

Heidelberg, 19.06.2022

Positionspapier der Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo e.V.) zum Thema Therapieplatzknappheit

Executive Summary

Über ein Viertel der deutschen Bevölkerung entwickelt jährlich eine psychische Störung. Die Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland beansprucht pro Jahr ca. 20 Milliarden Euro.

Psychische Störungen gehören dabei zu den am stärksten die Lebensqualität einschränkenden Erkrankungen überhaupt. Auf der anderen Seite ist die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Behandlung psychischer Störungen mittels Psychotherapie durch über 50 Jahre Forschung eindeutig belegt. Das ökonomische Kosten-Nutzen-Verhältnis von Psychotherapie beläuft sich dabei je nach Schätzung auf 1:2 bis 1:5,5.

Die vertragsärztliche Bedarfsplanung für ambulante Psychotherapiesitze wurde zuletzt 1999 durchgeführt. Der Bedarf an Psychotherapieplätzen ist seitdem stetig gestiegen, bedingt durch diverse Faktoren wie die Entstigmatisierung oder gesamtgesellschaftliche Krisen wie die Covid-19-Pandemie. Auf diese Entwicklungen wurde jedoch nicht adäquat mit einer Steigerung der ambulanten Versorgungsangebote reagiert.

In der aktuellen Versorgungslage in Deutschland sehen wir eine Unterversorgung in der ambulanten Psychotherapie, maßgeblich verantwortet durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Daher fordern wir ein künftiges Mitspracherecht von Patient*innenvertretungen im Gemeinsamen Bundesausschuss. Zusätzlich fordern wir eine Aktualisierung der Bedarfsplanung und eine Reformierung des Planungsverfahrens. Zentral soll dabei die Ablösung des Demographiefaktors durch einen Bedarfsindex sein.

Ergänzend sollten Zugangsstrukturen nachhaltig verbessert werden. Dies kann durch ein niedrigschwelliges Angebot, das bürokratische und räumliche Hürden abbaut, erreicht werden. Zuletzt sollten präventive Angebote ausgebaut und die Entstigmatisierung psychischer Störungen sowie das Bewusstsein über Versorgungsangebote gestärkt werden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die bundesweite Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo e.V.) hat auf ihrer 35. Tagung vom 16.06.2022 bis 19.06.2022 in Heidelberg mit 205 Teilnehmenden aus 45 Fachschaften der deutschsprachigen Hochschulen die folgende Position zum Thema „Effektiv mehr Therapieplätze schaffen“ beschlossen:

Psychische Störungen: Prävalenzen, individuelle und volkswirtschaftliche Belastungen

Jährlich leiden 27.8% der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren an mindestens einer psychischen Störung, bei der Berücksichtigung von Nikotinabhängigkeit sind es sogar 34.5% der deutschen Bevölkerung. Dies entspricht über 28 Millionen Menschen (Jacobi et al., 2014; Jacobi et al., 2015). Psychische Störungen verursachen dabei sowohl für die erkrankte Person und ihr Umfeld als auch für die Volkswirtschaft immense Belastungen.

Tangible, also monetär berechenbare Kosten setzen sich sowohl aus direkten Kosten als auch aus indirekten Kosten zusammen. Die direkten Kosten entstehen aus unmittelbar gesundheitsbezogenen Investitionen. So belaufen sich etwa die Kosten der Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland auf jährlich 20 Milliarden Euro, was 7% der Gesamtausgaben des Gesundheitssektors entspricht. Die ambulante Psychotherapie beansprucht dabei 1.5 Milliarden Euro (Nübling et al., 2014). Darüber hinaus ergeben sich indirekte Kosten außerhalb des medizinisch-therapeutischen Sektors, welche durch eine effektive Therapie verhindert werden können: Psychische Störungen gehören direkt nach kardiovaskulären Erkrankungen zu den volkswirtschaftlich kostenintensivsten Krankheiten überhaupt. Sie sind damit für das Gesundheitssystem noch kostenintensiver als Krebserkrankungen. Gut dokumentiert sind die Kosten durch Krankschreibungen, eingeschränkte Produktivität und Frühberentung: Sie resultieren jährlich in einem Produktionsausfall von 26 Milliarden Euro und Bruttowertschöpfungsausfällen von 45 Milliarden Euro. Das entspricht 1.8% des Bruttoinlandsprodukts Deutschlands (Nübling et al., 2014).

Die Kosten werden jedoch unterschätzt, wenn sie nur aus den Kosten durch Erwerbslosigkeit, Fehltage, Produktivitätsausfälle sowie frühere Sterblichkeit errechnet werden. Zahlreiche weitere Maßnahmen als Resultate psychischer Störungen, etwa die Auszahlung von Arbeitsunfähigkeitsversicherungen oder betreute Ausbildungen, erhöhen die gesellschaftliche Kosten (OECD & European Union, 2018).

Intangible, also nicht monetär berechenbare Kosten sind dabei ebenfalls nicht zu vernachlässigen: Psychische Störungen führen zu immensen persönlichen Einschränkungen in der Lebensführung und Lebensqualität sowie vorzeitiger Sterblichkeit. Bezieht man durch Alkohol- und anderen Drogenmissbrauch bedingte Krankheiten mit ein, führen psychische Störungen zur höchsten krankheitsinduzierten Belastung (Murray & Lopez, 1996; Murray et al. 2012). Nicht zuletzt führt eine Nicht- oder Fehlbehandlung dazu, dass eine psychische Störung chronifiziert und dadurch schwieriger behandelbar wird. Dies resultiert in weiteren medizinischen Kosten und einer zunehmenden persönlichen Belastung (Nübling et al., 2014).

Laut Berichten verschiedener Krankenkassen sind die gemeldeten Fallzahlen psychischer Störungen seit 2000 erheblich und kontinuierlich gestiegen (z.B. Techniker Krankenkasse (TK): Anstieg bis 2020

um 109% (Techniker Krankenkasse, 2021); DAK-Gesundheit (DAK): Anstieg bis 2019 um 137% (DAK-Gesundheit, 2020)). Psychische Störungen sind dabei nach kardiovaskulären Erkrankungen meistens der zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit (AU) und decken mindestens 12% der Fälle ab (AOK, 2021; Barmer, 2021; DAK-Gesundheit, 2020). Bei Versicherten der TK verursachten psychische Störungen 2020 mit anteilmäßig 19.8% die meisten Krankheitsfehltag. Bei der DAK stiegen die psychisch bedingten AU-Fälle zwischen 2000 und 2019 um 191% und die Anzahl der tatsächlichen Fehltag um 239% (DAK-Gesundheit, 2021a). Im Kontext der Covid-19-Pandemie meldete die DAK, dass im Zeitraum von Januar bis Juni 2021 die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen noch einmal deutlich zugenommen haben: Sie machten rund ein Fünftel aller Fehltag aus. Dieser neue Höchststand überstieg die Raten im Vergleichszeitraum vor der Pandemie (1. Halbjahr 2019) um 11.5% (DAK-Gesundheit, 2021b).

Die Barmer Krankenkasse geht zudem davon aus, dass die explizit mit psychischen Störungen begründeten Krankschreibungen die tatsächlichen Fallzahlen deutlich unterschätzen (Barmer, 2021).

Wirksamkeit von Psychotherapie

Die Wirksamkeit von Psychotherapie konnte durch mehr als 50 Jahre Forschung und zahlreiche Meta-Analysen über tausende Studien hinweg belegt werden (Shapiro & Shapiro, 1982; Smith et al., 1980; Wampold, 2001). Psychotherapie verbessert nicht nur die Störungssymptomatik, sondern auch weitere Faktoren wie die Arbeitsfähigkeit und die Produktivität (Nübling et al., 2014). Verbesserungen sind sowohl im subjektiven Selbstbericht der Patient*innen als auch im objektiv beobachtbaren Verhalten messbar (Nübling et al., 2014). Psychotherapie ist dabei in ihren Effektstärken zahlreichen konventionellen Behandlungsformen der somatischen Medizin überlegen (Margraf, 2009). Darüber hinaus liegen die Abbruchquoten für Psychotherapie auf einem deutlich niedrigeren Niveau als die Abbruchquoten für psychopharmakologische Therapien (Margraf, 2009). Des Weiteren belegen diverse Evaluationsstudien die Nachhaltigkeit der Effekte und geringe Nebenwirkungen von Psychotherapie (Lambert & Ogles, 2004). Auch bei (typischerweise) rezidivierenden Störungen wie etwa Depressionen schützt Psychotherapie zuverlässiger vor Rückfällen als eine rein medikamentöse Therapie (Lambert & Ogles, 2004).

Psychotherapie spart immens volkswirtschaftliche Kosten ein. Der *return of investment* beträgt je nach Schätzung 1:2 bis 1:5,5 (Margraf, 2009; Wittmann et al., 2002; Wittmann & Steffanowski, 2011). Das bedeutet, dass die o.g. direkten Kosten für ambulante Psychotherapie von 1.5 Milliarden Euro für eine jährliche Ersparnis der deutschen Volkswirtschaft zwischen 3 und 8.25 Milliarden Euro sorgen.

Kontextualisierung: Hergang der aktuellen Versorgung mit psychotherapeutischen Kassensitzen

Um ihre Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte mit einer Krankenkasse abrechnen zu können, benötigen Psychotherapeut*innen neben ihrer Approbation und der Fachkunde auch eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), den Vertragspsychotherapeutesitz. Die Anzahl dieser Sitze wurde für Deutschland im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zum ersten Mal 1999 festgelegt. Die Anzahl an Psychotherapeut*innen, die bis zum 31. August 1999 eine Zulassung erhalten hatten, wurden dabei in der Bedarfsplanungs-Richtlinie als Richtmaß der psychotherapeutischen Vollversorgung in Deutschland definiert. Problematisch ist jedoch, dass diese Zahl an Kassensitzen schon zum gewählten Stichtag in ihrer Gesamthöhe sowie ihrer räumlichen Verteilung viele Gebiete, etwa die neuen ostdeutschen Bundesländer, nicht ausreichend versorgte

(Bundespsychotherapeutenkammer, 2011). In den folgenden Jahren wurde die Zahl der "Soll"-Psychotherapeutenplätze mehrmals leicht erhöht. Auch wurden Anpassungen der Kassensitze an die regionale Entwicklung der Geschlechter- und Altersstruktur auf Basis eines Demographiefaktors vorgenommen (IGES Institut, 2016). Auf tiefgreifende Veränderungen wie die Entstigmatisierung psychischer Störungen und verändertes Inanspruchnahmeverhalten in der Bevölkerung (s.u.) wurde mit diesem Vorgehen nicht reagiert. Auch einschneidende gesamtgesellschaftliche psychische Belastungen wie die Covid-19-Pandemie (s.u.) blieben unberücksichtigt, weshalb es zunehmend eher zu einer psychotherapeutischen Unterversorgung kommt (s.u.).

Positive Tendenzen waren **2016** zu verzeichnen, als z.B. eine bundesweit einheitliche Terminservicestelle zur Vermittlung von potenziellen Psychotherapiepraxen eingeführt wurde.

Auch das Jahr **2017** brachte durch eine zweite Strukturreform verschiedene Verbesserungen mit sich. So wurden psychotherapeutische Sprechstunden, antragsfreie Akutversorgungsangebote, der Wegfall der Gutachterpflicht für Anträge auf Kurzzeittherapie und eine Erweiterung der Gruppentherapie gesetzlich verankert. Allerdings wurde der Sonderstatus der "Sonderregion Ruhrgebiet" zum 01.01.2018 aufgehoben (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017), während der fachlich und wissenschaftlich festgestellte Bedarf von ca. 300 Neuzulassungen für die Region mit 85 neuen Zulassungsmöglichkeiten allerdings nicht ausreichend gedeckt wurde (Bundespsychotherapeutenkammer, 2017; Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, 2017).

Die letzte bundesweite Reform der Kassensitze für Psychotherapie wurde **2019** durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgenommen, wobei 776 neue Kassensitze eingeführt und regionale Versorgungsdisparitäten ansatzweise ausgeglichen wurden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019; Kolbeck, 2019). Diese Zahl steht jedoch im harschen Kontrast zur Zahl von 2.413 zusätzlichen Sitzen, welche von einem Gutachten, das der G-BA 2018 selbst in Auftrag gab, als notwendig veranschlagt wurden (Sundmacher et al., 2018). Andere Fachverbände kommen auf ungleich höhere Kontingente. So fordert die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) etwa 7.000 zusätzliche Kassensitze (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhaus-gesellschaft, Patient*innenvertretungen und die Bundesländer sahen schon 2019, als die Bedarfs-planungsrichtlinie geändert wurde, 1.900 weitere Sitze, vor allem im ländlichen Gebiet, für nötig (Bundespsychotherapeutenkammer, 2019).

Herrscht in Deutschland eine psychotherapeutische Unterversorgung?

Unter einer Unterversorgung versteht man „die teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem Nettonutzen – bei medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen – in effizienter Form, also i. e. S. wirtschaftlich zur Verfügung stehen“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000, S. 19). Demnach herrscht in Deutschland eine psychotherapeutische Unterversorgung, wenn die Leistungen der Psychotherapie einen hinreichenden Nettonutzen erbringen, jedoch nicht dem Bedarf entsprechend angeboten bzw. verweigert werden. Der wirtschaftliche Nettonutzen von Psychotherapie und ihre Effizienz gegenüber rein medikamentöser oder Nichtbehandlung wurde bereits eruiert (s.o.). Im Folgenden soll zusammenfassend dargestellt werden, inwiefern das aktuelle Therapieangebot den Versorgungsbedarf deckt oder nicht deckt.

Bisher suchen schätzungsweise 20% der psychisch Erkrankten in Deutschland professionelle Hilfe, Tendenz (vor allem aufgrund der Entstigmatisierung) steigend (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Gleichzeitig lag die Auslastung stationärer Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie 2016 je nach Spezialisierung bereits bei 85 - 94% (Holst et al., 2020). Für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland lassen sich Kontingente für ca. 800.000 ambulante und 600.000 stationäre Behandlungsmaßnahmen berechnen (Holst et al., 2020). Bei einer vollen Inanspruchnahme von Therapie durch alle psychisch kranken Menschen in Deutschland (jährlich 5.4 Mio. Maßnahmen) bestünde eine schwerwiegende Unterversorgung (Holst et al., 2020). Für den Teilbereich der ambulanten Psychotherapie sind die Indikatoren für eine Überforderung der Patient*innenversorgung noch eindeutiger: lange Wartezeiten im ambulanten Bereich (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018; Zepf et al., 2001), hohe Ablehnungsraten und lange Chronifizierungen (Potreck-Rose & Koch, 1994). Zugleich liegt der ambulante Versorgungsgrad für Patient*innen zwischen 18 und 65 Jahren bei gerade einmal 10 bis maximal 15% (Kruse & Herzog, 2012; Nübling, 2009). Auch durch die Maßnahmen der letzten größeren Strukturreform 2017 konnten die langen Wartezeiten auf Sprechstunden, Akutbehandlungen und ambulante Psychotherapieplätze nicht verringert werden (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018; Singer et al., 2022).

Durch die Covid-19-Pandemie stieg die Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten weiter. Studien zeigten einen Anstieg von depressiven Symptomatiken, Ängstlichkeit und psychischer Belastung sowie einen Anstieg von Anfragen für psychologische Hilfeleistungen in der deutschen Bevölkerung (Bäuerle et al., 2020; Mauz et al., 2022). Im Januar 2021 waren die Patient*innenanfragen in psychologisch-psychotherapeutischen Praxen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um etwa 39% erhöht. Fast die Hälfte der Anfragenden wartete länger als einen Monat auf ein Erstgespräch. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) waren die Anfragen sogar um 60% erhöht und 43% warteten länger als einen Monat auf ein Erstgespräch. Die Wartezeit auf einen tatsächlichen Therapieplatz betrug für über 2/3 beider Patient*innengruppen länger als 3 Monate (Rabe-Menssen, 2021). Dennoch wurde die Bedarfsplanung trotz Forderung der BPTK nicht angepasst (Bundespsychotherapeutenkammer, 2021). Da die vermehrten Belastungen durch die Pandemie nicht adäquat durch eine Ausweitung der Patient*innenversorgung aufgefangen werden können, werden sich viele dieser psychischen Beschwerden, die sich bei rechtzeitiger psychologischer Versorgung eventuell nur im subklinischen Bereich bewegt hätten, wahrscheinlich zu pathologischen Störungen auswachsen und ein Teil derer auf lange Sicht chronifizieren.

Der G-BA trägt die Entscheidungshoheit über die Gestaltung und Durchführung der Bedarfsplanung für psychotherapeutische Kassensitze. Trotz der extensiven empirischen Datenlage zum Nutzen und zugleich nicht gedeckten Bedarf an Psychotherapie bleibt eine grundlegende Revidierung des Bedarfsplanungsprozesses aus.

Da die o. g. Teilaspekte hinreichend belegt sind, ist nach unserer Einschätzung eine Unterversorgung in der deutschen Psychotherapie gemäß der Definition des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001, S. 19) gegeben. Sie ist dabei maßgeblich auf den Unwillen des G-BA, die Bedarfsplanung für psychotherapeutische Kassensitze an den realen Bedarf anzupassen, zurückzuführen. Die zentralen Forderungen dieses Papiers belaufen sich somit auf die Reform hin zu einer valideren Bedarfsplanung.

Forderungen

Mitspracherecht der beteiligten Parteien

Der G-BA stellt das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen dar. Er ist in seinen Entscheidungen somit maßgeblich für die Bedarfsplanung psychotherapeutischer Kassensitze verantwortlich. In seinen Entscheidungen ist er autonom, wobei Vertreter*innen der gesetzlichen Krankenkassen einen Großteil des stimmberechtigten Plenums stellen. Patient*innenvertretungen haben dagegen kein Stimmrecht.

Wir fordern zur besseren Interessenvertretung der Betroffenen ein Mitspracherecht der Patient*innenvertretungen im G-BA statt der aktuellen beratenden Funktion. Ebenso fordern wir eine stärkere effektive Beteiligung der Pflege- und Gesundheitsberufe, wie im Koalitionsvertrag zugesichert (Deutsche Bundesregierung, 2021).

Anpassung der Bedarfsplanung

Wir fordern eine Umsetzung der im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angekündigten Reformen der Bedarfsplanung (Deutsche Bundesregierung, 2021). Dies beinhaltet einen Ausbau der vorhandenen Kapazitäten, sowie eine Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und garantierten Zugang zu ambulanten Komplexleistungen. Vor allem eine Verbesserung in strukturschwachen Gebieten ist notwendig. Bei der Reform der Bedarfsplanung fordern wir einen Fokus auf den Ausbau und die Verbesserung einer ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in ländlichen Regionen, dem Ruhrgebiet und den neuen Bundesländern.

Diese Bedarfsplanung sollte auf einer neuen Datengrundlage beruhen. Der Rückgriff auf den Stichtag des 31.08.1999 ist u.a. durch die einschneidenden Umstände der Corona-Pandemie (s. o.) nicht mehr angemessen. Eine Neueinschätzung ist dringend erforderlich. Hierbei sollte das Konzept des repräsentativen Stichtages evaluiert werden und alternative Vorgehensweisen, z. B. die Aggregation mehrerer Messzeitpunkte, um eine möglichst reliable und valide Aussage treffen zu können, erwogen werden.

Um die ambulante Versorgung zukünftig dynamisch und angemessen auf gesamtgesellschaftliche Trends anpassen zu können, fordern wir eine Ablösung des Demographiefaktors durch einen Bedarfsindex. In der aktuellen Bedarfsplanung berechnen sich regionale Bedarfsunterschiede neben den Bevölkerungszahlen und dem angenommenen Ausmaß an Umlandversorgung durch den Demographiefaktor. Dieser orientiert sich nur an den Veränderungen der Geschlechter- und Altersstruktur der Bevölkerung (Dichotomisierung der Bevölkerung in über und unter 65 Jahre) und den angenommenen Bedarfszahlen, die aus den tatsächlichen Abrechnungen bei den Krankenkassen abgeleitet werden. Diese Art der Berechnung ist problematisch, da die tatsächlich erfolgte Inanspruchnahme bereits mit vorhandenen Versorgungsdefiziten konfundiert ist (IGES Institut, 2016). Der Demographiefaktor berücksichtigt weder tatsächliche Prävalenzzahlen noch den wachsenden psychotherapeutischen Versorgungsbedarf, der sich, u. a. durch fortschreitende Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und die daraus folgende gesteigerte Inanspruchnahme von Psychotherapie in den letzten 20 Jahren nahezu verdoppelt hat (Bundespsychotherapeutenkammer, 2019). Ein Bedarfsindex, wie er vom IGES Institut konzipiert wurde, würde die regionalen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt des Bedarfs an Psychotherapeut*innen valider abbilden. Seine Berechnung erfolgt auf Basis der Kombination von regionalen Charakteristiken (Bevölkerungszahlen, Demographiestruktur) und Individualdaten zum Zusammenhang von 12-Monats-Prävalenzen und

sozio-ökonomischen Besonderheiten (auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte übertragen). Zusammen mit dem vom IGES Institut geforderten neuen Stichtag (31.12.2004 statt 31.08.1999) und einem neuen Regionalbezug (westdeutsche Bundesländer als Referenz einer ausreichenden Versorgung) ergäbe sich ein Bedarf an 5.900 (+36%) zusätzlichen Kassensitzen (IGES Institut, 2016).

Verbesserung der Zugangsstrukturen

Die folgenden Maßnahmen fordern wir ergänzend - und nicht alternativ - zur oben ausgeführten Bedarfsplanungsreform, um die Strukturen, welche den Zugang zu Psychotherapieplätzen steuern, zu verbessern.

1) Transparente Kostenerstattung

Das aktuelle Verfahren der Kostenerstattung über die Krankenkassen ist mit hohen bürokratischen Hürden verbunden (ZDFheute Nachrichten, 2021) und ist den Betroffenen psychischer Störungen, etwa im Fall von Depressionen, häufig kaum zumutbar. Darüber hinaus werden korrekt gestellte Anträge zur Kostenerstattung trotzdem nicht selten abgelehnt (UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH, 2020). Wir fordern eine Anpassung des Kostenerstattungsverfahrens, welche den Arbeitsaufwand für Patient*innen reduziert und mehr Transparenz schafft. Dazu gehören zum Beispiel explizite Regelungen zur Bewilligung der Kostenübernahme und ein über deutsche Krankenkassen hinweg einheitliches Erstattungsverfahren. Der Zeitaufwand für das ständige Überprüfen eventuell freier Therapieplätze, welches für gewöhnlich telefonisch erfolgt, könnte durch eine zentralisierte Website erheblich verringert werden (s. Abschnitt 2.2 "Register der Behandlungskapazitäten").

2) Ausbau digitaler Versorgungsstrukturen

2.1) Online-Therapie

Während der Covid-19-Pandemie schränkten viele Psychotherapeut*innen ihr Angebot ein oder nahmen keine neuen Patient*innen an. Digitale oder telefonische Sprechstunden konnten häufig aufgrund technischer Hürden nicht angeboten werden (UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH, 2020). Entgegen diesem Trend fordern wir in Übereinstimmung mit der Bundespsychotherapeutenkammer, den Ausbau digital durchgeführter Psychotherapie (Bundespsychotherapeutenkammer, 2022), insbesondere von digitalen Erstgesprächen und Therapiesitzungen. Dadurch wird Personen, die aufgrund körperlicher oder psychischer Erkrankungen und/oder Einschränkungen ihr Heim nicht verlassen können, der Zugang zu Psychotherapie enorm erleichtert. Zudem können auf diese Weise räumliche Disparitäten in der regionalen Dichte von psychotherapeutischen Einrichtungen überbrückt werden, indem Patient*innen auch das Angebot von räumlich weit entfernt niedergelassenen Psychotherapeut*innen in Anspruch nehmen könnten, sofern diese Kapazitäten frei haben.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass im Gegenzug Psychotherapieangebote in Präsenz reduziert werden sollen. Digitale Angebote sollen als Ausweichoption angesehen werden, die auf individuellen Wunsch bzw. bei regionaler Unterversorgung wahrgenommen werden können sollten. Genauso sollte jedoch die Möglichkeit zur analog durchgeführten Psychotherapie stets gegeben sein.

2.2) Register der Behandlungskapazitäten

Die Suche nach einem freien Psychotherapieplatz ist zeitaufwendig. Durch die oben genannte Erweiterung des Kontingents potenzieller Psychotherapeut*innen pro Person durch digitale Psychotherapie würde zwar die Wahrscheinlichkeit steigen, einen Platz zu finden. Der dafür notwendige zeitliche Aufwand würde sich jedoch zusätzlich erhöhen. Wir fordern daher ein digitales Register, welches die bundesweit freien Behandlungskapazitäten, aufgeschlüsselt nach Region, transparent auflistet (Das Erste, 2022). Dadurch könnten Hilfesuchende Versorgungseinrichtungen mit freien Plätzen zielgerichtet kontaktieren, was ihnen viel Zeit und Frustration ersparen würde.

2.3) Internet- und mobilbasierte Interventionen

Mit dem Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG; Deutscher Bundestag, 2019) vom 07.11.2019 sollten administrative Herausforderungen in der digitalen Versorgung psychisch kranker Menschen, bspw. bei der Zulassung von Gesundheits-Apps, reduziert werden. Solche Apps stellen unserer Ansicht nach keinen Ersatz für direkte menschliche Interaktion mit einem*r Psychotherapeut*in dar, da die empirische Evidenz für ihre Wirksamkeit äußerst störungsspezifisch ist und noch wenig Wissen über Langzeiteffekte existiert (Baumeister et al., 2017; Ebert et al., 2018).

Insgesamt erreichen internet- und mobilbasierte Interventionen nur in Begleitung von etablierter Psychotherapie eine mit dieser vergleichbare Wirksamkeit (mittlere bis große Effektstärken; Baumeister et al., 2017; Ebert et al., 2018) und sollten somit nicht gleichwertig als allein stehende Alternative zu dieser behandelt werden. Darüber hinaus mangelt es an professioneller Eignungs- und Risikoeinschätzung; so erkennen Apps bspw. psychische Notsituationen nicht ansatzweise in zufriedenstellendem Ausmaß, was sie zum Krisenmanagement äußerst ungeeignet macht (Baumeister et al., 2017; Ebert et al., 2018).

Zudem bleiben berufsrechtliche Bedenken, da digital behandelte Personen noch immer (potenziell) in den Zuständigkeitsbereich von Psychotherapeut*innen fallen und eine ausschließlich digitale Fernbehandlung keine gute psychotherapeutische Praxis darstellt (Baumeister et al., 2017; Ebert et al., 2018). Sofern eine Person also psychotherapeutisch behandlungsbedürftig ist, sollte sie auch face-to-face Psychotherapie als bestmögliche Behandlung erhalten können. Ein Abwälzen potenzieller Patient*innen auf Gesundheits-Apps, deren Wirksamkeit nicht fallspezifisch und empirisch nach klinisch-psychologischen Standards geprüft wurde, sehen wir als fahrlässig seitens der Psychotherapeut*innen bzw. der Institutionen an, die den rechtlichen Rahmen für dieses Vorgehen bereiten.

Auch sprechen wir uns gegen die Verwendung von Gesundheits-Apps zur Überbrückung von Wartezeiten auf ein Erstgespräch oder eine Psychotherapie aus, sofern o.g. Standards nicht eingehalten werden. Denn falls eine geprüfte Wirksamkeit fehlt, können internet- und mobilbasierte Interventionen sogar schädlich sein, indem sie die Hoffnung auf Genesung und weitere Therapiemotivation verringern können (Baumeister et al., 2017; Ebert et al., 2018).

3) Effizienzsteigerung in der psychotherapeutischen Versorgung

Sofern es gelänge, unter gleichbleibenden Therapieeffekten die individuelle Behandlungsdauer zu verkürzen, würde dies in schneller freiwerdenden Therapieplätzen resultieren, sodass andere Patient*innen rascher nachrücken könnten. Gleichzeitig sind Kurzzeittherapien für ca. 30% der psychisch kranken Patient*innen schon nach 3 Sitzungen wirksam (Lambert & Ogles, 2004). Im Hinblick auf diese Teilpopulation befürworten wir die Aufrechterhaltung des Angebots der probatorischen Sitzungen und der Akutbehandlungen. Dieses Angebot darf nicht als Alternative zur

verfahrensspezifischen Anzahl an Sitzungen gesehen werden, die im Sinne einer nachhaltig wirksamen Therapie individuell angepasst werden muss: Patient*innen, die aufgrund der Schwere ihrer Störung ein größeres Kontingent an Sitzungen benötigen, sollen diese entsprechend ihrem Richtlinienverfahren weiterhin problemlos wahrnehmen können.

4) Abbau von Mechanismen, die selektiv den Zugang zu Therapie erschweren

Faktoren wie ein niedriger sozioökonomischer Status, die Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten, höheres Lebensalter, männliches Geschlecht und die Angst vor Stigmatisierung sagen einen eingeschränkten Zugang zu Psychotherapie vorher (Strauss, 2015). Diese Faktoren sowie mangelnde Motivation und Kenntnis über Störungen und Behandlungsmöglichkeiten, ein somatisches Krankheitskonzept, Schonungsverhalten und interkulturelle Barrieren führen zu mangelnder oder später Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung (Kruse & Herzog, 2012).

Da sich die Verteilung der Richtlinienverfahren in den verschiedenen geografischen Regionen Deutschlands äußerst unterschiedlich darstellt, bestimmen regionale Angebotsunterschiede den Zugang zu Psychotherapieplätzen sehr viel mehr als klinische Indikationsentscheidungen.

Um diesen vielfältigen Selektionsfaktoren entgegenzuwirken, fordern wir in Anlehnung an Strauss (2015) mehr gruppenpsychotherapeutische Angebote, da hier die Antragspflicht entfällt und mehr Patient*innen gleichzeitig versorgt werden können. Außerdem fordern wir vermehrt kultursensible Psychotherapie. Die psychotherapeutische Versorgungsforschung sollte mit einem Schwerpunkt auf Minoritäten und Subpopulationen mit besonders schweren Störungen (Zepf et al., 2003) ausgebaut werden.

Negative Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Störungen sind einer der Hauptgründe, warum 63.8% aller psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen angeben, ihre Störung selbst in den Griff bekommen zu wollen (Andrade et al., 2014). Entstigmatisierung ist demnach ein entscheidender Faktor, die generelle psychische Gesundheitskompetenz und adäquate Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in der Bevölkerung zu steigern. Dadurch werden Chronifizierungen vorgebeugt und somit Behandlungszeiten und -kosten reduziert, wodurch auch schneller Therapieplätze wieder frei würden. Zugleich sollten subklinische psychische Belastungen offener angesprochen und normalisiert werden. Dadurch sollte der auch unter Laien auftretende Trend der psychologischen Selbstdeutung von Leiden nicht dazu führen, dass jede erlebte Belastung als behandlungswürdige Störung angesehen wird (Patten et al., 2014; Kovess-Masfety et al., 2009).

Über die Entstigmatisierung und Prävention hinaus ist eine effizientere Kommunikation von Angeboten an Erkrankte und damit verbundene Versorgungsforschung nötig (Thom et al., 2019). Denn das Wissen der Allgemeinbevölkerung über Erreichbarkeit, Erfolg und Finanzierungsmöglichkeiten von Psychotherapie ist limitiert (Franz et al. 1999; Mojtabai et al. 2002) und das Hilfesuchverhalten von Erkrankten unterscheidet sich stark zwischen verschiedenen Störungsgruppen (z. B. Behrendt et al., 2014; Lieb, 2014; Zepf et al., 2003).

Entstigmatisierung könnte beispielsweise im Zuge flächendeckender Präventionsprogramme gegen psychische Störungen, etwa in Schulen oder am Arbeitsplatz erfolgen. Generell sind Präventionsprogramme kosteneffektiv (Mihalopoulos & Chatterton, 2015) und tragen mehr zur Senkung von Fallzahlen psychischer Störungen bei als individuelle behandelnde Maßnahmen. Bisher werden

Präventionsprogramme meist nur für ausgewählte Berufsgruppen durchgeführt (Thom et al., 2019). Dem setzen wir die Forderung nach föderal koordinierten Präventionsstrategien, welche bereits an den Altersgruppen der weiterführenden Schule ansetzen, entgegen.

Für weitere Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

gez. Konferenzrat der Psychologie-Fachschaften-Konferenz

Alina Dieminger
SRH Hochschule Heidelberg

Xenia Sophie Neugebauer
Universität Hildesheim

Konrad Rothe Papanoni
Universität Hildesheim

Jenny Steinmetz
Bergische Universität
Wuppertal

Imke Vassil
Alumna der
Universität Hildesheim

Daniel Weinert
Ludwig-Maximilians-Universität
München

Literatur

- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G. et al. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303-1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Allgemeine Ortskrankenkasse. (2021). *Überblick: Fehlzeiten - eine Definition*. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/fk/betriebliche-gesundheit/grundlagen/fehlzeiten/ueberblick-fehlzeiten/>
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M. et al. (2020). Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*, 42(4), 672-678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>
- BARMER (Hrsg.). (2021). *BARMER Gesundheitsreport 2021* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 31). Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/resource/blob/1032110/aaafa3405427f0b05d34a7f20fd904d1/barmer-gesundheitsreport-2021-data.pdf>
- Baumeister, H., Lin, J. & Ebert, D. D. (2017). Internet- und mobilebasierte Ansätze. Psychosoziale Diagnostik und Behandlung in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 60(4), 436-444. <https://doi.org/10.1007/S00103-017-2518-9>
- Behrendt, S., Bühringer, G. & Hoyer, J. (2014). Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. *Psychotherapeut*, 59(4), 310-316. <https://doi.org/10.1007/s00278-014-1046-4>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). *BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK*. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2017). *Weiterhin viel zu wenig Psychotherapeuten im Ruhrgebiet*. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/weiterhin-viel-zu-wenig-psychotherapeuten-im-ruhrgebiet>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2018). *Ein Jahr nach Reform der Psychotherapierichtlinien. Wartezeiten 2018*. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2019). *Willkürliche Berechnung und formaler Fehler*. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/willkuerliche-berechnung-und-formaler-fehler/>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2021). *BPTK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen*. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/>

- Bundespsychotherapeutenkammer. (2022). *Videobehandlung auch nach der Corona-Pandemie möglich*. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/videobehandlung-auch-nach-der-corona-pandemie-moeglich>
- DAK-Gesundheit. (2020). *DAK-Psychoreport 2020: rasanter Anstieg der Arbeitsausfälle*. Verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/download/pressemeldung-2335942.pdf>
- DAK-Gesundheit. (2021a). *Psychreport 2021. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2010 - 2020*. Verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/download/report-2429408.pdf>
- DAK-Gesundheit. (2021b). *1. Halbjahr 2021: Fehlzeiten massiv zurückgegangen*. Verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/1--halbjahr-2021-fehlzeiten-massiv-zurueckgegangen-2470334.html>
- Das Erste. (2022). *Therapieplatz verzweifelt gesucht [Dokumentation]*. Verfügbar unter: <https://www.daserste.de/information/politik-weltgeschehen/mittagsmagazin/videos/therapieplatz-gesucht-video-100.html>
- Deutsche Bundesregierung. (2021). *Mehr Fortschritt wagen - Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 - 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP)*. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059c353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf>
- Deutscher Bundestag. (2019). *Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz - DVG)*. Verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl119s2562.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s2562.pdf%27%5D_1655308067121
- Ebert, D. D., van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C. et al. (2018). Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health. *European Psychologist*, 23(2), 167-187.
<https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000318>
- Franz, M., Kuns, M. & Schmitz, N. (1999). Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz? Eine katamnestiche Untersuchung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 45(2), 95-112.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). *Bedarfsplanung im Ruhrgebiet wird dem übrigen Bundesgebiet angepasst*. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/717/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2019). *Vertragsärztliche Bedarfsplanung: Flexiblere Instrumente für sachgerechtere Lösungen vor Ort*. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/797/>

- Holst, M., Harfst, T. & Schulz, H. (2020). Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3.Aufl., S. 353-373). Berlin/ Heidelberg: Springer.
- IGES Institut. (2016). *Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutesitze*.
http://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2016/psychotherapeuten/index_ger.html
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). 12-Month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304-319.
<https://doi.org/10.1002/mpr.1439>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2015). Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults - Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 24(4), 305-313.
<https://doi.org/10.1002/mpr.1479>
- Kolbeck, C. (2019). *Neue Bedarfsplanung soll ab 2020 praxiswirksam sein*. Verfügbar unter:
<https://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/neue-bedarfsplanung-soll-ab-2020-praxiswirksam-sein/>
- Kovess-Masfety, V., Briffault, X. & Sapinho, D. (2009). Prevalence, risk factors, and use of health care in depression: a survey in a large region of France between 1991 and 2005. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 701-709. <https://doi.org/10.1177/070674370905401007>
- Kruse, J. & Herzog W. (2012). *Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“*. Verfügbar unter:
https://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf
- Lambert, J. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5.Aufl., S. 139-193). New York: Wiley.
- Lieb, H. (2014). Was geschieht eigentlich, wenn jemand jemandem die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ gibt? *Psychotherapie im Dialog*, 15(3), 22-26.
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1388630>
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Mauz, E., Eicher, S., Peitz, D., Junker, S., Hölling, H. & Thom, J. (2022). Mental health of the adult population in Germany during the COVID-19 pandemic. Rapid Review. *Journal of Health Monitoring*, 6(Suppl 7), 2-63. <http://edoc.rki.de/176904/9362>

- Mihalopoulos, C. & Chatterton, M. L. (2015). Economic evaluations of interventions designed to prevent mental disorders: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(2), 85-92. <https://doi.org/10.1111/eip.12156>
- Mojtabai, R., Olfson, M. & Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59(1), 77-84. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.1.77>
- Murray, C., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C. et al. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2197-2223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- Murray, C. J. L., Lopez, A. D. (Hrsg.). (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz – aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, 8(3), 239-252.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 13(4), 389-397.
- OECD & European Union. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Fiest, K. M., Bulloch, A. G. & Wang, J. (2014). Changing perceptions of mental health in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 591-596. <https://doi.org/10.1177/070674371405901105>.
- Potreck-Rose, F. & Koch, U. (1994). *Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. (2017). *Psychotherapeutische Versorgung im Ruhrgebiet weiterhin skandalös unzureichend – enttäuschende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)*. Verfügbar unter: <https://www.ptk-nrw.de/aktuelles/meldungen/detail/psychotherapeutische-versorgung-im-ruhrgebiet-weiterhin-skandaloes-unzureichend-enttaeuschende-entscheidung-des-gemeinsamen-bundesausschusses-g-ba>
- Rabe-Menssen, C. (2021). *Patientenanfragen während der Corona-Pandemie*. Verfügbar unter: https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Umfragen/DPTV_Umfrage_Corona-Patientenanfragen_Februar_2021.pdf
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (2001). *Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation*. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/5.660

- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581-604.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.92.3.581>
- Singer, S., Maier, L., Paserat, A., Lang, K., Wirp, B., Kobes, J. et al. (2022). Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. *Psychotherapeut*, 67(2), 176-184. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00551-0>
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Strauss, B. (2015). Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz: Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 60(5), 389-396.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s00278-015-0044-5>
- Sundmacher, L., Schang, L., Schüttig, W., Flemming, R., Frank-Tewaag, J., Geiger, I. et al. (2018). *Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung*. Verfügbar unter: <https://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de/forschung/gutachten/bpl-gutachten-zusammenfassung.pdf>
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2021). *Gesundheitsreport 2021 - Arbeitsunfähigkeiten*. Verfügbar unter:
<https://www.tk.de/resource/blob/2103660/ffbe9e82aa11e0d79d9d6d6d88f71934/gesundheitsreport-au-2021-data.pdf>
- Thom, J., Bretschneider, J., Kraus, N., Handerer, J., & Jacobi, F. (2019). Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 62(2), 128-139. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>
- UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH (Hrsg.). (2020). *Jahresbericht der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH an die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V. Berichtszeitraum: 01.01.2020 - 31.12.2020*. Verfügbar unter:
<https://www.patientenberatung.de/dokumente/UPD%20Monitor%20Patientenberatung%202020.pdf>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wittmann, W. W., Nübling, R., & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evaluation*, 1(1), 39-60.
- Wittmann, W.W. & Steffanowski, A. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK Modellprojekts. *Psychotherapie Aktuell*, 3(3), 6-12.
- ZDFheute Nachrichten. (2021). *Psychotherapie – Wie Gesellschaft, Krankenkassen und Politik die Suche erschweren* [Video]. Verfügbar unter:
https://www.youtube.com/watch?v=R_mdwvSRvSU

Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53(03/04), 152-162. <https://doi.org/10.1055/s-2003-38004>

Zepf, S., Mengele, U., Marx, A. & Hartmann, S. (2001). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.