

Rasche und wirksame Versorgung psychisch belasteter Menschen

Erste Ergebnisse eines Programms zum Management von Kurzzeit-Therapie und Beratung

Norbert Hartkamp und Kai Lenßen

Zusammenfassung: Die Versorgung psychisch belasteter (und von Krankheit bedrohter) Menschen ist unzureichend, die hieraus resultierenden volkswirtschaftlichen, betriebswirtschaftlichen und gesundheitsökonomischen Kosten sind bekannt. Die Bedarfe an Versorgung sind in Zeiten gesellschaftspolitischer, pandemischer und ökologischer Krisen weiter gestiegen. Mit „ProMPt“ hat unser Unternehmen Sigmund Psychotherapie ein Programm auf den Markt gebracht, das auf die zeitnahe und kompakte Behandlung abzielt und effektiv hilft, die Versorgungslücke zu schließen.

Psychische Erkrankungen belasten das Gesundheitssystem

Die Zahlen an Krankschreibungen und Arbeitsunfähigkeitstagen wegen psychischer Störungen steigen weiter ungebremst. Dies stellt das deutsche Gesundheitssystem zunehmend vor ein Problem. Bereits vor zehn Jahren (Jacobi et al., 2014, 2016) wurde der Anteil psychisch Erkrankter in der deutschen Erwachsenenbevölkerung auf 27,8 Prozent, entsprechend 17,8 Mio. Personen, ermittelt. Allein 9,8 Prozent (6,3 Mio.) litten unter einer affektiven Störung, 15,4 Prozent (9,9 Mio.) an einer Angststörung, 3,6 Prozent (2,3 Mio.) an Zwangsstörungen und 3,5 Prozent (2,2 Mio.) unter somatoformen Störungen.

Die volkswirtschaftlichen Kosten psychischer Krankheit wurden für Deutschland für das Jahr 2012 auf 33 Mrd. Euro an direkten Kosten beziffert (Salize, 2023) und sie dürften – die für den Zeitraum von 2002 bis 2008 berichtete Kostensteigerungsrate in diesem Feld zugrunde gelegt – inzwischen bei ca. 48 Mrd. Euro liegen.

Ein weiterer Indikator der volkswirtschaftlichen Kosten sind die Verluste an Erwerbstätigkeitsjahren durch psychische Erkrankungen, die sich 2008 bereits auf 736 Tsd. beliefen (Salize 2023), und auch hier darf ein weiterer, erheblicher Anstieg vermutet werden. Diese Zahl ist höher als die für Krebserkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen oder Herz- und Kreislaufkrankungen.

Auch international wird eine erhebliche Krankheitslast durch psychische Störungen beschrieben. Die Global Burden of Disease Study 2021 (Ferrari et al., 2024) belegt alleine für depressive Störungen eine weltweite Anzahl von ca. 332 Mio. Fällen, von denen nur ein Fünftel in entwickelten Ländern und weniger als 4 Prozent in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen eine annähernd effektive Behandlung erhalten (Thornicroft et al., 2017). In Deutschland betrug die Wartezeit zwischen dem Erstkontakt

mit einer PsychotherapeutIn und dem Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie (Richtlinien-PT) nach den Ergebnissen der aktuellen ES-RiP-Studie (Kruse et al., 2024) im Mittel 112 Tage mit einer durchschnittlich etwas längeren Wartezeit bei komplex Erkrankten. Bei einem größeren Teil von Versicherten fanden innerhalb der Wartezeit bereits psychotherapeutische Sprechstunden, eine vertiefte Exploration oder die Erhebung einer biografischen Anamnese statt. Dennoch empfanden von den in der ES-RiP-Studie befragten Patienten – auch nach der Psychotherapie-Reform von 2017 – 39,1 Prozent die Wartezeit auf einen ersten Gesprächstermin als zu lang und 18,8 Prozent die Wartezeit auf einen Therapieplatz (Kruse et al., 2024, eSupplement 4, Tabelle 1).

Trotz vermehrter Versorgungsangebote verringern sich die Prävalenzen psychischer und psychosomatischer Störungen nicht (Thom et al., 2019), und dies gilt in Deutschland ebenso wie in vielen anderen entwickelten Ländern (Jorm et al., 2017). Dazu mag beitragen, dass es in Deutschland, wie auch in anderen Ländern, eine Tendenz zu Pathologisierung auch letztlich normaler und erwartbarer Lebensprobleme (Roth & Steins, 2024) gibt – diesen Umstand in den Blick zu nehmen, löst aber das bestehende drängende Versorgungsproblem nicht.

Kurzzeittherapie und -beratung als Lösung

In verschiedenen Ländern wurden Programme von Kurzzeittherapie und -beratung implementiert, um den hohen Prävalenzraten psychischer Störungen zu begegnen. So wurde im Vereinigten Königreich 2008 das Programm IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) eingeführt, das heute als NHS Talking Therapies, for anxiety and depression ca. 1,9 Mio. Erkrankte pro Jahr erreicht. In diesem Programm werden Selbsthilfe-Maßnahmen, Gruppengespräche und Einzelberatungen im persönlichen Kontakt, mittels Telefon oder mit Videounterstützung durchgeführt. Es kommen verschiedene therapeutische Vorgehensweisen zum Zuge, von Kognitiver Verhaltenstherapie über dynamische interpersonelle Therapie und EMDR bis hin zu achtsamkeitsbasierten Verfahren (NHS, 2021).

Analoge Programme wurden zwischenzeitlich in Norwegen (Knapstad et al., 2018), Finnland (S. Saarni et al., 2022; S. E. Saarni et al., 2023), Australien (Baigent et al., 2023), Spanien (Cano-Vindel et al., 2022) und versuchsweise in Frankreich (Gandré et al., 2019) eingeführt.

In Deutschland gab es mit der im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie von 2017 eingeführten Akutbehandlung einen eher halbherzig bleibenden Versuch, die psychotherapeutische Versorgung an die Notwendigkeiten anzupassen. Akutbehandlungen sollen dem Text der PT-Richtlinie nach (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021) im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik dienen und auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik ausgerichtet sein, ohne dass zugrundeliegende ätiopathogenetische Einflussfaktoren umfassend bearbeitet werden. Dies findet aber überwiegend nicht statt. Der G-BA ist in den „Tragenden Gründen“ der Psychotherapie-Reform vom 24.11.2016 (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016) davon ausgegangen, dass 15 Prozent der bisherigen Kurzzeittherapien zukünftig als Akutbehandlungen durchgeführt würden, was sich in der neueren ES-RiP-Studie (Kruse et al., 2024) insoweit bestätigt, dass nach der PT-Reform 16,8 Prozent Akutbehandlungen durchgeführt werden, gemessen an der Zahl der vor der Reform durchgeführten Kurzzeittherapien. Gleichzeitig äußern PsychotherapeutInnen Kritik an diesem Verfahren, das auch seltener genutzt werde (Abels et al., 2023). Grobe et al. (2021) berichten in der etwas älteren Studie auf Basis von Daten der Barmer Krankenkasse, dass lediglich 7,7 Prozent der Patienten eine Akutbehandlung erhalten. Nach Angaben der BPtK (2018, S. 13) spielte die Vermittlung für eine Akutbehandlung anfänglich „kaum eine Rolle“.

Auch die neuere Studie von Hentschel und Böker (2023) lässt nicht erkennen, dass Akutbehandlung als eigenständige Versorgungsform etabliert sei. Nicht nur berichten sie über einen deutlich geringeren Anteil von Akutbehandlungen an der Gesamtheit psychotherapeutischer Behandlungen als die ES-RiP-Studie (10 %), sondern sie differenzieren inhaltlich auch in keiner Weise zwischen dieser Behandlungsform und der Kurzzeit-Psychotherapie der PT-Richtlinie, was der gelebten Realität entsprechen dürfte, in der die Akuttherapie lediglich als bequeme Alternative zur Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) genutzt wird.

ProMPt – Programm zum Management von psychotherapeutischer Beratung

ProMPt ist ein kurzfristig innerhalb von zehn Werktagen flexibel verfügbares, ambulantes Angebot einer eigens entwickelten systematischen, hypothesengeleiteten und anlassbezogenen psychosozialen Kurzzeit-Intervention für psychisch belastete Menschen mit einem maximalen Umfang von zehn Sitzungen, die im „Face-to-face“-Kontakt oder im Rahmen von (Video-)Telefonie durchgeführt werden. Es handelt sich nicht um eine verkürzte Psychotherapie, sondern um eine auf den Bedarf komprimierter Hilfe ausgerichtete Intervention mit hoher Anwendungs- und Versorgungsintensität. Die Intervention ist multimethodal und transdisziplinär konzeptioniert, wissenschaftlich fundiert und zielt auf eine nachhaltige Wirkung ab.

Inhaltlich ist der Interventionsansatz an Biografie, Ressourcen und Lebenswelt orientiert. Er berücksichtigt neben den intrapsychischen und interpersonellen Verhaltensfaktoren auch die Gesundheit fördernden, erhaltenden und schützenden Sub-Systeme wie Arbeitsplatz, Wohnumgebung und Familie sowie die situativen Bedingungen der Ratsuchenden und integriert somit ein auf Verhältnisprävention ausgelegtes Vorgehen.

Die theoretischen Grundlagen des Konzepts bilden insbesondere die sozial- und systemtheoretische Modellforschung, arbeits- und organisationspsychologische Theorieansätze sowie Anleihen aus zahlreichen psychologischen Modellen und Konzepten wie: Personzentrierter Ansatz, Lerntheorie, lösungsfokussierte Methoden, Stressforschung, Rational-Choice-Theorien, Salutogenese-Prinzip, Ressourcenorientierung, Mentalisierungskonzept oder Bindungstheorie.

Die Phasen der Intervention rekurren im Wesentlichen auf die Problemerkennung vor dem Hintergrund der Krankheitsgenese, die partizipative, konkrete Therapiezielklärung und -vereinbarung, das Ableiten eigener Handlungs- und Bewältigungsstrategien sowie die Rückfallprophylaxe. Bei Bedarf werden auch Konfliktklärungs- oder BEM-Gespräche (BEM = betriebliches Eingliederungsmanagement) mit dem Arbeitgeber angeregt, vorbereitet und durchgeführt. Ebenfalls bei Bedarf kann ein Facharzt (NH) beispielsweise für weitergehende diagnostische Klärungen herangezogen werden.

Die Interaktion zwischen den Versicherten und den die Intervention durchführenden Fachkräften ist personenzentriert ausgerichtet. Dies beinhaltet eine wertschätzende, empathische, kongruente, stabilisierende und das Verstehen suchende Kommunikation zwischen KlientIn und AnwenderIn.

Die Fachkräfte verfügen über ein einschlägiges Hochschulstudium und über eine mindestens dreijährige Ausbildung in der Anwendung wissenschaftlich begründeter Beratungs- und Therapiekonzepte. Sie haben zudem eine speziell auf die Anforderungen der Kurzzeit-Intervention ausgerichtete, 100 Stunden umfassende, curricular organisierte Weiterbildung durchlaufen. Zur Rekrutierung der Fachkräfte erhielten wir unter anderem Unterstützung durch die GwG.

Im Folgenden berichten wir über die Implementierung des Interventionsprogramms in Zusammenarbeit mit einer großen Krankenkasse und über Ergebnisse der Intervention.

Implementierung

Der Implementierung der Intervention erfolgte in der Form einer „Besonderen Versorgung“ gemäß § 140a SGB V. Die mit der Intervention verbundenen organisatorischen Abläufe wurden durch eine eigens erstellte, hoch sichere und dabei auf usability (Almazroi, 2021) hin optimierte Verwaltungssoftware unterstützt, die es nicht nur ermöglichte, die Befundung psychometrischer Tests, die Aktenführung und die Abrechnung in einfachster Weise online durchzuführen, sondern auch die Vernetzung der

Beraterinnen und Berater untereinander. Mitteilungen der Projektzentrale an einzelne Beraterinnen und Berater ebenso wie an die Gesamtgruppe wurden über die Software abgewickelt, und es wurden über diese Plattform Schulungsmaterialien, Arbeitshilfen und Videoprotokolle der gemeinsam online abgehaltenen Supervisionen bereitgestellt. Ebenso wurden seitens der Projektzentrale die notwendige Leistungsabrechnung und die Erstellung tagesaktueller Statistiken auf diesem Wege ermöglicht.

Patientenpopulation

Die mit der Krankenkasse geschlossene Vereinbarung erstreckte sich über ein Jahr und auf die Zahl von 600 in das Programm einzuschließende Versicherte, die sechs beteiligten Bundesländern entstammten. Die Versicherten waren mindestens zwei Wochen oder länger arbeitsunfähig und im Regelfall bereits im Krankengeldbezug. Ihre Einsteuerung ins Programm geschah mittels direkter Ansprache durch die Krankenkasse. Dabei wurden nur Versicherte angesprochen, die höchstens 30 Kilometer entfernt von einer der Fachkräfte wohnten, sodass im Regelfall eine persönliche („Face-to-face“-) Interaktion möglich war. Die Zuweisung der Versicherten zu der jeweiligen Fachkraft erfolgte durch die Projektzentrale. Vor dem beraterischen Erstkontakt wurde die informierte Zustimmung durch die Versicherten schriftlich erklärt.

Das Spektrum der Diagnosen nach ICD 10 umfasste im Wesentlichen: affektive Störungen (F30 bis F39), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 bis F48), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73), Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben (Z56) und Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse (Z61).

Methodik

Die von der Krankenkasse mitgeteilten und durch die Fachkraft ggf. ergänzten Sozialdaten wurden zentral elektronisch und ge-

trennt von Leistungsdaten und Leistungsdokumentation in unterschiedlichen Datenbanken gespeichert. Für die statistische Auswertung wurde das System „R“ (R Core Team, 2024) eingesetzt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 715 Versicherte der Intervention zugewiesen. Von diesen haben aus unterschiedlichen Gründen (zeitliche, verkehrstechnische, mangelndes Interesse etc.) 141 Patientinnen und Patienten die Teilnahme am Projekt abgelehnt, sodass sich die vorliegende Betrachtung auf eine Zahl von maximal 574 Versicherte bezieht. Bei einzelnen Auswertungen kann aufgrund von fehlenden Daten die Anzahl der zur Verfügung stehenden Datensätze auch geringer sein.

Die Mehrzahl der beteiligten Versicherten stammte aus Nordrhein-Westfalen, ein größerer Anteil aus Hamburg (vgl. Tabelle 1). 60,6 Prozent der Versicherten waren weiblichen, 39,4 Prozent männlichen Geschlechts. Das Alter der versorgten Versicherten rangierte von 18 Jahren bis zu 65 Jahren, mit einem Mittelwert von 47,0 Jahren, einem Median von 49 und einem Modalwert (häufigster Wert) von 58 Jahren (vgl. Tabelle 2).

Im Durchschnitt wurden die Versicherten rasch nach der Ansprache durch die Krankenkasse im Rahmen der Intervention versorgt, mit einem Intervall von im Median 14 Tagen und einem Modalwert von 7 Tagen.

Die zeitliche Erstreckung der Intervention vom ersten bis zum letzten Termin eines jeweiligen Versicherten betrug im Mittel 102,1 Tage, mit einem Median von 92 Tagen. Dies entspricht im Mittel 14,6 Wochen (Median: 13,1 Wochen).

Innerhalb der Intervention erfolgte keine eigene Diagnostik durch die Fachkräfte, es handelt sich bei den in Tabelle 3 aufgeführten Diagnosen um die von der Krankenkasse mitgeteilten Diagnosen, d. h. in der Regel um jene, die Grundlage der Ar-

Tabelle 1: Herkunft der Versicherten nach Bundesland

Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Sachsen
105	86	12	465	40	5

Tabelle 2: Altersverteilung der Versicherten

<20 J.	20-25 J.	26-30 J.	31-35 J.	36-40 J.	41-45 J.	46-50 J.	51-55 J.	56-60 J.	61-65 J.
4	24	49	63	92	83	60	101	150	88

Tabelle 3: Diagnosehäufigkeiten (ICD-10 "3er")

F32	F33	F41	F43	F45	F48	Z73
229	96	52	194	35	76	7

beitsunfähigkeit waren. Diagnosen, die in insgesamt weniger als 5 Fällen vorlagen, sind hier nicht aufgeführt.

Zum Zeitpunkt der hier dargestellten Auswertung war bei 524 Versicherten die Intervention abgeschlossen; von diesen waren 165 innerhalb der Intervention wieder arbeitsfähig geworden (31,5 %). Bezieht man die noch nicht abgeschlossenen Interventionen mit ein, so ergibt sich eine Zahl von 176 Versicherten, die unter ggf. noch laufender Intervention wieder arbeitsfähig geworden sind, entsprechend einem Prozentanteil von 30,7 Prozent.

Zur Erfassung des erlebten Nutzens und der erlebten Zufriedenheit der Versicherten mit der Intervention wurde eine von uns (NH) modifizierte Version des MFBP-18 Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (Decker, 2011) eingesetzt. Hier wurden Nutzen und Zufriedenheit auf einer 5-stufigen Skala von „1“ = „gar nicht“ bis „5“ = „voll“ am Ende der Intervention von den Versicherten eingeschätzt. Die Zufriedenheit wurde mit im Mittel 4,2 (sd = 0,49) und der Nutzen mit im Mittel 3,8 (sd = 0,68) als überwiegend hoch bewertet.

Zur Beurteilung des Ausmaßes einer evtl. depressiven Symptomatik wurde der Fragebogen PHQ-9 (Löwe et al., 2004) eingesetzt. Zeigten sich zu Interventionsbeginn bei 51,2 Prozent der Versicherten im PHQ-9 Symptome einer mittelgradigen oder schweren depressiven Symptomatik, so war dies zum Ende nur noch bei 18,9 Prozent der Fall. Während zu Beginn bei 18,5 Prozent der Versicherten im PHQ-9 keine oder lediglich eine unter-schwellige („sub-threshold“) depressive Symptomatik vorlag, so war dies am Ende bei 51,9 Prozent der Fall. Auch der Rückgang der durchschnittlichen depressiven Beschwerdesymptomatik im PHQ-9 von 14 auf 10 Punkte unterstreicht die im Mittel erhebliche Besserung der Beschwerden der durch die Intervention versorgten Versicherten.

Zusätzlich zum PHQ-9 wurden optional die Depressions-Angst-Stress-Skalen eingesetzt (Nilges & Essau, 2015). Der Einsatz erfolgte optional, da einige Fachkräfte einer umfangreicheren Anwendung von Fragebogen zögerlich gegenüberstanden und es im Rahmen der Intervention vordringlich erschien, Belastungen der Beziehung zwischen Fachkräften und Versicherten zu vermeiden. Hier fand sich, dass es zwischen Interventionsbeginn und -ende auf allen drei Skalen zu Verbesserungen kam, die mindestens auf dem 1-Prozent-Niveau statistisch signifikant waren. Die Effektgrößen (Cohen, 1992) betragen hier für die Depressions-Skala: $d = 0,70$, für die Angst-Skala: $d = 0,50$ und für die Stress-Skala: $d = 0,61$, was mittleren Effektgrößen entspricht.

Der HEALTH-49 Fragebogen (Rabung et al., 2009) ist ein veränderungssensitives Instrument, das bei den Versicherten zu Beginn und zum Abschluss der Intervention eingesetzt wurde. Auch hier finden sich Hinweise auf eine insgesamt gute Wirksamkeit der ProMPt-Intervention mit mittleren bis starken Effekten im Bereich depressiver Beschwerden und Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens und ebenfalls mittleren Effekten in den Bereichen Selbstwirksamkeit sowie Aktivität und Partizipation (Tabelle 4).

Diskussion

Die hier dargestellten Befunde zeigen, dass es auch in Deutschland möglich ist, effektive Interventionen für arbeitsunfähige psychisch belastete Versicherte zu implementieren. Die Wirksamkeit von ProMPt ist hoch, mit einer „Return-to-Work“-Rate von ca. 30 Prozent nach maximal zehn Sitzungen und mit beträchtlichen symptomatischen Verbesserungen vor allem im Bereich depressiver Beschwerdesymptomatik. Die Effekte liegen im ersten Jahr der Implementierung von ProMPt im Bereich dessen, was das britische IAPT-Programm nach zehn Jahren erreichte (Clark, 2019), wengleich der Umfang der Anwendung von ProMPt sich zweifelsohne mit dem britischen IAPT-Programm nicht messen kann.

Für die in Deutschland überwiegend praktizierte Richtlinien-PT als Kurzzeittherapie oder als Akutbehandlung liegen keine entsprechenden Wirksamkeitsnachweise vor.

Die routinemäßige Erfassung des klinischen und sozialen Ausgangsstatus der PatientInnen mit objektivierenden Fragebogen-Methoden und das obligatorische Assessment des Anwendungsfortschritts nach den ersten Stunden sind insoweit ein Unterscheidungskriterium gegenüber Richtlinien-PT.

Möglicherweise trägt zur Wirksamkeit von ProMPt bei, dass das Vorgehen anders als Richtlinien-PT nicht verfahrensgebunden, sondern verfahrensübergreifend und integrativ ist und die nützlichsten Aspekte der verschiedenen Verfahren in das Vorgehen einbezieht.

ProMPt folgt so einem in der internationalen wissenschaftlichen Literatur vorgezeichneten Weg der Vereinheitlichung psychotherapeutischen Vorgehens (Magnavita & Anchin, 2014). Zu der klaren Ausrichtung auf ein Ziel trägt ferner bei, dass innerhalb von ProMPt die Komplexität des klinischen Geschehens und der biografische Zusammenhang auf die für die Intervention wesentlichen und notwendigen Punkte reduziert wird (vgl. Gawande, 2011).

Tabelle 4: Signifikanztests und Effektgrößen der HEALTH-49-Skalen im prä-post Vergleich

Skalen	SOM	DEP	PHO	PSB	WOHL	INT	SELB	AUP	SOZU	SOZB
p-Wert	2.6e-10	5.9e-22	1.5e-04	4.6e-16	1.7e-23	3.2e-10	1.9e-15	5.1e-13	0.07	3.2e-03
Cohen's d	0.46	0.74	0.25	0.60	0.74	0.47	0.60	0.55	0.16	0.21

TherapeutInnen adressieren in der Richtlinien-PT – anders als bei ProMPt – arbeitsbezogene Störungen typischerweise nicht systematisch, was auch damit zusammenhängen dürfte, dass es in Deutschland, anders als zum Beispiel in Japan, Finnland, dem Vereinigten Königreich oder den Niederlanden, national gültige Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung arbeitsbezogener psychischer Störungen nicht gibt (Braun et al., 2019). Insoweit stellt das ProMPt-Projekt für die hiervon betroffene Personengruppe eine bedeutsame Verbesserung dar, die mit begrenztem Versorgungsumfang erreichbar ist.

Hierzu wird zukünftig vor allem erforderlich sein, dass für ein Versorgungsangebot wie ProMPt ein verlässlicher, rechtssicherer Rahmen geschaffen wird, was zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus unserer Sicht nicht hinreichend der Fall ist.

Stärken und Limitationen

Eine Stärke der vorliegenden Arbeit ist es, dass es unseres Wissens die erste umfassend psychometrische evaluierte Studie einer arbeits- und anlassbezogenen psychotherapeutisch-beratenden Kurzintervention ist, die zudem im Kontext einer praktischen Anwendung des innovativen Versorgungsangebots erfolgte und nicht in einem klinisch-experimentellen Kontext.

Eine Limitation stellt die zweifellos noch immer vergleichsweise geringe Größe der versorgten Patientengruppe dar, die eine Generalisierbarkeit der hier vorgestellten Befunde noch einschränkt. Gleichwohl lassen die Ergebnisse erwarten, dass die weitere Anwendung von ProMPt die Effektivität und Wirkung des Vorgehens bestätigt.

Literatur:

Abels, C., Diekmann, S., Neusser, S., Schlierenkamp, S., Wasem, J., & Walendzik, A. (2023). Umsetzung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Ergebnisse aus Fokusgruppen im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts EVA PT-RL. *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 85(6), 547–553. <https://doi.org/10.1055/a-1976-1856>

Almazroi, A. A. (2021). A Systematic Mapping Study of Software Usability Studies. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*, 12(9). <https://doi.org/10.14569/IJACSA.2021.0120927>

Baigent, M., Smith, D., Battersby, M., Lawn, S., Redpath, P., & McCoy, A. (2023). The Australian version of IAPT: Clinical outcomes of the multi-site cohort study of NewAccess. *Journal of Mental Health*, 32(1), 341–350. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1760224>

BPtK. (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018. https://api.bptk.de/uploads/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018_c0ab16b390.pdf

Braun, S., Kesemeier, F., Balint, E., Schwarz, E., Hölzer, M., Gündel, H., & Rothermund, E. (2019). Psychische Erkrankungen im Arbeitskontext – eine Verortung im Versorgungssystem. *PSYCH up2date*, 13(06), 503–515. <https://doi.org/10.1055/a-0888-7876>

Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Aguirre, E., & Muñoz-Navarro, R. (2022). Improving Access to Psychological Therapies in Spain: From IAPT to PsicAP. *Psicothema*, 34.1, 18–24. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.113>

Clark, D. M. (2019). IAPT at 10: Achievements and challenges. <https://www.english.nhs.uk/blog/iapt-at-10-achievements-and-challenges/>

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>

Decker, P. (2011). Der MFBP-18 Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit. Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften. https://www.hugendubel.de/de/buch_kartontiert/petra_decker-der_mfbp_18_fragebogen_zur_erfassung_der_patientenzufriedenheit-16799473-produkt-details.html

Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Aali, A., Abate, Y. H., Abbafati, C., Abbastabar, H., Abd ElHafeez, S., Abdelmassah, M., Abd-El salam, S., Abdollahi, A., Abdullahi, A., Abegaz, K. H., Abeldaño Zuñiga, R. A., Aboagye, R. G., Abolhassani, H., Abreu, L. G., Abualruz, H., Abu-Gharbieh, E., Abu-Rmeileh, N. M., ... Murray, C. J. L. (2024). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 403(10440), 2133–2161. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)

Gandré, C., Rosenberg, S., Coldefy, M., & Or, Z. (2019). Experimenting locally with a stepped-care approach for the treatment of mild to moderate mental disorders in France: Challenges and opportunities. *Health Policy*, 123(11), 1021–1027. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.08.006>

Gawande, A. (2011). *The Checklist Manifesto – How to Get Things Right*. Picador.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2016, Juni 16). Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie—Gemeinsamer Bundesausschuss. <https://www.g-ba.de/beschluesse/2634/>

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021, Februar 18). Psychotherapie-Richtlinie—Gemeinsamer Bundesausschuss. <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>

Grobe, T. G., Steinmann, S., & Szecsenyi, J. (2021). BARMER Arztreport 2020. <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Arztreporte/2020/barmer-arztreport-2020.pdf>

Hentschel, G., & Böker, U. (2023). Therapielängen bedarfsgerecht – Kurzzeittherapien überwiegen. *DPtV Hintergrund*, 1, 2–7.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88–90. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>

Jorm, A. F., Patten, S. B., Brugha, T. S., & Mojtabai, R. (2017). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*, 16(1), 90–99. <https://doi.org/10.1002/wps.20388>

Knapstad, M., Nordgreen, T., & Smith, O. R. F. (2018). Prompt mental health care, the Norwegian version of IAPT: Clinical outcomes and predictors of change in a multicenter cohort study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 260. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1838-0>

Kruse, J., Kampling, H., Bouami, S. F., Grobe, T. G., Hartmann, M., Jedamzik, J., Marshall, U., Szecsenyi, J., Werner, S., Wild, B., Zara, S., Heuft, G., & Friederich, H.-C. (2024). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*, 121(10), 315–322. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0039>

Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 61–66. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00198-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00198-8)

Magnavita, J. J., & Anchin, J. C. (2014). *Unifying psychotherapy: Principles, methods, and evidence from clinical science* (S. xlix, 278). Springer Publishing Company.

NHS. (2021, Februar 5). Types of talking therapy. <https://www.nhs.uk/mental-health/talking-therapies-medicine-treatments/talking-therapies-and-counseling/types-of-talking-therapies/>

Nilges, P., & Essau, C. (2015). Die Depressions-Angst-Stress-Skalen. *Der Schmerz*, 29(6), 649–657. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0019-z>

R Core Team. (2024). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.r-project.org/>

Rabung, S., Harfst, T., Kowski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U., & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der »Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis« (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(2), 162–179. <https://doi.org/10.13109/zptm.2009.55.2.162>

Roth, M., & Steins, G. (2024). Anmerkungen zur Problematik fehlender Psychotherapieplätze. *Psychologische Rundschau*, 75(4), 289–300. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000678>

Saarni, S. E., Rosenström, T., Stenberg, J.-H., Plattonen, A., Holi, M., Ekelund, J., Granö, N., Komi, N., & Saarni, S. I. (2023). Finnish Psychotherapy Quality Register: Rationale, development, and baseline results. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(5), 455–466. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2150788>

Saarni, S., Nurminen, S., Mikkonen, K., Service, H., Karolaakso, T., Stenberg, J.-H., Ekelund, J., & Saarni, S. (2022). The Finnish therapy navigator – Digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatria Fennica*, 53, 120–137.

Salize, H.-J. (2023). Die volkswirtschaftliche Tragweite psychischer Erkrankungen. In C. Schwegler, P. Mantell, & C. Wopen (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen als gesellschaftliche Aufgabe*. (S. 31–43). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65515-3_4

Thom, J., Bretschneider, J., Kraus, N., Handerer, J., & Jacobi, F. (2019). Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen: Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(2), 128–139. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>

Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(2), 119–124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>



Kai Lenßen, Sozialer Verhaltenswissenschaftler für ABO-Psychologie, Gesundheits- und Umweltpsychologie, Sozialpsychologie; Verkehrspsychologe; Studium der Rechtswissenschaften; Lehrbeauftragter, Lehrberater (GwG). Tätigkeitsschwerpunkt: Konzeptionierung, Anwendung und Evaluation psychosozialer Interventionen

Kontakt:

www.praxis-kai-lenssen.de

www.sigmund-psychotherapie.de



Norbert Hartkamp, Dr. med., M. Sc., Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Gruppentherapeut, Data Scientist

Kontakt:

www.drhartkamp.de

www.klindo.de