

Die Steuerung der psychotherapeutischen Versorgung: Herausforderungen und Lösungen

Prof. Dr. Frank Jacobi

inoges-Tagung „Aktuelle Herausforderung der Psychotherapeutischen Versorgung“
Berlin, 19.3.2026

Hintergrund: Psychische Erkrankungen – Häufigkeit und Kosten

- Epidemiologische Studien und Versorgungsdaten
- Zunahme-Effekte und Projektionen
- Kostenverteilungen für psychische Erkrankungen im Versorgungsbereich

Steuerung der psychotherapeutischen Versorgung

- Begriffsklärung – Determinanten – Bedarfsplanung
- Beispiel 1: „Psychotherapeutische Sprechstunde“ und „Akutbehandlung“
- Beispiel 2: Digitale Interventionen und KI in der psychotherapeutischen Versorgung
- Die Steuerungsdiskussion: Herausforderungen und Lösungsrichtungen

Psychische Erkrankungen: Prävalenz(en)

Verschiedene Zunahme-Effekte und Projektionen

Psychische Erkrankungen: Häufigkeit

Diagnosen in epidemiologischen Feldstudien (F1-F5): 28%
(18 Mio. Erwachsene, 12-Monats-Prävalenz; Jacobi et al., 2014)

Erweitertes F-Diagnosespektrum: 33%
(165 Mio. in EU; Wittchen, Jacobi, Rehm et al., 2011)

F-Diagnosen in Abrechnungsdaten: >30%
(z.B. AOK 2018)



ELSEVIER

www.elsevier.com/locate/euroneuro



> 5500x zitiert
[Google Scholar]

ECNP/EBC REPORT 2011

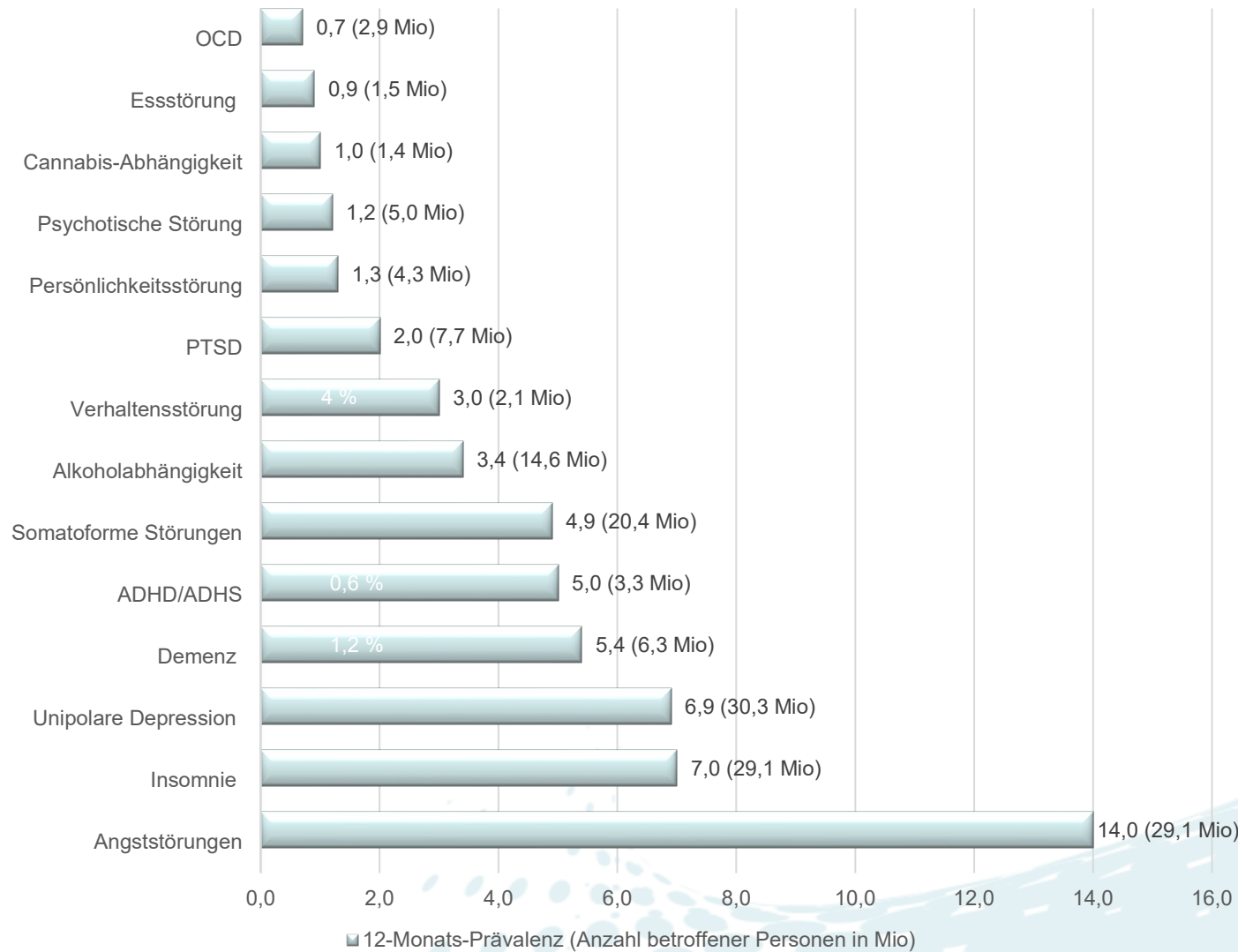
The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010

H.U. Wittchen^{a,*}, F. Jacobi^{a,1,2}, J. Rehm^{a,b}, A. Gustavsson^c,
M. Svensson^d, B. Jönsson^e, J. Olesen^f, C. Allgulander^g,
J. Alonso^h, C. Faravelliⁱ, L. Fratiglioni^j, P. Jennum^k, R. Lieb^l,
A. Maercker^m, J. van Osⁿ, M. Preisig^o, L. Salvador-Carulla^p,
R. Simon^q, H.-C. Steinhausen^{l,r,s}

^a *Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Center of Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS), Technische Universität Dresden, Dresden, Germany*

^b *Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada*

Psychische Störungen nach Prävalenz (und geschätzte Zahl der Betroffenen in Millionen)



Neurologische Erkrankungen: Anzahl der Personen (Millionen)

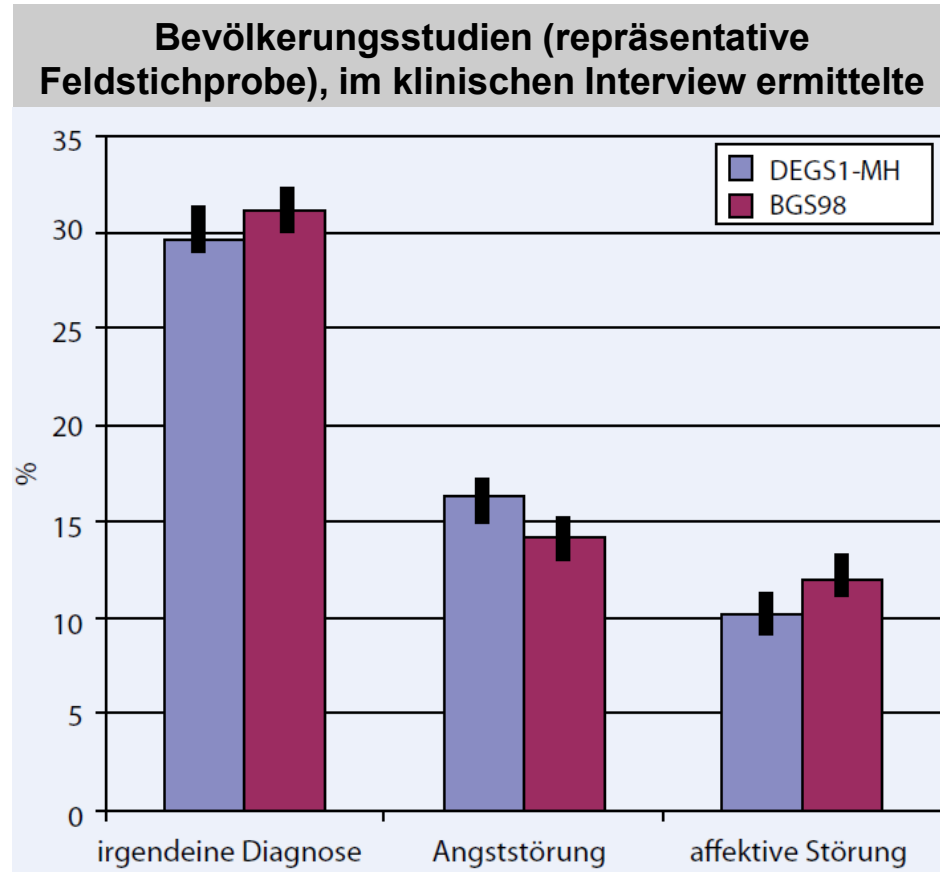
Kopfschmerzen	54,10
Schlaf-Apnoe	12,50
Schlaganfall	8,17
Demenzerkrankungen	6,34
Traumatische Hirnverletzungen	3,75
Epilepsie	2,64
Parkinson-Krankheit	1,18
Multiple Sklerose	0,54
Neuromuskuläre Erkrankungen	0,26
Hirntumore	0,24

Insgesamt sind 164,8 Mio Menschen der insgesamt 510 Mio EU-Bürger von psychischen Störungen betroffen – und viele weitere von neurologischen Störungen. (2010)

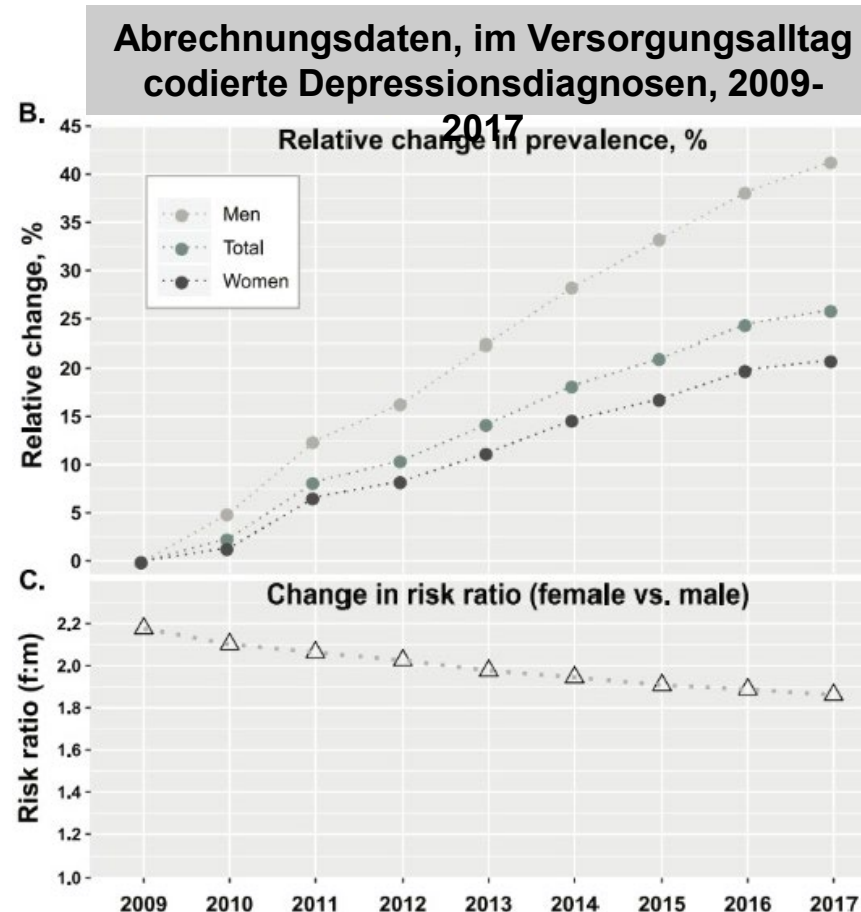
Nehmen psychische Erkrankungen zu?

**Warum sinkt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen nicht –
trotz vermehrter Behandlungsangebote...?**

Vorsichtig formuliert: Es gibt keine Abnahme psychischer Störungen



Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., ..., Wittchen, H.U. (2014). **Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH).** Der Nervenarzt, 85, 77-87.



Steffen, A., Thom, J., Jacobi, F., Holstiege, J., Bätzing, J. (2020). **Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data.** Journal of Affective Disorders, 271, 239-247.

➔ **Keine Zunahme in epidemiologischen Feldstudien**

➔ **Starke Zunahmen in Kassendaten**

Zwischenbilanz: „echte“ vs. „gefühlte“ Zunahme?

- ➔ **Versorgungsprobleme offensichtlich** (z.B. Wartezeiten): Frage der Ressourcenallokation (Psychotherapie hat nicht besonders starke Lobby) – aber wir können auch nicht jegliches psychische Leid mit Psychotherapie oder Psychopharmaka behandeln
- ➔ **Tendenzen zum Überdiagnostizieren in der Behndlerschaft** (z.B. unkritische Nutzung von Fragebogenwerten, Diagnosevergabe damit „Patientin sich in ihrem Leid gesehen fühlt“, Beibehalten digital gespeicherter Diagnosen trotz zwischenzeitlicher Remission, falsche Systemanreize für Kodierung von F-Diagnosen...)
- ➔ **Erwartungshaltungen** (z.B. hinsichtlich Wartezeiten, Wünsche nach Neurodiversitäts-Diagnosen)
- ➔ **Wichtigkeit psychischer Gesundheit endlich angekommen** (obwohl z.T. auch immer noch unterdiagnostiziert wird)
- ➔ **Entdramatisieren UND Ernstnehmen!**

Warum sinkt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen nicht – trotz vermehrter Behandlungsangebote...?

Deutliche Zunahmen der Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Störungen

Abbildung 2 : Entwicklung der Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Störungen

Abbildung 2a

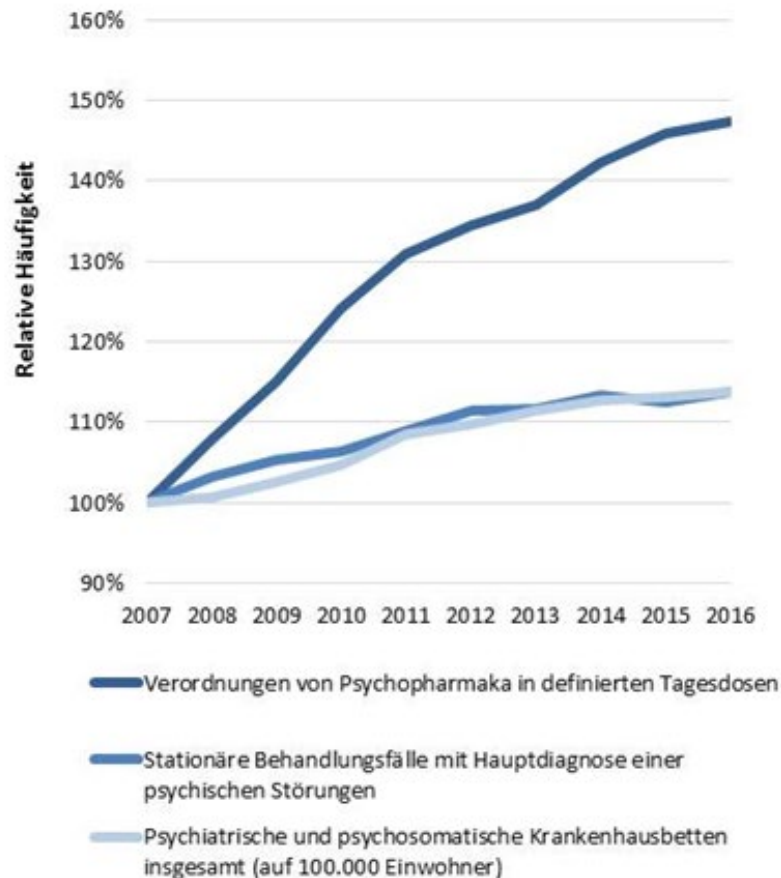
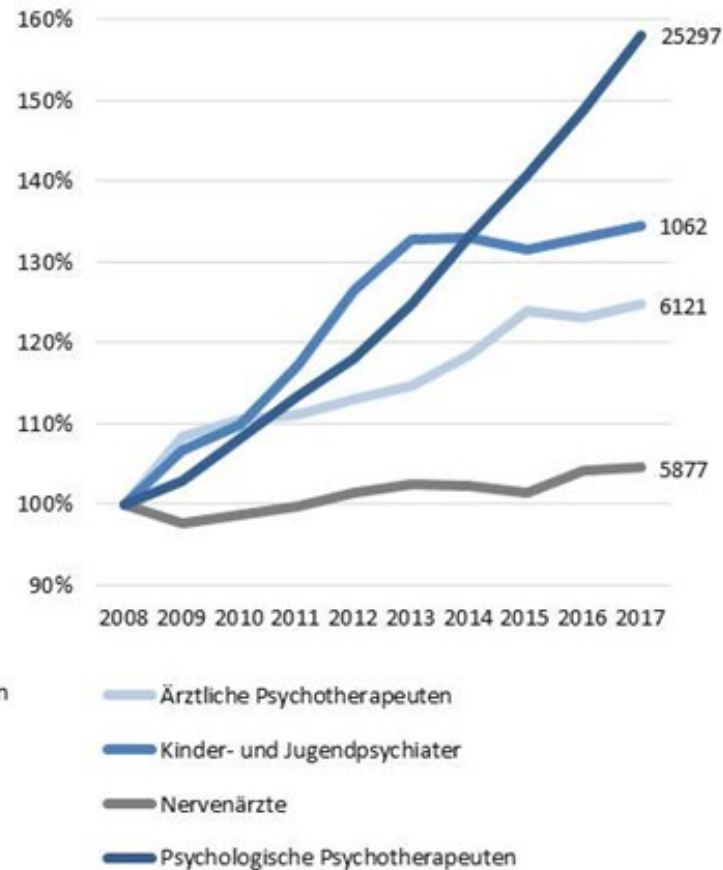


Abbildung 2b



Zuwächse 2008-2017
(Trends setzen sich fort)

Psychopharmaka +50%

Stationäre Fälle/Betten + 15%

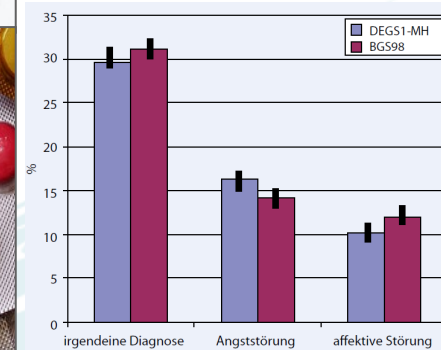
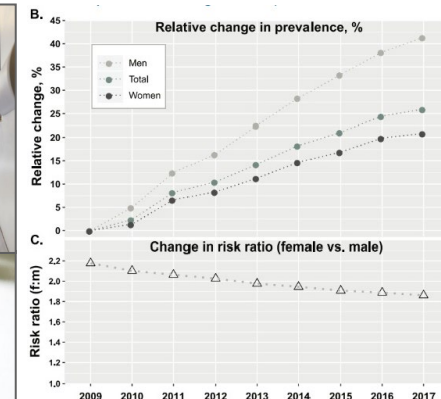
Psychologische Psychoth.
(Erwachsene + KiJu) +60%

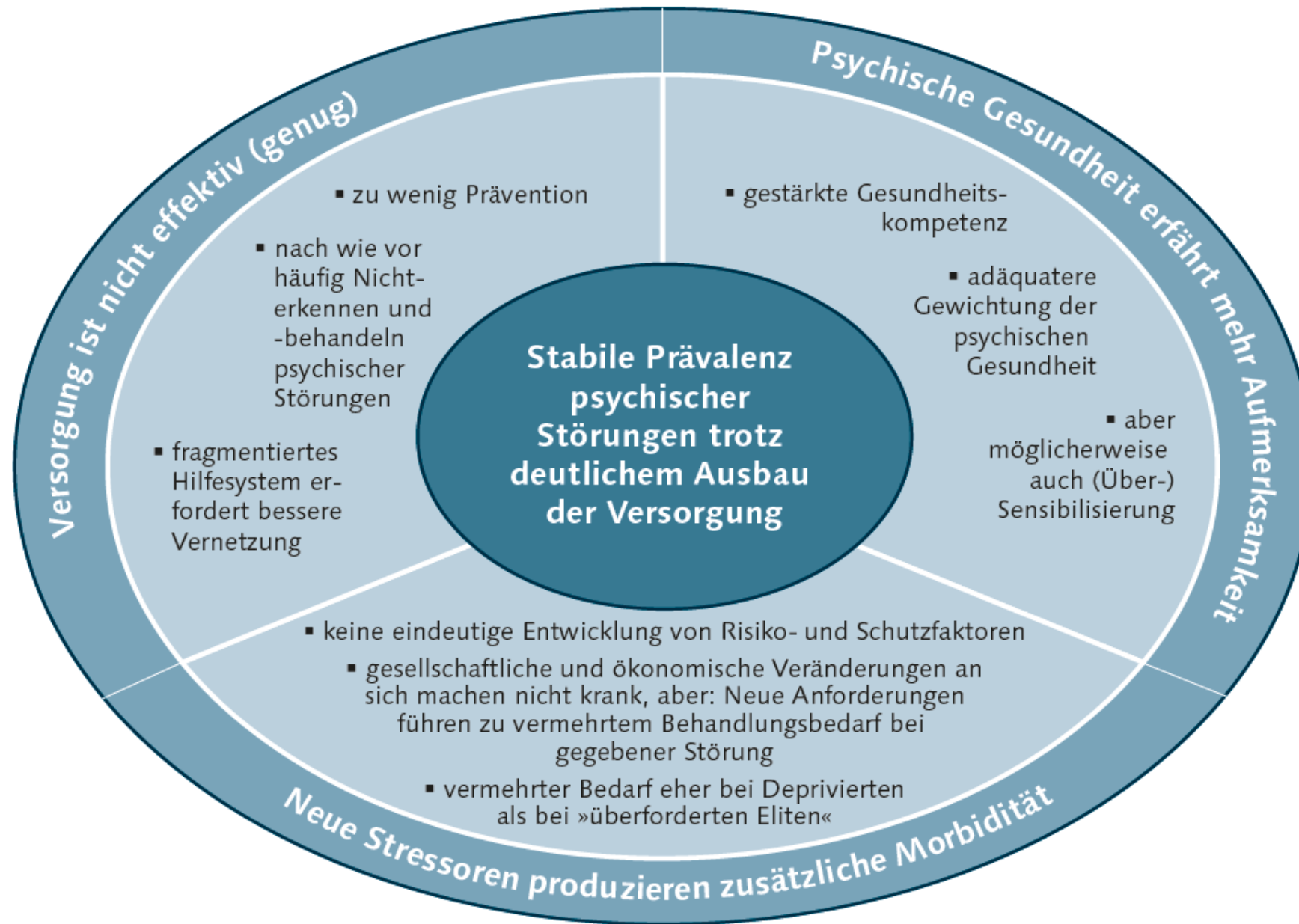
KiJu-Psychiater:innen +25%

Nervenärzt:innen +5%



Praxis für
Psychotherapie





Gesellschaftliche Hintergrundbedingungen

- ➔ Rolle der Arbeitswelt...?
- ➔ „Drücke“ durch Polykrise und herausfordernde Megatrends

Zunahme psychosozialer Belastungen in modernen Gesellschaften?

Gesellschaft		Arbeitswelt
<ul style="list-style-type: none"> • Individualisierung/ Singularisierung, Anonymität • Mehrfachbelastungen/ Zeitmangel • Werte-/Autoritätskrise • Bildungsexpansion • Migration • Entpersönlichte Kommunikation, nicht durch soziale Medien • Schwinden traditioneller Unterstützungssysteme (z.B. Familien) • Zunehmende Kluft zwischen biologischer und sozialer Reifung 	<p>„Noch nie war die Welt so stressig wie heute“ ...?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Individualisierung/Wettbewerb • Leistungs-/Informationszeitalter • Erweiterte „Emotionsarbeit“ bei arbeitsbezogenen Dienstleistungen, erhöhte Anforderungen an Servicequalität • Leistungssteigerung • Leistungssteigerung • „Freiheit und Leistungsdruck“ • Erosion der Normalarbeit/ diskontinuierliche Erwerbskarrieren • Flexibilität/Präsentismus, permanente Erreichbarkeit • Arbeitsplatzunsicherheit („hire and fire“), Zeit-/Leiharbeit • „Gratifikationskrisen“
	<p>(modifiziert nach Weber, 2007)</p>	

Gesellschaftliche Trends, die zu weiter erhöhter Inanspruchnahme und Bedarfsäußerung führen werden

„Drücke“ durch Polykrise und herausfordernde Megatrends

- **Klimaangst und Solastalgie** (auf Gegenwart und Zukunft gerichtetes belastendes Gefühl des Verlustes, das entsteht, wenn jemand die Veränderung oder Zerstörung der eigenen Heimat bzw. des eigenen Lebensraums direkt miterlebt)
- **Pandemiefolgen** (physische und psychische)
- **Kriegstraumatisierungen** (z.B. Geflüchtete) und **Kriegsangst** (auch bei nicht unmittelbar Betroffenen)
- **Probleme in Folge von Digitalisierung:** z.B. problematischer Konsum bei Kindern und Jugendlichen, Zeitaufwand und Reizüberflutung, Selbstwertprobleme/sozialer Vergleich, problematische Gemeinschaften/Bubbles, Falschinformation, Deskillung (z.B. Kompetenzverlust durch KI)...
- **Einsamkeit**
- ...

„Wertewandel“

- Solidarität vs. **Individualisierung**
- Ermächtigung/Übernahme von Verantwortung (für die eigene Gesundheit) vs. **Medikalisierung** (Delegation von psychosozialen Lebensproblemen an das medizinische Versorgungssystem)

Psychische Erkrankungen: Kostenfaktoren (1)

Indirekte Kosten

(wirtschaftliche Folgekosten, insbes. Produktivitätsverlust und Transferleistungen)

Intangible Kosten

(subjektives Leiden für Betroffene und deren Angehörige, Einschränkungen in der Lebensqualität und der Teilhabe, Verlust an Autonomie und Selbstständigkeit, Stigmatisierung...)



ELSEVIER

> 2500x zitiert
[Google Scholar]

www.elsevier.com/locate/euroneuro



Cost of disorders of the brain in Europe 2010

Anders Gustavsson^a, Mikael Svensson^b, Frank Jacobi^c,
Christer Allgulander^d, Jordi Alon^e, Ettore Beghi^f, Richard Dodel^g,
Mattias Ekman^a, Carlo Faravelli^h, Giovanni Iaconoⁱ, Brenda Gannon^j,
David Hilton Jones^k, Poul Jennum^{l,m,n,o}, Koenig^p,
Linus Jönsson^a, Korinna Karan^q, Kehlert^{r,s},
Tobias Kurth^t, Roselind Lieb^u,
Andreas Maercker^x, Beatrice^y,
Amir Musayev^a, Fiona Norwo^z,
Juergen Rehm^{ae,af}, Luis Sal^{ag},
Roland Simon^{aj}, Hans-Christoph^{ak},
Jean-Michel Vallat^{ao}, Peter Van den Berg^{ap}

„disorders of the brain“
insgesamt teurer als Diabetes,
Herz-Kreislauf-Erkrankungen
und Krebs zusammen!

Warum sind psychische Störungen so ungemein teure Erkrankungen?

PSYCHOLOGIE • GESELLSCHAFT • POLITIK

2012

DIE GROSSEN VOLKSKRANKHEITEN

Beiträge der Psychologie zu Prävention,
Gesundheitsförderung und Behandlung

Häufigkeit x Krankheitslast (bzw. Kosten)

Kostenträchtig weil...

1. Früher Erkrankungsbeginn

2. Oft chronischer bzw. wiederkehrender Verlauf

3. Hohe indirekte Kosten aufgrund spezifischer Beeinträchtigungsmuster

(Teilhabebeeinträchtigungen aufgrund typischer Symptome wie beeinträchtigter Konzentrationsfähigkeit, Antriebsstörungen, verminderte Stress- und Frustrationstoleranz, vielfältige interpersonelle Probleme, soziale Ängste, etc. → vgl. ICF)

4. Defizite in der Versorgung (quantitativ und qualitativ)

5. Akkumulation weiterer unspezifischer Gesundheitsrisiken (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, Schlafstörungen, Schmerzen; außerdem: sozioökonomischer Gradient der Gesundheit auch bei psychischen Störungen)



BDP,
2012

Typische Bereiche von Partizipationsstörungen

1. Anpassung an Regeln und Routinen
2. Planung und Strukturierung von Aufgaben
3. Flexibilität und Umstellungsbereitschaft
4. Anwendung fachlicher Kompetenzen
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
6. Durchhaltefähigkeit
7. Selbstbehauptungsfähigkeit
8. Kontaktfähigkeit zu Dritten
9. Gruppenfähigkeit
10. Familiäre bzw. intime Beziehungen
11. Spontan-Aktivitäten
12. Selbstpflege
13. Verkehrsfähigkeit

Mini-ICF

Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen nach der
International Classification of Functioning

+

GAF

Global Assessment of Functioning nach DSM-IV

Beachte: genau an solchen
Beeinträchtigungsmustern
setzt Psychotherapie an!

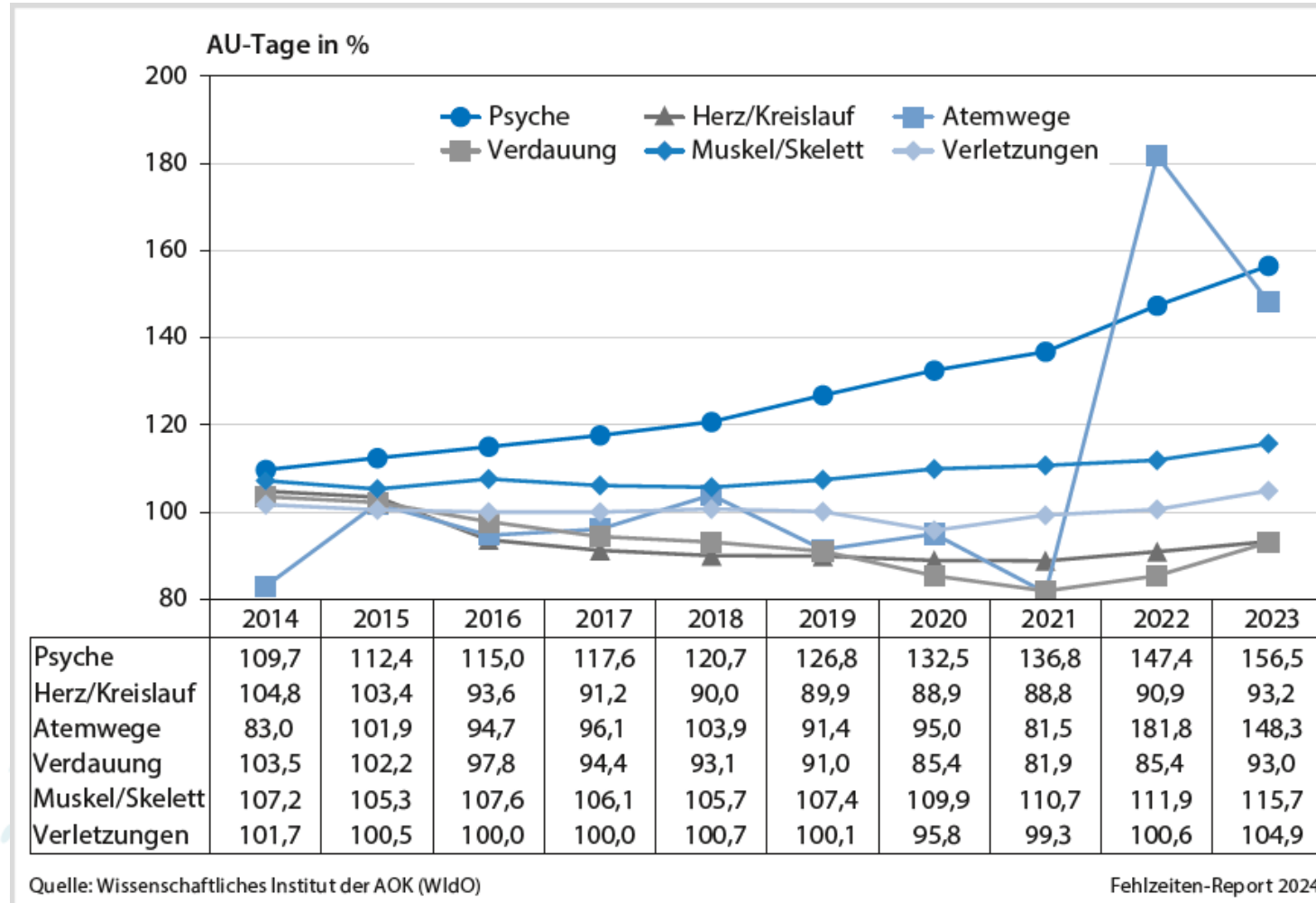
Indirekte Kosten psychischer Erkrankungen: Kostenfaktor Fehltage (AOK/WIdO, 2024)

F-Diagnosen haben Platz 3 mit 11.9% der Fehltage über alle Erkrankungsgruppen (387.1 Fehltage je 100 Mitglieder)

nur 4.6% Fälle – aber längste Krankenschreibungsdauer (Fehltage pro Fall: 28.1 Tage; jüngere häufigere, ältere längere Fehlzeiten)

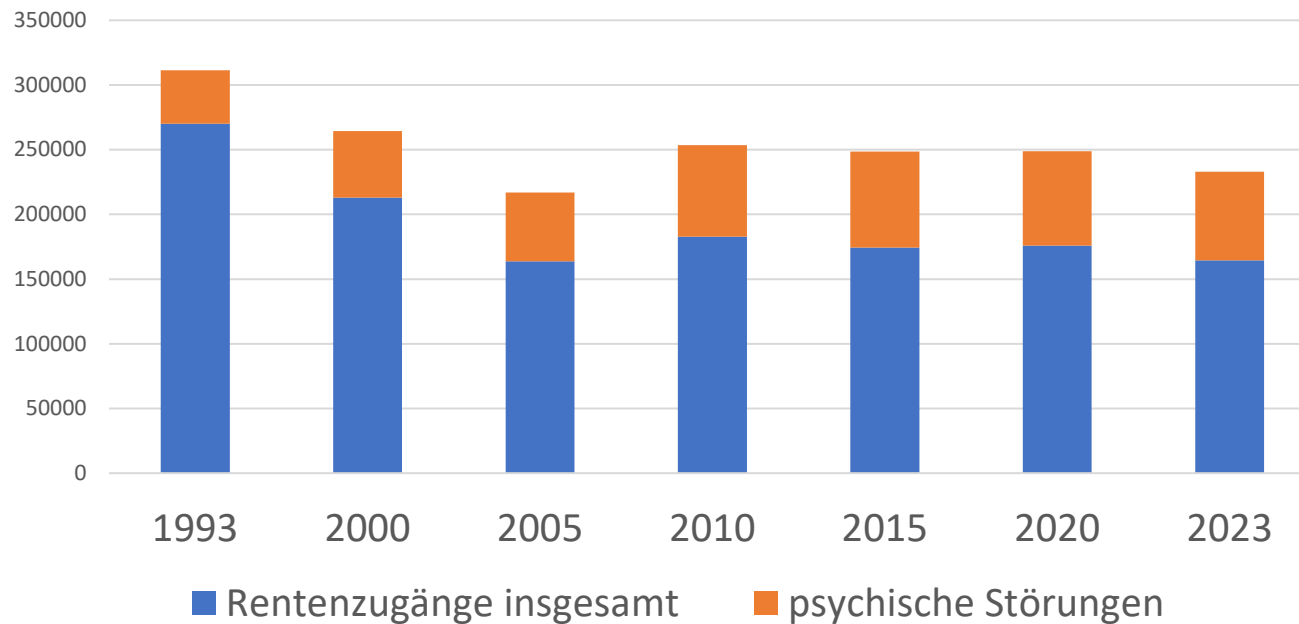
Zuwachs 2012-2021: 56.5% (AU-Fälle 40.8%)

Branchen: AU im tertiären Bereich am höchsten (z.B. Gesundheitswesen, Banken und Versicherungen, Erziehung und Unterricht)



Indirekte Kosten psychischer Erkrankungen (2): Kostenfaktor Renten (Erwerbsminderung)

Anteil Psychische Störungen an Rentenzugängen
wegen verminderter Erwerbsfähigkeit



**Seit etwa 2005 auf Platz 1
unter allen Diagnosen**

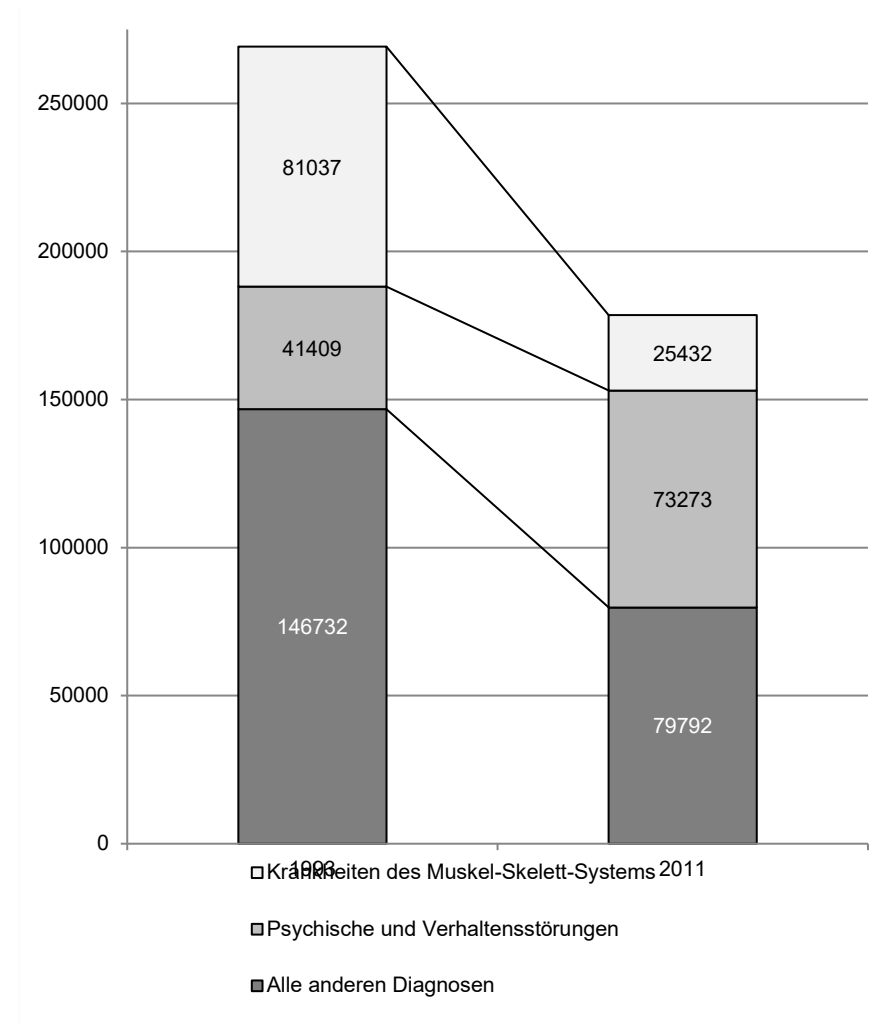
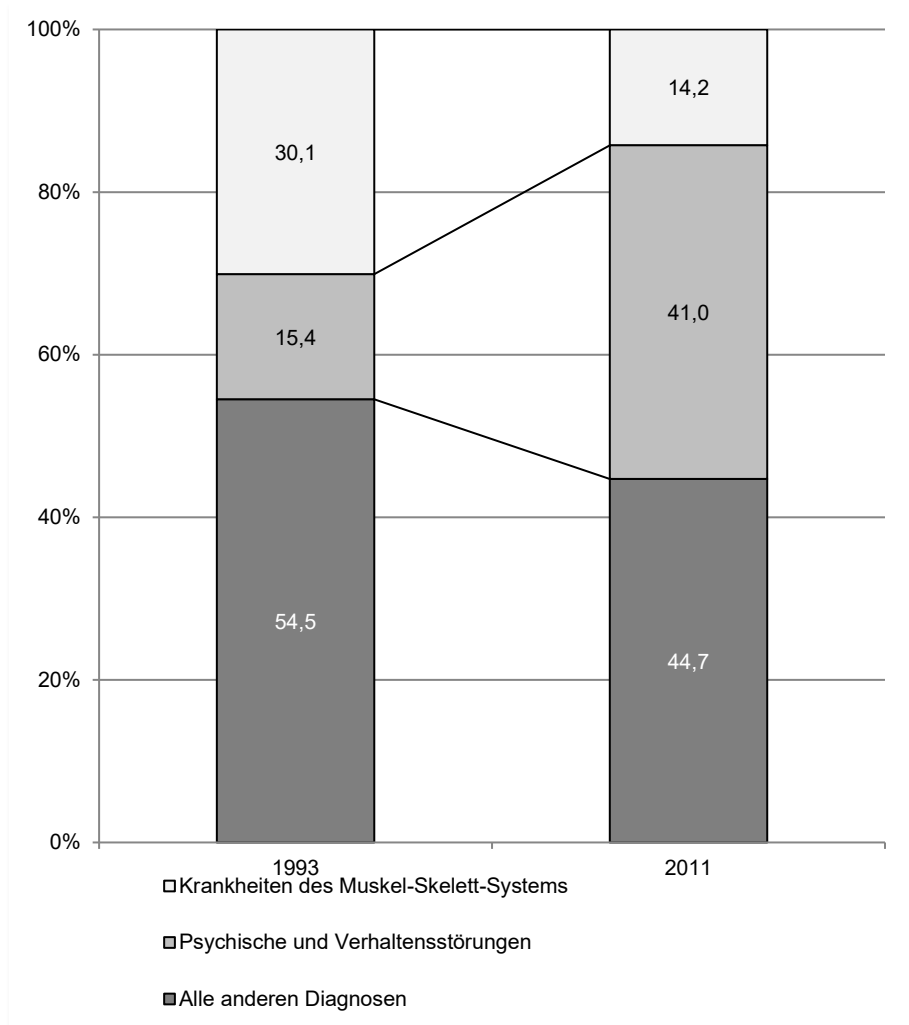
Seit etwa 2015 stabil bei ca. 40%
(Männer ca. 30%, Frauen ca. 48%)

DRV-Schriften (Band 22, Oktober 2024): Rentenversicherung in Zeitreihen

Beachte: Absolute vs. relative Zahlen

Beispiel Erwerbsminderungsrenten

(**Anteil** psychischer Störungen hat stark zugenommen)



Indirekte Kosten psychischer Erkrankungen (1): Kostenfaktor Leistungen außerhalb SGB-V

Hilfeleistungen, die bei Menschen mit psychischen Störungen (oft komplexer Hilfebedarf) vermehrt in Anspruch genommen werden:

<u>SGB II</u>	<u>Grundsicherung für Arbeitsuchende</u>
<u>SGB III</u>	<u>Arbeitsförderung</u>
<u>SGB IV</u>	<u>Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung</u>
<u>SGB VII</u>	<u>Gesetzliche Unfallversicherung</u>
<u>SGB VIII</u>	<u>Kinder- und Jugendhilfe</u>
<u>SGB IX</u>	<u>Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen</u>
<u>SGB XI</u>	<u>Soziale Pflegeversicherung</u>
<u>SGB XII</u>	<u>Sozialhilfe</u>
<u>SGB XIV</u>	<u>Soziale Entschädigung</u>

Beispiel Eingliederungshilfe (SGB IX):

- **Bruttoausgaben haben sich seit 2012 fast verdoppelt** (aber Zahlen z.T. schwer ermittelbar)
- **Anteil seelischer Behinderungen stark im Steigen begriffen** (aktuell ca. 20%)
- Beispiel Hessen:
 - Kostensteigerungen in Höhe von jährlich 40-50 Millionen Euro
 - Zahl der seelisch behinderten Menschen ist zwischen 2010 und 2025 um ca. 80% und die Zahl der suchtkranken Menschen um ca. 60% gestiegen

Psychische Erkrankungen: Intangible Kosten

Hierzu zählen

- subjektives Leiden für Betroffene und deren Angehörige
- Einschränkungen in der Lebensqualität und der Teilhabe
- Verlust an Autonomie und Selbstständigkeit
- Stigmatisierung und Exklusion

Außerdem: DALY als wichtiges internationales Vergleichsmaß für die Krankheitslast verschiedener Krankheitsarten

- DALY (Disability-Adjusted Life Years) zählen zu den Intangiblen Kosten, da sie sowohl die Jahre mit Beeinträchtigung (YLD - Years Lived with Disability) als auch die verlorenen Lebensjahre durch vorzeitigen Tod (YLL - Years of Life Lost) umfassen
- Verschiedene Berechnungsarten (manchmal geradezu „black box“) – **aber psychische Störungen immer auf den vorderen Rängen** (z.B. „BURDEN 2020 – Die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen“, RKI)

Psychische Erkrankungen: Kostenfaktoren (2)

Direkte Kosten

(ambulante und stationäre Behandlung, Medikamente,
Rehabilitationsmaßnahmen und Pflegeleistungen)

➔ **Kostenverteilungen für psychische Erkrankungen
im Versorgungsbereich**

Direkte Kosten: Ausgaben für psychische Störungen in der GKV (SGB-V) in Relation

- ➔ Psychische Störungen haben eine enorme Krankheitslast (im Grunde deutlich mehr als 21%)
- ➔ Ambulante Psychotherapie (= Leitlinienempfehlung #1) verursacht der GKV lediglich 8% aller ambulanten Arztkosten und 1.3% der Gesamtkosten
- ➔ zum Vergleich: stationäre Behandlung F-Diagnosen 20% aller stationären und 12% der Gesamtkosten

Die ca. 5 Mrd. €, die für ambulante Psychotherapie von GKV ausgegeben werden in Relation



Steuerung der psychotherapeutischen Versorgung

Begriffsklärung – Determinanten – Bedarfsplanung

Beispiel 1: „Psychotherapeutische Sprechstunde“ und „Akutbehandlung“

Beispiel 2: Digitale Interventionen und KI
in der psychotherapeutischen Versorgung

Wie sollen wir mit dem zunehmenden Versorgungsbedarf durch psychische Störungen (mit Krankheitswert) und (normale) Belastungen umgehen?

- Zunächst einmal: Nicht „schwarzmalen“ ...
- Eindeutige Definition von Behandlungsbedarf...? [Beispiel „Krise vs. Krankheit“]
- Vermehrte niedrigschwellige Intervention...? [Beispiel „Krisenintervention vs. Therapie“]
- Vermehrte Prävention...?
- Abbau von Barrieren zur Versorgung (z.B. Stigmatisierung) – und dabei auch außerklinische Hilfesysteme im Blick behalten
- Neue (zusätzliche, z.B. digitale oder hybride) Versorgungsformen entwickeln und implementieren
- ...

UND: Bessere Versorgungssteuerung und Vernetzung!

Was heißt „Steuerung“ überhaupt?

Wichtige Determinanten

Bevormundung? Eher nicht, sondern...

- bedarfsgerechte Orientierung
- Priorisierung und differenzierte Planung von Kapazitäten
- Koordination zwischen Professionen und Sektoren
- sollte nicht nur als Patient:innensteuerung gedacht werden, sondern auch als Steuerung knapper professioneller Zeit
- Vgl. SVR Gesundheit

„Bedarfsplanung“

- Ausgangsproblem (seit 1999): weder Bedarfs-orientiert noch wirkliche Planung
- als Verwaltungslogik nachvollziehbar – sagt aber nur begrenzt etwas aus über reale Wartezeiten, regionale Morbidität, Komplexität oder die Frage aus, ob genügend Plätze für schwere und komplexe Fälle vorhanden sind
- „formal ausreichende“ Planung und „erlebte Unterversorgung“ geraten oft auseinander

Einige Herausforderungen vorab...

Mutige Modelle sind prospektive, flexible und dynamische Modelle: Festsetzung von Kassensitzen oder Neuapprobationen ist problematisch, da Umfänge der Leistungen und Bedarfe einem Wandel unterliegen

„Interessensleitungen“ hinderlich: Kostenträger-Zentrierung der Datenlage, Berufspolitische Probleme und Standesdenken (auch innerhalb der Professionen)

Enorme Komplexität des Themas: sehr komplexes und fragmentiertes Hilfesystem in Deutschland (das auch die in der Versorgung Tätigen kaum noch durchschauen); Risiken und Nebenwirkungen von (gut gemeinter) Qualitätssicherung

„Verteilungskampf“...?	Wie können „gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ und „Versorgungsgerechtigkeit“ hergestellt werden...?	Gesetzlicher Rahmen, z.B. GKV-VSG, PsychVVG, G-BA...	Über-, Unter- und Fehlversorgung
„Körper vs. Psyche“: Längeres Leben vs. höhere Lebensqualität?		Entgeltsysteme	Neue Versorgungsformen (z.B. Innovationsfonds) in Regelversorgung überführbar?
Mangelnde Patientenzentrierung...?		Theorie vs. Praxis der Versorgungssteuerung (z.B. mehr Ressourcen für stationäre gegenüber ambulanter Behandlung)	Telemedizin, Online-Beratung...
Prävention durch Krankenkassen, Arbeitgeber, Gesellschaft...?	Ressourcen- vs. Allokationsprobleme	Krankenkassen-Zentrierung der Datenlage	Optimierung der Behandlungs-Formate
Auslösekonstellationen für Behandlungsbedarf...?	Fortschreitender Rückbau von Sozialpsychiatrie und „Sprechender Medizin“	Morbi-RSA	„best practice“? [z.B. IAPT, Mental Health Australia...?]
Medikalisierung...?	Besondere Bedarfe der Versorgung, z.B. KiJu, Ältere, Migranten und Geflüchtete, schwer chronisch Kranke...?	Qualitätssicherung	Niederschwellige Angebote (z.B. Akut-Sprechstunde)
indirekte Kosten psychischer Störungen und Nutzen der psychotherapeutischen Versorgung für Angehörige		Steuerung vs. Ärztliche Selbstverwaltung	Integrierte Versorgung
		Rolle der hausärztlichen Versorgung	Klinische vs. Außerklinische Versorgung
			Behandlungspfade und Versorgungsketten
			Stepped Care
	Sozialstruktur und Prävalenzen	Soziokultureller Wandel auf Behandlerseite (z.B. Praxisauslastung, Wahl der fachärztlichen Spezialisierung)	
Kostenfaktor Arbeits-Unfähigkeit und Berentung	Morbiditäts-Orientierung	(sektorenübergreifende) Vernetzung	Diagnose- und Codierpraxis
		Indikation = Diagnose x Kontext x Prognose	
Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsforschung in Regionen	Psychische Gesundheit in Großstädten und anderen Regionen	Leitlinien-Orientierung	Personalisierte Psychotherapie
	Mitversorgung	overshadowing	Motivation auf Versorgerseite, bei Innovationen mitzumachen

Beispiel 1: „Psychotherapeutische Sprechstunde“ und „Akutbehandlung“

Ziel: Schnellen Zugang verbessern

- Einführung 2017; Sprechstunde = max. 150 min. zur Indikationsstellung und ggf. Weiterverweisung; Akutbehandlung = bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Minuten (ein einzelner Behandlungstermin kann auch aus mehreren solcher Einheiten bestehen), muss nicht bei der Krankenkasse beantragt werden
- Evaluation durch G-BA (2021), Wissenschaftliche Dienste des Bundestages (2022) und Eva PT-RL (2025)

Erste zentrale Ergebnisse:

- Ca. 60% der Patient:innen erhielten innerhalb eines Jahres nach Einführung eine Akutbehandlung, Probatorik und/oder Richtlinienpsychotherapie, und diese Anschlussleistungen begannen häufig relativ zeitnah
- Ca. 42% erhielt in den der Sprechstunde folgenden vier Quartalen keine weitere ambulante psychotherapeutische Leistung

Beispiel 1: „Psychotherapeutische Sprechstunde“ und „Akutbehandlung“ (Forts.)

Zentrale Probleme

- Die psychotherapeutische Sprechstunde hat den Zugang zum Erstkontakt verbessert, aber die eigentliche Steuerungs- und Lotsenfunktion nur begrenzt eingelöst
- Die Reform hat die „Front Door“ verbessert, aber nicht das Versorgungssystem dahinter ausreichend koordiniert

Zwischenfazit:

- Nicht das Screening am Eingang ist das Hauptproblem, sondern die fehlende Anschlussfähigkeit des Systems
- Sprechstunde kann Bedarfe klären, aber sie kann Versorgung nicht „herbeisteuern“, wenn *Kapazitäten* fehlen, *Schnittstellen* schwach sind und *Verantwortlichkeiten für Navigation* unklar bleiben
- nur eingeschränkt Aussagen zu Wartezeiten und Kausalität möglich; neuere Befragungen fallen deutlich skeptischer aus

Beispiel 1: „Psychotherapeutische Sprechstunde“ und „Akutbehandlung“ (Forts.)

Wissenschaftliche Dienste des Bundestages (2022) und Eva-PT-RL (2025/2026)

- das Grundproblem eines höheren Bedarfs und langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz besteht fort
- Psychotherapeut:innen meinten: bei Erwachsenen habe die Sprechstunde nur 17 %, bei Kindern/Jugendlichen 16 % die gewünschte Lotsenfunktion erfüllt
- Dadurch bedarfsorientierte Versorgung? Zustimmung nur 7% bei Erwachsenen- und 17% bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen.
- bei den untersuchten patientenrelevanten *Outcomes* zeigten sich keine klaren Unterschiede zwischen der Situation vor und nach der Reform
- Hürden: *Kapazitätsmängel, Probleme der Weitervermittlung, mangelnder inner- und intersektoraler Austausch* (z.B. unzureichende Kenntnisse des gesamten Hilfesystems)
- Außerdem: Reform hat teilweise administrative Zusatzlast erzeugt

Beispiel 2: Digitale Interventionen (DiGA) und KI in der psychotherapeutischen Versorgung

Steuerungspotenzial und Grenzen

- Das DiGA-System: Deutschlands Weltpremiere (2019); mittlerweile über 70 (Zahl schwankt) verschreibungsfähige Anwendungen Patienten therapeutische Interventionen für eine Vielzahl von Krankheitsbildern (davon >50% im Bereich Psyche)
- Bestimmte Patientengruppen ziehen die zeitliche Flexibilität und Anonymität einer DiGA einer persönlichen Therapie vor
- Zunehmend häufig verschrieben, ABER: letztendlich oft ganz unzureichend genutzt...
- soll die Versorgungslücke in der Wartezeit schließen, zugleich aber auch als evidenzbasierte Alternative zur klassischen Therapie fungieren ➔ beides gelingt bisher nur begrenzt
- Erfahrungen zeigen, dass einige „hard to reach“-Gruppen (junge Männer, sozial benachteiligte, wenig digitalkompetente Patienten) damit nicht erreicht werden
- von den 68 bis Ende 2024 aufgenommenen DiGA konnten lediglich 12 (<20%) ihren Nutzen von Beginn an nachweisen

Beispiel 2: Digitale Interventionen (DiGA) und KI in der psychotherapeutischen Versorgung

- ➔ Nutzen bleibt hinter dem Potenzial zurück!
- ➔ Kombinationsangebote aus persönlicher Begleitung und Online-Intervention (*blended therapy*) werden von Behandelnden und Patienten positiver wahrgenommen, beinhalten weniger hohe Abbruchraten als reine Onlinetherapie und sind mit höherer Adhärenz verbunden

Auch im Bereich KI im Einsatz psychotherapeutischer Versorgung gibt es noch viele ungelöste Probleme und Fragezeichen:

- *Skalierbarkeit und Skalierbarkeitsversprechen* vor dem Hintergrund von Versorgungsdruck und Unterversorgung (u.a. regional, besondere Gruppen und Problembereiche)
- *Versorgungssteuerung und Steuerungsversprechen* (z.B. stepped care/Triage)
- *Kostensenkungsversprechen* (durch Automatisierung)
- *Ethische Probleme* (z.B. Bias und Fehleranfälligkeit, Datensouveränität, Bedrohung therapeutischer Freiheiten...)

Was bedeutet dies für die Steuerungsdiskussion?

DiGA und KI sind per se kein Steuerungsinstrument, sondern möglicherweise ein Steuerungsproblem zweiter Ordnung...?

- Sie versprechen mehr Zugang, erzeugen aber neue Selektivität (z.B. Gender, Alter, Digitalkompetenz).
 - Sie versprechen Evidenzbasierung, werden aber mit schwacher Evidenz zugelassen.
 - Sie könnten Wartezeiten überbrücken, werden aber kaum genutzt (ganz anders als die frei verfügbaren Chatbots der Tech-Unternehmen...)
 - Und sie werden zunehmend außerhalb des regulierten Versorgungssystems von Patienten autonom genutzt – ohne jede Steuerung.
- ➔ Die eigentliche steuerungsrelevante Frage ist daher nicht „Wie integrieren wir DiGA besser?“, sondern: Wer kontrolliert das unkontrollierte Wachstum der kommerziellen KI-Angebote jenseits des DiGA-Systems, das Millionen Nutzer:innen bereits heute faktisch in Anspruch nehmen?

Ein Blick ins Ausland

Ein Ansatz aus den Niederlanden: POH-GGZ

Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg (Praxisunterstützer für den Hausarzt im Bereich psychische Gesundheit): Ein POH-GGZ arbeitet in einer Hausarztpraxis und unterstützt den Hausarzt bei psychischen Problemen der Patient:innen.

- **Typische Aufgaben:** Erstgespräche bei psychischen Beschwerden, Einschätzung der Problematik (Screening / Triage), Kurzzeitbegleitung oder Beratung, Psychoedukation, Unterstützung bei Stress, Angst, Depression, Burnout, Lebenskrisen, Entscheidung, ob eine Überweisung in spezialisierte Psychotherapie nötig ist
- **Ausbildung / Hintergrund:** Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, psychiatrische Pflegefachperson, „Mental-Health-Nurse“
- **Evaluationsergebnisse:** überwiegend gut für Steuerungseffekt – aber nur schwache Evidenz für verbesserte Outcomes oder Kosteneinsparung ➔ trotz hoher Plausibilität (noch) gemischte Evidenzlage...

Ein Ansatz UK: IAPT

Besonders großangelegte Versorgungsplanung zu Mental Health im britischen National Health Service (NHS): *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT)

- Als Ergebnis wirtschaftlicher Bewertungen von Richard Layard auf der Grundlage neuer Therapierichtlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) entwickelt 2008 eingeführt; insbesondere vom klinischen Psychologen David M. Clark vorangetrieben
- *stepped care* Ansatz insbes. für Angst & Depression; viel „niedrigdosierte“ Maßnahmen (mit deutscher Richtlinientherapie nicht zu vergleichen); die Ergebnisse werden anhand standardisierter Fragebögen (z. B. PHQ-9) bewertet, wobei angestrebt wird, möglichst *alle* behandelten Fälle entsprechend zu evaluieren.
- Zweifellos handelt es sich um ein wichtiges gesellschaftliches Ziel, die psychische Gesundheit der Allgemeinbevölkerung zu verbessern und den allgemeinen Zugang zur Versorgung sicherzustellen. Ob aber IAPT dieses Ziel erreicht und hierbei auch eine kosten-effektive Maßnahme darstellt, ist umstritten (vgl. Jacobi, 2024)

Die Steuerungsdiskussion:

Welche Lösungsrichtungen lassen sich identifizieren?

Lösungsrichtungen für gelungene Steuerung im Bereich der Versorgung psychischer Erkrankungen

1. **Steuerung am Zugang verbessern** (Beispiel Sprechstunde, Terminservice-Stellen), **aber nicht nur am Zugang** (Mengenausweitung kann nicht die alleinige Lösung aber dennoch sinnvoll sein)
2. **Navigation als eigene Aufgabe definieren** (z.B. primärärztlich, oder auch durch Psychotherapeut:innen)
3. **Schnittstellenmanagement systematisch ausbauen** (z.B. interdisziplinäre Fallkonferenzen und Qualitätszirkel, Anreize für Kooperation und Komplexversorgung)
4. **Kapazitäten differenzierter planen** (echte Bedarfsplanung sollte dynamisch sein und z.B. stärker an Wartezeiten, Morbiditätslast, Schweregrad, regionaler Sozialstruktur und Versorgungsaufgaben für komplexe Fälle ausgerichtet werden)
5. **ggf. aus Erfahrungen in anderen Ländern lernen** (z.B. NL: Hausärztliches Gatekeeping, UK: schneller Zugang IAPT mit fortlaufender Evaluation; wobei eine klare „Vorbildfunktion / best practice“ nicht einfach gegeben ist)

Die Steuerung der psychotherapeutischen Versorgung: Herausforderungen und Lösungen

Prof. Dr. Frank Jacobi

inoges-Tagung „Aktuelle Herausforderung der Psychotherapeutischen Versorgung“
Berlin, 19.3.2026