher Treiber wird die Tarifierhöhung im Psychotherapietarif benannt, sowie die Verlagerung von Selbstzahler- und Zusatzversicherungsbereich, ein Abbau von Unterversorgung und eine erhöhte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen.

9 Umfang der psychotherapeutischen Leistungen

In allen OECD-Ländern gibt es einen Anspruch auf ambulante Psychotherapie im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung (siehe Tabelle 18 im Gutachten).

Der Umfang des Therapiekontingents ist in Deutschland abhängig von der gewählten Therapieform (Kurzzeit- oder Langzeittherapie) und dem Psychotherapieverfahren. Das einzusetzenden Psychotherapieverfahren gibt die Psychotherapie-Richtlinie vor.

In den anderen Ländern gibt es keine Psychotherapie-Richtlinie oder vergleichbare Vorgaben. Es gibt keine Unterscheidung zwischen sozial- und berufsrechtlicher Anerkennung der Psychotherapieverfahren. Es wird hingegen häufig formuliert, dass Verfahren erstattet werden, deren „Wirksamkeit wissenschaftlich anerkannt“ ist. Dabei war es im Rahmen des Gutachtens nicht leicht nachzuvollziehen, um welche Verfahren es sich dabei handelt. Daher wurde angenommen, dass die Verfahren erstattet werden, die auf den Seiten der Ministerien, der staatlichen Einkäufer von Gesundheitsleistungen (z. B. NHS) sowie der staatlichen Versicherungen (z. B. Medicare) gelistet sind.

Für England und den NHS kann angenommen werden, dass die NICE-Leitlinien, obgleich sie nicht verpflichtend sind, zur Behandlung psychischer Störungen einen verbindlicheren Charakter haben als beispielsweise die Leitlinien in Deutschland.

Dahingehend werden in den anderen OECD-Ländern weitere als die vier in Deutschland anerkannten Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und systemische Therapie) in der Versorgung eingesetzt. Dazu zählt vor allem die interpersonelle Therapie. In vielen Fällen beschränkt sich das angewendete Verfahren in den nationalen Programmen zur

Verbesserung des Zugangs auf Verhaltenstherapien. Ein interessanter Aspekt ist, dass in den Niederlanden die Psychoanalyse (analytische Psychotherapie) aufgrund mangelnder Empirie nicht mehr erstattet wird.

Die öffentlich geförderten Gesundheitsprogramme sind, außer in Frankreich, von Zuzahlungen befreit. Für darüberhinausgehende Versorgungsformen ist bei der Inanspruchnahme psychologischer Leistungen ein Eigenanteil zu entrichten. Dieser wird entweder prozentual der Kosten berechnet, oder ist mit einem festen Betrag je Sitzung angelegt. Über eine staatlich festgelegte Begrenzung des Selbstbehalts oder durch einen prozentualen Steuererlass wird versucht, das persönliche finanzielle Risiko bei der Inanspruchnahme zu verringern. In Deutschland wird kein Eigenanteil erhoben.

Außerhalb der öffentlichen Gesundheitsversorgung gibt es in allen Ländern die Möglichkeit, über private Anbieter oder Niedergelassene psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Teilweise sind es dieselben Anbieter von Gesundheitsleistungen wie in der öffentlichen Gesundheitsversorgung.

Ebenfalls variieren die Therapiekontingente beträchtlich. Irland, Frankreich und Australien bieten auf nationaler Ebene Kurzzeitinterventionen für zumeist leichte bis mittelschwere und insbesondere verbreitet auftretende psychische Störungen im Umfang von 4 bis 12 Sitzungen an. Ebenfalls sind in England, Norwegen und den Niederlanden nationale Programme zusätzlich zu regulär für die Bevölkerung zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Leistungen etabliert worden. Diese Kurzzeitinterventionen haben einen Umfang von 8 bis 20 Sitzungen. Die Therapiekontingente sind mehrheitlich nicht verlängerbar. In der Schweiz können bis zu 40 Sitzungen im Rahmen der Psychotherapie durch ärztliche Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden. Eine Verlängerung ist

möglich. Langzeitpsychotherapien mit einer Verlängerung des Therapiekontingents in Abhängigkeit vom Psychotherapieverfahren bis zu einer Höhe von 300 Sitzungen wie in Deutschland bei der analytischen Psychotherapie gibt es in keinem anderen OECD-Land.

Es ist eine konstante Erkenntnis aus Studien zur Dosis-Wirkungsbeziehung der Psychotherapie, dass ein erheblicher Anteil der Patienten zwischen 10 und 20 Sitzungen für eine bedeutsame Verbesserung der Symptomatik benötigt. Gleichzeitig ist herausgestellt worden, dass der Nutzen einer Psychotherapie nicht linear mit der Dauer der Therapie zunimmt. In Deutschland zeigt sich im Versorgungsalltag eindeutig, dass sich die Patienten hinsichtlich der Störungsbilder, Schweregrade der Erkrankung und abschließenden Behandlungserfolgen nicht zwischen den Therapieverfahren

unterscheiden. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der diagnostizierten Störung und dem Stundenkontingent an psychodynamischen Psychotherapien in Deutschland. Wenn sich entsprechend die Klientel, welches psychodynamische Psychotherapien mit hohen Stundenkontingenten in Anspruch nimmt, nicht von der Klientel unterscheidet, die Kurzzeittherapien in Anspruch nehmen könnte, dann (1) werden die wertvollen Ressourcen (hochqualifizierter Psychotherapeut) nicht sinnvoll genutzt, (2) können weniger Patienten erfolgreich behandelt werden und (3) entstehen für viele Patienten, die dringend eine Therapie benötigen, unnötig lange Wartezeiten, die schlimmstenfalls mit einer Verschlechterung oder Chronifizierung des Zustands verbunden ist. So muss zumindest die Frage erlaubt sein, ob die bewilligten Therapiekontingente für eine Langzeittherapie in Deutschland nicht flexibler gehandhabt werden sollten.

10 Die Rolle der Gruppenpsychotherapie

In allen OECD-Staaten werden Gruppentherapien durchgeführt. Einzig für Frankreich kann hier keine Aussage getroffen werden. Ein verpflichtender Einstieg über die Gruppentherapie in die psychotherapeutische Versorgung konnte nicht festgestellt werden. Die Anwendung der Gruppentherapie variiert zwischen den Ländern (1) in der erforderlichen Mindestanzahl an Personen, (2) in der minimalen und maximalen Durchführungszeit pro Sitzung, (3) dem Therapiekontingent sowie (4) der Vergütung. In allen Ländern ist es möglich, dass die Gruppentherapien in der Regel von einem bis zwei Therapeuten durchgeführt werden. Sie findet in Gruppen von mind. drei (Deutschland, Schweiz) bis max. zehn Personen (Schweiz, Australien) statt und dauert mind. 30 Minuten (England) bis max. 120 Minuten (Norwegen). I. d. R. gibt es in den OECD-Ländern keinen Unterschied zwischen den Therapiekontingenten für Einzel- und Gruppensitzungen. Eine Ausnahme bilden die

Langzeittherapien in Deutschland. Es ist in allen Ländern möglich, Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren. Die meisten OECD-Länder haben eine höhere Vergütung der Gruppentherapie gegenüber der Einzeltherapie vereinbart. Dazu wird der Therapeut (1) entweder für jeden einzelnen Teilnehmenden mit einem einheitlichen Betrag (z. B. Norwegen, Australien) oder (2) mit einem variablen Betrag vergütet, der sich an der Anzahl der Gesamtteilnehmenden bemisst (z. B. Deutschland). In der Schweiz ist dahingehend auffällig, dass sich auf die Minute gerechnet, die Vergütung der Einzel- und Gruppentherapie nicht unterscheidet. Dadurch wird für den Therapeuten de facto kein finanzieller Anreiz für die Durchführung einer Gruppentherapie gesetzt. Nur für Deutschland ist bekannt, dass das Potential der Gruppentherapien gegenwärtig aufgrund von Barrieren auf Seiten der Leistungserbringer und der Patienten nicht voll ausgeschöpft wird.

11 Technologiegestützte Versorgungsangebote

e-Mental-Health-Angebote

Gerade bei leichten bis mittelschweren psychischen Störungen können niedrigschwellige und effiziente Gesundheitsleistungen, die hochgradig skalierbar sind, eine innovative Lösung darstellen, um die Versorgungslücke zu schließen. Insbesondere lassen sich e-Mental Health-Lösungen im Rahmen von gestuften Versorgungsmodellen einsetzen. So könnten Psychotherapeuten ihre Ressourcen auf Menschen mit schweren psychischen Störungen konzentrieren.

In **Australien** sind technologiegestützte psychologische Therapien im Versorgungsalltag angekommen. Mit InnoWell wurde eine digitale Zuweisungsplattform für Menschen mit psychischen Störungen zur gestuften Versorgung anhand der Schwere der Störung, der Dringlichkeit und der persönlichen Therapiepräferenz geschaffen. Ergänzend dazu bietet MindSpot als onlinebasiertes Behandlungsprogramm einen zeitlich und räumlich unabhängigen Zugang zu Psychotherapie. Zusätzlich gibt es noch freie oder abonnementbezogene digitale psychische Gesundheits-Apps, welche jedoch, abweichend zu den DIGAs in Deutschland, nicht geprüft sind.

In den **Niederlanden** hat die Regierung eine großflächige Dissemination digitaler Angebote im Rahmen der Integration von Online-Interventionen in die reguläre Psychotherapie empfohlen. Mit Interapy besteht auch hier ein etabliertes Therapieangebot, welches den therapeutischen Kontakt mit digitalen Tools kombiniert.

Auch in **England** werden vielfach digitale Gesundheitsanwendungen genutzt, vor allem selbstangeleitete oder unterstützte Selbsthilfeprogramme. Es gibt eine landesweite Plattform namens togetherall, die unmittelbaren Zugang zu selbstangeleiteten e-Mental-Health-Lösungen bietet und rund um die Uhr von lizenzierten Gesundheitsberufen betreut wird. NICE beschäftigt sich im Rahmen der Leitlinienentwicklung und Bewertung der Evidenz mit digitalen Gesundheitsanwendungen und bezieht sie bei den Empfehlungen mit ein. Insbesondere bei der gestuften Versorgung werden Online-Behandlungsprogramme eingesetzt.

Die **Schweiz** belegt im internationalen Vergleich bzgl. Nutzung und Angebot von e-Mental-Health-Angeboten einen der letzten Plätze. Es fehlt bisher eine gesetzliche Grundlage für die Abrechnung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Die Einbeziehung von e-Mental-Health-Angeboten ist eine gesundheitspolitische Herausforderung, die in den entsprechenden Ministerien und den Organen der Selbstverwaltung bzw. deren oberste Beschlussgremien verhandelt werden muss. Hierbei muss zwischen niedrigschwelligen Selbsthilfe-Apps, DiGAs und hochwirksamen therapeutenunterstützten Online-Therapien unterschieden werden. Potenziell vermitteln die Ärzte besitzen dahingehend häufig unzureichende digitale Gesundheitskompetenz. Begrenzte Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten behindern die Ausbreitung und Anwendung von e-Mental-Health-Lösungen zusätzlich.

Telemedizin

Unter telemedizinischen Leistungen werden in erster Linie ambulante Behandlungen per Videoübertragung oder Telefonaten in Echtzeit verstanden. Telemedizin wird in allen OECD-Hoheinkommensländern im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsabdeckung in unterschiedlicher Ausprägung übernommen. Die COVID-19 Pandemie hat in nahezu allen OECD-Ländern zu einer starken Zunahme der Telemedizin bei der Durchführung psychologischer Therapien geführt. Keine Einschränkung bzgl. der Anwendung von Telemedizin im Rahmen psychotherapeutischer Leistungserbringung gibt es in Australien, England, den Niederlanden und Norwegen. In Frankreich gilt, dass max. 20 Prozent des jährlichen Gesamtumfangs an vertragstherapeutischen Tätigkeiten telemedizinisch durchgeführt werden dürfen. In Deutschland gilt eine Obergrenze für Videobehandlungen von 30 Prozent auf das Volumen an abgerechneten Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 im EBM pro Vertragspsychotherapeut und Quartal. Die Schweiz erlaubt ärztlichen Psychotherapeuten ausschließlich telefonische, aber keine Videobehandlung. Gänzlich ohne Regulation ist der Einsatz von Telemedizin in Irland.

12 Die Rolle der Prävention

Der Anteil der Menschen mit psychischen Störungen an der Gesamtbevölkerung setzt sich zusammen aus denjenigen, die bereits erkrankt sind (oder – bei der Lebenszeitprävalenz – auch waren) und denjenigen, bei denen psychische Störungen innerhalb einer bestimmten Zeitspanne (meist ein Jahr) neu auftreten (die Inzidenz). Es wird häufig dargestellt, dass die Prävalenz, d.h. die Anzahl derjenigen an der Gesamtbevölkerung, die eine psychische Störung aufweisen, immer weiter ansteigt. Dabei können die innerhalb eines Zeitraumes neu aufgetretenen psychischen Störungen nicht durch kurative Maßnahmen verhindert, sondern lediglich behandelt werden. Eine Verhinderung der Inzidenz psychischer Störungen ist ausschließlich durch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen möglich.

Eng verzahnt mit der Prävention und Gesundheitsförderung ist die gesundheitliche Ungleichheit. Unter gesundheitlicher Ungleichheit soll ein aufgrund sozialer Benachteiligung gegenüber privilegierteren Bevölkerungsgruppen bedingter systematischer Unterschied im Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen verstanden werden (geringes Einkommen, schlechte Wohnverhältnisse, schlechter Nachbarschaftszusammenhalt). So tragen diejenigen in den Gesellschaften der betrachteten Hoch-einkommensländer das größte Risiko für Erkrankungen, psychische Störungen und vorzeitige Mortalität, die einen geringen sozioökonomischen Status aufweisen.

Unter Berücksichtigung der Gesundheit in allen Politikfeldern können sechs Lebensphasen oder Lebenswelten als Ziele für die psychische Gesundheitsförderung und psychische Gesundheitsprävention ausgemacht werden:

1. Schwangerschafts- und Nachgeburtsphase der Mütter sowie Säuglings-Phase der Kinder,
2. Kleinkind- und Grundschulalter (grob 2 bis 10 Jahre),
3. junge Menschen im Alter von 11 bis 24/25 Jahren (Adoleszenz und junge Erwachsenenphase),
4. Menschen im Arbeitsleben und am Arbeitsplatz (grob 18 Jahre bis Renteneintrittsalter),
5. Menschen in Arbeitslosigkeit und
6. ältere Menschen (grob ab 70 Jahre).

Dahingehend müssten in Deutschland Präventionsbemühungen für junge Menschen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter, für Menschen in Arbeitslosigkeit und ältere Menschen intensiviert werden.

13 Ansätze für die Weiterentwicklung der Versorgung

Wenn wertvolle Ressourcen fehl- oder nicht sinnvoll genutzt werden, können weniger Patienten erfolgreich behandelt werden und es entstehen für viele Patienten, die dringend eine Therapie benötigen, unnötig lange Wartezeiten. Dies wiederum führt zu **Regulierungs- und Rationierungsmechanismen**. Die nachfolgenden Punkte sollen als Impulse für die erforderliche Diskussion zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dienen. Hierbei wurden die im Gutachten beschriebenen Ansätze aus dem internationalen Vergleich berücksichtigt.

1. Die im Gutachten angeführten Erkenntnisse zeigen auf, dass eine **evidenzbasierte Versorgung** die Grundlage der zur Verfügung stehenden Behandlungsangebote darstellen muss. Dies gilt sowohl für die zur Versorgung eingesetzten Verfahren als auch für die Versorgungspfade.
2. Die **Einbindung neuer Gesundheitsprofessionen** müsste im Zusammenhang mit einer obligaten Patientensteuerung und der damit verbundenen **gestuften Versorgung** diskutiert werden. Sollen Patienten mit leichten bis mittelschweren Störungen zunächst ausschließlich primärärztlich versorgt werden, ist dies durch Allgemeinmediziner nicht zusätzlich leistbar. Hier bedarf es einer personellen und fachlichen Unterstützung. Dadurch könnten jedoch Ressourcen in der psychotherapeutischen Versorgung freigesetzt werden, welche für Patienten mit einem höherintensiven Versorgungsbedarf eingesetzt werden könnten.
3. Ebenso muss der **Versorgungsumfang** betrachtet werden. Es gibt in Deutschland keinen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der diagnostizierten Störung und dem Stundenkontingent. Eine konstante Erkenntnis aus Studien zur Dosis-Wirkungsbeziehung der Psychotherapie ist, dass ein erheblicher Anteil der Patienten zwischen 10 und 20 Sitzungen für eine bedeutsame Verbesserung der Symptomatik benötigt.
4. In Deutschland gibt es keine **finanzielle Beteiligung** der Patienten an der psychotherapeutischen Versorgung. Dies stellt im internationalen Vergleich eine absolute Ausnahme dar.
5. **Onlinebasierte Behandlungsprogramme** haben sich als sehr effektiv erwiesen und werden bereits vielfach eingesetzt. Für eine Verstetigung wären berufs- und sozialrechtliche Änderungen erforderlich.
6. **Präventive Maßnahmen** müssen in allen Lebensphasen bzw. -welten im Sinne der Gesundheit in allen Politikfeldern fest implementiert werden.