Dipl.-Psych. Isabell Weidmann
Dipl.-Ges.oec. Tino Schubert
Dipl.-Volksw. Tobias Vogelmann

Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Welche Evidenz gibt es für den Nutzen einer Akutbehandlung im internationalen Kontext?

Zusammenfassung

Der Artikel geht der Frage nach, welcher Nutzen von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen bisher in randomised controlled trials (RCT) nachgewiesen wurde, ob es Aussagen zur Kosteneffektivität solcher Verfahren gibt und wie sich das Versorgungsangebot in Deutschland im Vergleich zu Großbritanien und den Niederlanden unterscheiden lässt. Zur Beantwortung der Frage wurde methodisch auf eine systematische Literaturrecherche zurückgegriffen. Diese wurde in MEDLINE mit der Suche nach randomisierten, kontrollierten Studien durchgeführt. Eingeschlossen wurden Studien in denen der Outcome von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen (Therapien ≤ 600 Minuten) ermittelt wurde. 20 Studien erfüllten die Einschlusskriterien und wurden daher einer deskriptiven Auswertung (vote-counting) unterzogen. Im Ergebnis zeigt die Studienlage derzeit ein sehr indifferentes Bild, sodass nicht ausgesagt werden kann, dass eine Kurzzeitintervention zweifelsfrei Nutzenvorteile gegenüber bestehenden Therapien generiert. Im Unterschied zu den Outcomeparametern lässt sich bezüglich der Kosteneffektivität allerdings eine eindeutige Aussage treffen. Bisher konnte kein RCT nachweisen, dass eine Kurzzeitintervention eine kosteneffektive Maßnahme wäre, obwohl diese bereits seit Jahren in Großbritannien und den Niederlanden eingesetzt wird.

Schlüsselwörter

systematische Literaturrecherche, RCT, Akutbehandlung, Kurzzeitintervention, kognitive Verhaltenstherapie, Problemlösungstherapien

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2042

Der G-BA hat am 16. Juni 2016 mit der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie, welche seit 1. April 2017 Anwendung findet, neue Rahmenbedingungen für niederschwellige Therapieangebote geschaffen. Erklärtes Ziel der Reform ist die effektivere Gestaltung der psychotherapeutischen Versorgung, darunter die Verringerung von Wartezeiten. Die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und die Rezidivprophylaxe als neue Versorgungselemente sollen für einen flexiblen, niederschwelligen und zeitnahen Zugang zur Psychotherapie sorgen. Die Akutbehandlung nimmt dabei in der Reform eine wichtige Rolle ein. Sie soll als Kurzzeitintervention mit maximal 24 Sitzungen je 25 Minuten durchgeführt werden (G-BA 2017, S.7). Durch diese „neuen Versorgungsangebote" wird das Angebot für psychisch kranke Menschen breiter aufgefächert, das heißt die Angebotsvielfalt in diesem Versorgungsbereich erweitert. Derzeit prüft der G-BA darüber hinaus auch die Aufnahme der systemischen Therapie in die Regelversorgung, wozu das hiermit beauftragte IQWIG bereits am 16.08.16 eine vorläufige Nutzenbewertung veröffentlichte (IQWIG 2016), während viele Krankenkassen bspw. mit spezialisierten Anbietern wie die Ge.on Case Management GmbH bereits heute schon die Versorgung psychisch kranker Patienten verbessern.[1] Darüber hinaus existiert eine Vielzahl von sogenannten digital-mental-health Programmen, bei denen einige auch den Sprung in die Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung schafften, bspw. Deprexis oder Novego[2], andere werden hier noch folgen. Bei einem immer ausdifferenzierteren Versorgungsangebot wird die Kenntnis der Studienlage und daraus folgend die Steuerungs- und Koordinationsfunktion der Anbieter und Krankenkassen immer relevanter. Daher wird sowohl die psychotherapeutische Sprechstunde auf Seiten der Anbieter als auch das Angebot von Managed Care Anbietern auf Seiten der Nachfrager künftig eine sehr zentrale Steuerungsfunktion einnehmen. Im Rahmen dieses Beitrags ist die Ge.on Case Management GmbH daher der Frage nachgegangen, welcher Nutzen von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen bisher in randomised controlled trials (RCT) nachgewiesen wurde, ob es Aussagen zur Kosteneffektivität solcher Verfahren gibt und wie sich die Versorgungssituation in Deutschland im internationalen Vergleich darstellt.

>> Es wurde eine systematische Literaturrecherche in MEDLINE nach randomisierten, kontrollierten Studien durchgeführt, in denen der Outcome von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen ermittelt wurde. Ergänzend wurde in der Cochrane Library nach systematischen Literaturübersichten gesucht, sowie eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt und geeignete Studien ergänzend zur systematischen Recherche ausgewertet. Eingeschlossen wurden Studien, die in englischer Sprache vorlagen, bei denen die psychotherapeutische Kurzzeittherapie ≤ 600 Minuten umfasste und deren Intervention vergleichbar mit den in Deutschland anerkannten Verfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie waren. Ferner wurden nur Studien berücksichtigt, in denen die Studienteilnehmer das 17. Lebensjahr vollendet hatten. Als Kontrollgruppe musste in den Studien ein- oder mehrarmig gegen „treatment as usal" (TAU), „placebo" (PL), „waitlist" (WL) oder „long-term-therapy" (LTP) getestet werden. LTP meint im Rahmen dieser Studie eine Therapie mit einer Länge von größer 600 Minuten und entspricht definitorisch nicht der Langzeittherapie gem. Psychotherapie-Richtlinie. Die Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet. Eine qualitative Bewertung der eingeschlossenen Studien, bspw. mit dem Cochrane Risk of Bias Tool wurde nicht vorgenommen. Da rund 70% der von uns betrachteten Studien aus Großbritannien oder den Niederlanden stammen, haben wir die Analyse um eine Synopse des Leistungsangebotes dieser Länder im Vergleich zu Deutschland erweitert.

Ergebnisse

20 Studien erfüllten die Einschlusskriterien (vgl. Abbildung 1). Von diesen untersuchten 15 Studien die kognitive Verhaltenstherapie (CBT), vier Studien eine Problemlösungstherapie (PST) und eine Studie eine psychodynamische Kurzzeittherapie (BPP) bzw. kurze kognitive Verhaltenstherapie. Aus den 20 Studien konnten als Outcome-Parameter herausgearbeitet werden (mit Mehrfachnennung): (a) Reduktion der Symptome des klinischen Beschwerdebilds (N = 20); (b) Remission (N = 3); (c) Patientenzufriedenheit (N = 2); (d) Kosteneffektivität (N = 3).

— — — —

1: z.B. https://www.ias-gruppe.de/die-ias-gruppe/die-unternehmen/geon-case-management-gmbh.html abgerufen am 27.02.2017
2. z.B. https://www.deprexis24.de/ jeweils abgerufen am 27.02.2017

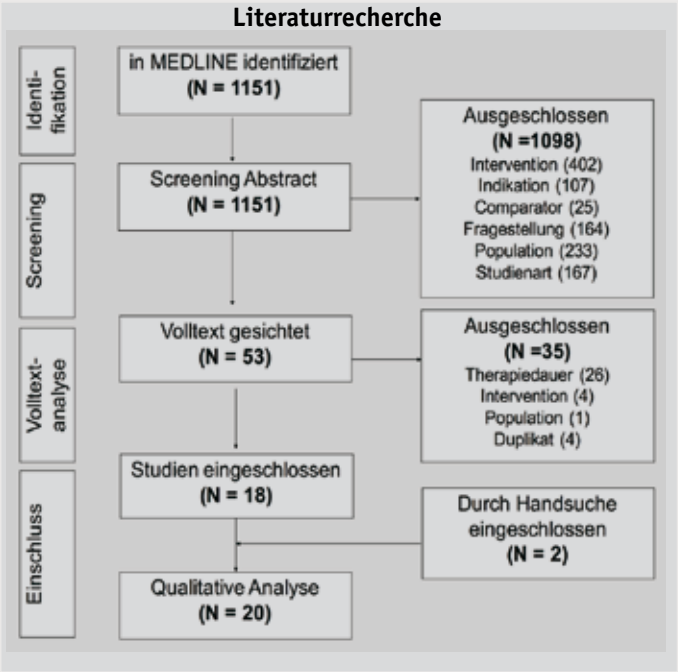


Abb. 1: Ergebnis der Medline Literaturrecherche.

Zu (a):

Die Verbesserung des klinischen Beschwerdebilds wurde in den von uns betrachteten Studien mit generischen Messinstrumenten wie den EQ-5D, SF36 oder dem Beck-Depressions-Inventar gemessen. Im Ergebnis zeigte sich in den Studien ein sehr heterogenes Bild. King et al. konnten für die Angststörung und Depression in zwei Studien (N = 134 und N = 464) zeigen, dass durch eine kognitive Verhaltenstherapie signifikant positive Ergebnisse gegenüber einer Standardbehandlung durch den Hausarzt eintreten (King et al. 2000, 2014). Für die posttraumatische Belastungsstörung zeigten Sijbrandij et al. in einer Studie (N = 143), dass die kognitive Verhaltenstherapie einen positiven Einfluss auf die Symptome ebendieser Erkrankung hat, diese Ergebnisse waren jedoch nicht langzeitstabil (definiert als eine weitere Messung vier Monate nach der Intervention). Sijbrandij et al. testeten im Vergleich zu einer Warteliste, also dem „nichts-tun" (Sijbrandij et al. 2007). Kenardy et al. zeigten in ihrer Studie (N = 186) für die Panikstörung ebenfalls positiv signifikante Effekte für die kognitive Verhaltenstherapie gegenüber der Warteliste, nicht jedoch im Vergleich gegenüber der Langzeittherapie. Hier drehte sich das Bild und die Kurzzeittherapie zeigte sogar negativ signifikante Effekte, war also der Langzeittherapie unterlegen (Kenardy et al. 2003). Die Studie bestätigte aber insgesamt das Ergebnis von Clark et al. (N = 43), welche für die Panikstörung mit Hilfe der kognitiven Verhaltenstherapie ebenfalls positiv signifikante Effekte im Vergleich zur Warteliste darstellen konnten. Im Unterschied zu Kenardy et al. ließ sich jedoch in ihrer Studie kein Unterschied zwischen Lang- und Kurzzeittherapie zeigen (Clark et al. 1999). Loerch et al. (N = 55) und Sharp et al. (N = 149) zeigten in Ihren Studien für die Agoraphobie, als eine Form der Panikstörung, ebenfalls positiv signifikante Effekte für die kognitive Verhaltenstherapie. Beide Forscher testeten in ihren Studiendesigns gegen eine Placebobehandlung (Loerch et al. 1999; Sharp et al. 1997). Auch für die generalisierte Angststörung und die Panikstörung konnte die kognitive Verhaltenstherapie, verglichen mit einem Placebo, einen positiven Einfluss auf die Krankheitssymptome gemäß der Studien von Power et al. (N = 101) und Black et al. (N = 75) aufzeigen (Power et al. 1990; Black et al. 1993).

An dieser Stelle lässt sich also festhalten, dass neun Studien signifikant positive Ergebnisse für die kognitive Verhaltenstherapie ermitteln konnten, während eine Studie gegenüber der Langzeittherapie ein negatives signifikantes Ergebnis zeigte. Diesem Zwischenergebnis stehen neben der bereits erwähnten Studie von Clark et al. vier weitere Studienergebnisse gegenüber, in denen für die kognitive Verhaltenstherapie keine signifikanten Ergebnisse herausgearbeitet werden konnte. Weder konnte Shapiro et al. (N = 104) für die Depression, noch Marchand et al. (N = 100) für die Agoraphobie und Panikstörung beim Vergleich zwischen Kurz- und Langzeittherapie einen signifikanten Vorteil herausarbeiten (Shapiro et al. 1995; Marchand et al. 2009). Auch Scott et al. (N = 48) konnten zum ersten Messzeitpunkt keinen signifikanten Vorteil feststellen, sie testeten jedoch im Unterschied zu Shapiro und Marchand nicht gegen die Langzeittherapie, sondern gegen die Standardtherapie (Scott et al. 1997). Bryant et al. (N = 90) untersuchten den Effekt der Behandlung im Vergleich gegenüber einer Warteliste für die posttraumatische Belastungsstörung und stellten ebenfalls keinen statistischen Unterschied fest (Bryant et al. 2008).

Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass eine kognitive Verhaltenstherapie gegenüber der Alternative „Unterlassen" (z. B. definiert durch die Warteliste und ein Placebo aber auch durch unspezifische ärztliche Behandlung, also einer Standardbehandlung) Nutzenvorteile, gemessen in einem besseren klinischen Beschwerdebild, aufweist. Gegenüber der Langzeittherapie scheinen die Vorteile nicht mehr zu bestehen, was für Krankenkassen grundsätzlich eine Herausforderung darstellt, wenn der Kurzzeittherapie die Langzeittherapie folgt (add-on Therapie), anstelle diese zu ersetzen.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Problemlösungstherapie, die in vier Studien untersucht wurde. Weder konnten Schreuders et al. (N = 175) noch Kendrick et al. (N = 247) gegenüber der Standardbehandlung durch den Hausarzt einen signifikanten Vorteil der Kurzzeitintervention messen (Schreuders et al. 2007; Kendrick et al. 2005). Gegen ein Placebo wurde die Problemlösungstherapie von Mynors-Wallis et al. (N = 91) und Barrett (N = 241) getestet, wobei erstere einen statistisch signifikanten positiven Vorteil der Kurzzeitintervention bei der Behandlung von Depression ermittelten und letztere, wie die beiden erstgenannten Autoren, ebenfalls keinen signifikanten Vorteil der Kurzzeitintervention bei der Behandlung von Dysthymie und leichter Depression aufzeigen konnten (Mynors-Wallis et al. 1995; Barrett 2001).

Shulamit et al. führten eine Studie (N = 91) mit einer psychodynamischen Kurzzeittherapie durch und konnten für diese keinen statistisch signifikanten positiven Vorteil der Kurzzeitintervention gegenüber einer Langzeittherapie nachweisen (Shulamit et al. 2012).

Das Fazit für den ersten Outcomeparameter, der Verbesserung des klinischen Beschwerdebildes, fällt somit insgesamt indifferent aus. Insgesamt können 10 Studien positive und eine Studie ein negatives statistisch signifikantes Ergebnis zeigen, während in 9 Studien kein Unterschied zwischen der Kurzzeittherapie und der jeweiligen Vergleichstherapie gezeigt werden konnte. Daher lässt sich nicht sagen, dass durch die derzeitige Studienlage ein eindeutiger Nutzen durch den Einsatz der Kurzzeitinterventionen belegbar wäre. Diese Aussage gilt umso mehr, wenn man die Kurzzeitintervention mit bestehenden Angeboten für psychisch Kranke und umso weniger, wenn man diese mit der Alternative „Nichtstun" vergleicht.

Zu (b):

Drei Studien betrachteten die Remission als Outcomeparameter, der aus der Perspektive der Krankenkassen ein relevanterer Messwert als die genannten generischen Messinstrumente darstellt, da man von der Remission einen nachhaltigen Effekt und damit geringere Leistungsinanspruchnahmen erwarten würde. Zwei Studien Campbell-Sills et al. (N = 227) und Scott et al. (N = 48) zeigten hier einen positiv signifikanten Effekt der kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber der Standardbehandlung (Campbell-Sills et al. 2016; Scott et al. 1997). Während Scott et. al. Patienten mit Depression in die Studie einschlossen, wurden in der Studie von Campbell-Sills auch Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen, Panikstörungen und Angststörungen betrachtet. Die Studie von Barrett (N = 241) konnte in einem Intergruppenvergleich mit dem Medikament Paroxetin einen statistisch signifikanten Unterschied gegenüber Placebo bei der Behandlung von Dysthymie nachweisen. Unklar blieb jedoch, ob der Effekt der Problemlösungstherapie für sich allein betrachtet auch eine statistische Signifikanz erreicht. Für leichte Depression konnte kein statistisch signifikantes Ergebnis aufgezeigt werden (Barrett 2001). Die Ergebnisse bezüglich des Outcome-Parameters bestätigen die Ergebnisse des Outcome-Parameters klinisches Beschwerdebild: Die kurze kognitive Verhaltenstherapie zeigt gegenüber der unspezifischen Behandlung, bspw. durch einen Hausarzt, signifikant-positive Ergebnisse. Für die Problemlösungstherapie konnte dies nicht in gleichem Maße gezeigt werden.

Zu (c):

Bei zwei Studien wurde neben dem klinischen Outcome auch die Patientenzufriedenheit als ein Outcomeparameter im Rahmen der durchgeführten Studie mit erhoben. Sowohl für die kognitive Verhaltenstherapie als auch für die Problemlösungstherapie wurden positiv signifikante Zufriedenheitswerte im Vergleich zu einer Standardbehandlung gemessen (King et al. 2000; Kendrick et al. 2005). Dieses Ergebnis ist wenig überraschend, da den Patienten im Vergleich zur Alternative, der Standardbehandlung, besondere Aufmerksamkeit zuteil wurde.

Zu (d):

Hakkaart-van Roijen et al. (N = 702) und Kendrick et al. (N = 247) untersuchten neben den klinischen Effekten einer Kurzzeitintervention auch die Kosteneffektivität (Hakkaart-van Roijen et al. 2006; Kendrick et al. 2005). Einige der anderen Studien trafen auch Aussagen zu Kostengrößen, setzen diese aber nicht ins Verhältnis zu einer natürlichen Einheit oder einem Nutzenkriterium, sodass nur die beiden genannten Studien tatsächlich Aussagen zur Kosteneffektivität treffen konnten. Hakkaart-van Roijen et al. konnten dabei weder zur Standardbehandlung, noch zur Langzeittherapie einen statistisch signifikanten Unterschied mit der kognitiven Verhaltenstherapie nachweisen. Selbiges gilt für die Problemlösungstherapie, wo Kendrick et al. keinen signifikanten Unterschied im Vergleich zur Standardbehandlung aufzeigen konnten. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass von einer Kurzzeittherapie nicht erwartet werden

Literatur

Barrett, J.E. (2001): Treatment of Dysthymia in Primary Care. A Randomized Trial in Patients Aged 18 to 59 Years, The Journal of Family Practice, 50(2), 405-412.

Black et al. (1993): A Comparison of Fluvoxamine, Cognitive Therapy, and Placebo in the Treatment of Panic Disorder, Archives of General Psychiatry, 50, 44-50.

Bryant et al. (2008): Treatment of Acute Stress Disorder. A Randomized Controlled Trial, Archives of General Psychiatry, 65(6), 659-667.

Campbell-Sills et al. (2016): Improving outcomes for patients with medication-resistant anxiety: effects of collaborative care with cognitive behavioral therapy, Depression and Anxiety, 33(12), 1099-1106.

Clark et al. (1999): Brief Cognitive Therapy for Panic Disorder: A Randomized Controlled Trial, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(4), 583-589.

G-BA (2017): https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2634/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_konsolidiert_BAnz.pdf , abgerufen am 27.02.17

Hakkaart-van Roijen et al. (2006): Cost-Utlility of brief psychological treatment for depression and anxiety, British Journal of Psychiatry, 188, 323-329.

IQWiG (2016): https://www.iqwig.de/download/N14-02_Vorbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen.pdf, abgerufen am 27.02.17

Kenardy et al. (2003): A Comparison of Delivery Methods of Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder: An International Multicenter Trial, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(6), 1068-1075.

Kendrick et al. (2005): A trial of problem-solving by community mental health nurses for anxiety, depression and life difficulties among general practice patients. The CPN-GP Study, Health Technology Assessment, 9(37).

King et al. (2000): Randomised controlled trial of non-directice counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care, Health Technology Assessment, 4(19)

King et al. (2014): Comparison of non-directive counselling and cognitive behavior therapy for patients presenting in general practice with an ICD-10 depressive episode: a randomized control trial, Psychological Medicine, 44, 1835-1844.

Loerch et al. (1999): Randomised placebo-controlled trial of maclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia, British Journal of Psychiatry, 174, 205-212.

Marchand et al. (2009): A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up, Journal of Anxiety Disorders, 23, 1139-1147.

Mynors-Wallis et al. (1995): Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care, British Medical Journal, 310(6977), 441-445.

Power et al. (1990): Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care, British Journal of General Practice, 40, 289-294.

Schreuders et al. (2007): Primary care patients with mental health problems: outcome of a randomized clinical trial, British Journal of General Practice, 57, 886-891.

Scott et al. (1997): Acute and one-year outcome of a randomized controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care, British Journal of Psychiatry, 171, 131-134.

Shapiro et al. (1995): Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the Maintenance of Gains After Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(3), 378-387.

Sharp et al. (1997): Global measures of outcome in a controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care, British Journal of General Practice, 47, 150-155.

Shulamit et al. (2012): The Effectiveness of Brief Versus Intermediate Duration Psychodynamic Psychotherapy in the Treatment of Adjustment Disorder, Journal of Contemporary Psychotherapy, 42, 249-256.

Sijbrandij et al. (2007): Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder with Brief Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial, The American Journal of Psychiatry, 164, 82-90.

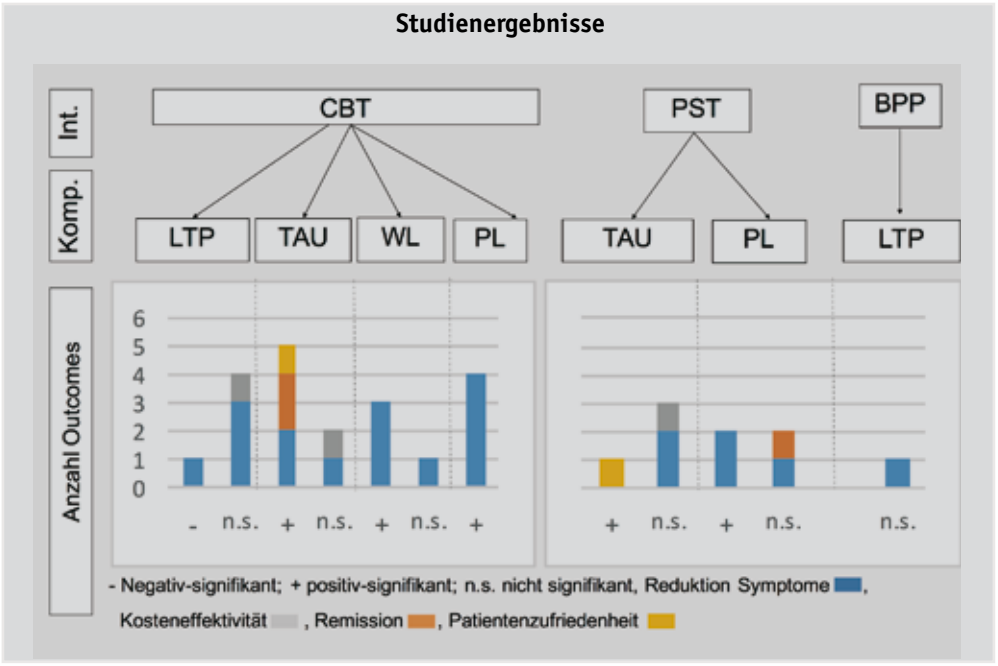


Abb. 2: Studienergebnisse nach absoluter Häufigkeit.

darf, dass diese zur Reduktion der Gesamtkostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung wird beitragen können. Dies wäre denkbar gewesen, wenn die Kurzzeittherapie Substitutionscharakter besitzen oder nachweislich zur Vermeidung von Folgekosten beitragen würde.

Wenn wir nun die Ergebnisse der Outcomeparameter (a - c) zusammenfassen und der Aussage der Kosteneffektivität (d) gegenüberstellen, dann geben die Studien keinen Anlass zur Annahme, dass die Erweiterung des Versorgungsangebotes mit einer besseren Kosten-Nutzen-Bilanz für die Krankenkassen einhergehen werden. Vielmehr scheint es bei einer größeren Therapievielfalt wichtiger denn je, die richtigen Patienten, in die richtige Therapie und

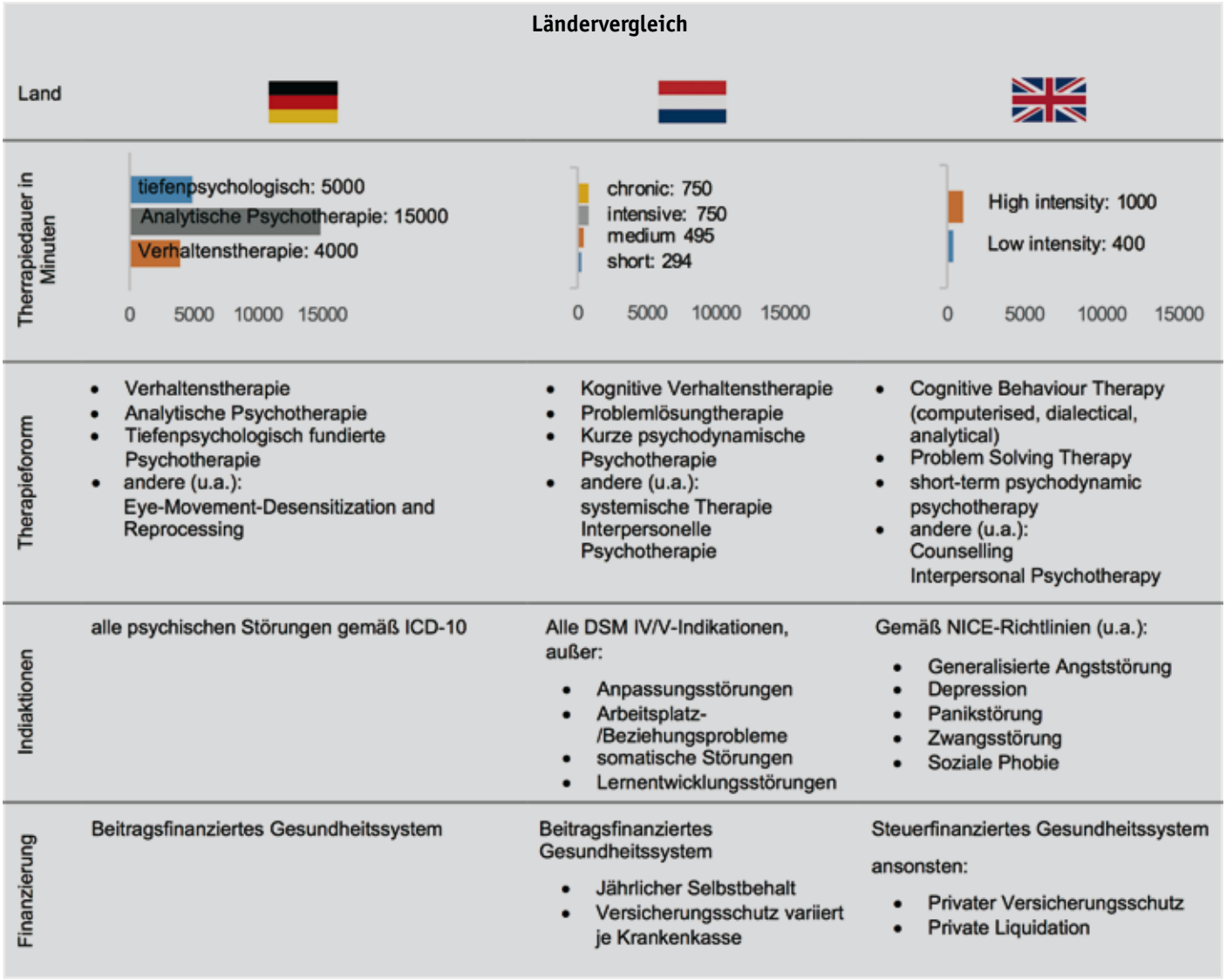


Abb. 3: Ländervergleich.

in dem jeweils zweckmäßigen Umfang zu steuern. Im Rahmen der neu eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunde soll diese Aufgabe stärker als bislang durch die Psychotherapeuten übernommen werden.

Die einzelnen soeben beschriebenen Studienergebnisse sind in Abbildung 2 zusammengefasst.

Neben der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz haben wir zudem untersucht, inwieweit Kurzzeitinterventionen im Ausland bereits Gegenstand des allgemeinen Krankenversicherungsschutzes darstellen. Da zwei Drittel der von uns betrachteten Studien aus Großbritannien oder den Niederlanden stammen, die anderen Studien sind im Nicht-EU-Ausland durchgeführt worden, haben wir diese Länder einem Vergleich unterzogen. Wir haben diese beiden Länder dem deutschen Gesundheitssystem in den Kriterien Therapiedauer, angebotene Therapieformen, Indikationen und Finanzierungsformen gegenübergestellt (vgl. Abbildung 3). Hierbei stellt man fest, dass Therapieformen und die Therapiedauer im europäischen Ausland stärker als in Deutschland ausdifferenziert sind und dort eine größere Vielzahl auch an niederschwelligen Beratungsformen, wie z. B. computergestützte kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden. Gleichzeitig ist der von der obligatorischen Krankenversicherung gedeckte Leistungsumfang in Minuten deutlich geringer als in Deutschland ausgeprägt. Mit der eingeführten Reform nähert sich Deutschland daher bezüglich der Therapieformen dem Therapieangebot des Auslands an. Eine Ausweitung des Angebots an therapeutischen Leistungen wird wahrscheinlich die Anzahl der zu behandelnden Patienten und somit auch das Budget für psychotherapeutische Leistungen insgesamt erhöhen, insbes. da diese außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden.

Diskussion

Der G-BA legt in der sogenannten Psychotherapie-Richtlinie fest, welche Psychotherapieverfahren als Leistung von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden. In Deutschland sind das derzeit die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie die analytische Psychotherapie. Mit der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie und dem Beschluss vom 16.06. sowie 24.11.2016 wurden die Zugangsvoraussetzung zu diesen Psychotherapieverfahren durch die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und die Rezidivprophylaxe erweitert. Ziel der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist, „...Patientinnen oder Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten. Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände. Die Patientinnen oder Patienten, für die die Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Behandlung nach § 15 vorbereitet sind...“ (G-BA 2017, S. 7). Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist damit eine klassische Kurzzeitintervention, wie sie auch im Ausland bekannt ist. Das Studium der wissenschaftlichen Evidenz bezüglich des Nutzens von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen war Gegenstand dieser Untersuchung.

Aufgrund der Studienlage lässt sich derzeit allerdings nicht zweifelsfrei sagen, ob diese Kurzzeitinterventionen insbesondere gegenüber bestehenden Therapien Nutzenvorteile generieren. Im deutschen Versorgungsalltag wird sich dies auch zukünftig nicht zweifelsfrei klären lassen, da im Falle einer weiteren Behandlungsbedürftigkeit in § 13 Abs. 4 der Psychotherapie-Richtlinie geregelt ist, dass die erbrachten Stunden der Akutbehandlung auf das Therapiekontingent nach § 28 (Kurz- oder Langzeittherapie) angerechnet werden. Das Therapieangebot wird somit von einem Versorgungsangebot in das andere übergehen und ein möglicher Nutzen für den Patienten könnte dann in der Dauer der Behandlung und nicht etwa dem frühzeitigen Zugang zu sehen sein. Im Unterschied zu den Outcomeparametern zeichnet sich bezüglich der Kosteneffektivität aufgrund der Studienlage jedoch ein eindeutiges Bild ab, da bisher in keinem RCT nachgewiesen wurde, dass Kurzzeitinterventionen kosteneffektiv wären. Kurzzeittherapien scheinen demnach keinen Substitutionscharakter zu besitzen, sondern bei Behandlungsbedürftigkeit Folgetherapien im Sinne einer add-on Therapie voranzugehen. Die vorgesehene Evaluation des neuen Versorgungsangebotes durch den G-BA wird daher vor der Herausforderung stehen, die einzelnen Interventionen (bspw. die Akutbehandlung von der Kurzzeittherapie) in ihrer Wirkung und bei der Betrachtung der Kosteneffektivität voneinander zu trennen.

An dieser Stelle wird sich der Erfolg der neu eingeführten Versorgungsform auch in der Praxis messen lassen müssen: Wenn auf der einen Seite Patienten über die Akutbehandlung in eine Therapieform kommen, die zuvor unbehandelt geblieben wären, so können aus der hier dargestellten Studienlage positive Effekte für die Akutbehandlung gefolgert werden. Wenn auf der anderen Seite Patienten der Akutbehandlung zugeführt werden, die bislang sofort eine Kurz- oder Langzeittherapie in Anspruch nehmen hätten können, dann wird die Akutbehandlung eher keinen Nutzenzugewinn erwarten lassen. Aus diesem Grund wird auch die psychotherapeutische Sprechstunde eine wesentliche Steuerungsfunktion einnehmen und man würde daher erwarten, dass insbesondere leicht betroffene Patienten der neuen Akutbehandlung zugeführt werden.

In der Gesamtschau ließe sich für die GKV daher ableiten, dass bei insgesamt steigender Zahl an behandelten Patienten, indifferenten Nutzennachweisen und fehlenden Nachweisen der Kosten-Effektivität eher mit zu steigenden Ausgaben in der Kontengruppe 40 zu rechnen ist.

Neben diesen neuen eingeführten Therapieformen werden sich ferner weitere Therapieformen in der Versorgungslandschaft etablieren. Hier ist zum einen die systemische Therapie zu nennen aber auch das immer umfangreichere Angebot an digital-mental-health Programmen und es bleibt abzuwarten, ob eine psychotherapeutische Sprechstunde auch den Zugang hierzu regeln kann und wird oder ob dies stärker durch die Krankenkassen und ihre Managed Care Anbieter gesteuert wird. Alles in allem ist ein breiterer Versorgungszugang für den Patienten positiv zu werten. Im Kontext dieses breiteren Versorgungszugangs wird der Fähigkeit, den richtigen Patienten für die richtige Versorgungsform auszuwählen, eine immer größere Bedeutung zukommen.

Limitationen

Die größte Limitation dieser Arbeit besteht darin, dass die gefundenen Studien nicht einer Güte-Bewertung (Gütekriterien) unterzogen wurden, bspw. mit dem Cochrane risk of bias tool. Die Studien wurden daher nur einer deskriptiven Auswertung unterzo-

gen, das heißt ausgezählt (vote-counting). Somit sind die Studien in dieser Bewertung alle gleichwertig eingeflossen, die aber de facto nicht gleichwertig sein müssen. Eine Studie mit guter Qualität kann somit durch eine Studie niedrigerer Qualität in der Auswertung kompensiert werden. Die hier vorgenommene Auswertung gibt aber dennoch einen sehr guten Überblick über die bestehende Evidenz von Kurzzeitinterventionen und kann somit als Grundlage für die Evaluation der Kurzzeittherapie in Deutschland dienen. <<

The Reform of Outpatient Psychotherapy in Germany – Evidence for Short-Term Therapies in an International Context

In this article, we review the evidence for short-term psychotherapies in randomized controlled trials (RCT), present evidence on cost-effectiveness and compare the provision of psychotherapy by the public health system in Germany with the Netherlands and UK. To identify randomized controlled trials, we conducted a systematic literature review in MEDLINE. We included studies that examine outcomes of short-term psychotherapeutic interventions (treatment lengths <= 600 min). Twenty studies fulfilled the inclusion criteria for this review and a synthesis of results using a vote counting method was applied. In summary, studies show indifferent results and no definite conclusions can be drawn as to the effects of short-term psychotherapies compared to long-term psychotherapies. The results for cost-effectiveness are more clear: No RCT could show that short-term interventions are cost-effective, although provided in the UK and the Netherlands for years.

Keywords

Systematic literature review, RCT, short-term psychotherapy, acute therapy, cognitive behavioral therapy, problem solving therapy

Zitationshinweis

Weidmann, I., Schubert, T., Vogelmann, T.: „Strukturreform der ambulanten Psychotherapie – welche Evidenz gibt es für den Nutzen einer Akutbehandlung im internationalen Kontext?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 05/17, S. 55-60, doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2042

Autorenerklärung

Isabell Weidmann ist Mitarbeiterin der Ge.on Case Management GmbH in Bremen. Tino Schubert und Tobias Vogelmann sind Mitarbeiter der LinkCare GmbH in Stuttgart. Die Studiendurchführung erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Ge.on Case Management GmbH.

Dipl.-Psych. Isabell Weidmann
studierte Psychologie an der TU Darmstadt. Nach 12-jähriger Dozententätigkeit an Weiterbildungsstätten verschiedener Großkrankenhäuser und als Mitglied der staatlichen Prüfungskommission der Regierung Unterfranken arbeitete sie als Case Managerin für die Ge.on Case Management GmbH in der psychosozialen und rehabilitativen Beratung von psychisch erkrankten Versicherten einer Krankenkasse. Seit 2014 ist sie die Alleingeschäftsführerin. Kontakt: Isabell.Weidmann@ias-gruppe.de



Dipl.-Ges.oec. Tino Schubert
studierte Gesundheitsökonomie an den Universitäten Bayreuth und Valencia. Er ist nach über 10 Jahren – davon 5 Jahre in Führungsposition – in unterschiedlichen Positionen bei Krankenkassen und in der Unternehmensberatung seit 2016 Geschäftsführer der LinkCare GmbH und berät Unternehmen der Medizintechnik, der pharmazeutischen Industrie und Managed Care Anbieter zu Marktzugangs- und Versorgungsforschungsfragestellungen. Kontakt: ts@link-care.de



Dipl.-Volksw. Tobias Vogelmann
studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Mannheim und Lausanne mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie und empirische Methoden. Er ist nach fünf Jahren bei einer großen Betriebskrankenkasse in unterschiedlichen Positionen im Produktmanagement sowie der Versorgungsanalyse seit 2016 Geschäftsführer der LinkCare GmbH und berät Unternehmen der Medizintechnik und Krankenkassen zu Erstattungs- und Versorgungsforschungsfragestellungen. Kontakt: tv@link-care.de

