Dr. Gaby Bleichhardt
Prof. Dr. Winfried Rief

Britische Versorgung psychisch Erkrankter - ein Modell für Deutschland?

Staatshilfe für das Gesundheitssystem: Großbritannien rief im Jahr 2007 ein ungewöhnliches Projekt ins Leben. Durch die Initiative „Improving Access to Psychological Therapies“ (IAPT) sollen durch eine Verbesserung der Versorgung psychisch Erkrankter langfristig öffentliche Kosten eingespart werden. Mit Hilfe von IAPT sollen Patienten mit psychischen Störungen bereits innerhalb weniger Wochen evidenzbasierte Psychotherapie erhalten. Mehrere tausend Psychotherapeuten sollen dafür neu ausgebildet werden. Das britische Gesundheitsministerium investiert dazu mindestens 300 Millionen Britische Pfund.

>> Im Oktober 2007 gab das britische Gesundheitsministerium bekannt, mindestens 300 Millionen Britische Pfund Sondermittel (umgerechnet ca. 345 Millionen Euro) für ein Gesundheitsprojekt besonderer Art bereitzustellen: Der Zugang zu evidenzbasierter Psychotherapie soll schnell und effizient verbessert werden. Die Ziele dieses beispiellosen Projektes sind hoch gesteckt. Allein in den nächsten drei Jahren soll fast eine Million Patienten (genau: 900.000) zusätzlich zu den bisherigen eine Psychotherapie erhalten. Um diese Therapien durchzuführen, sollen zunächst weitere 3.600 psychologische Therapeuten neu ausgebildet werden. Längerfristig ist die Ausbildung von insgesamt 8.000 neuen Psychotherapeuten geplant. Die Wartezeit auf einen solchen Psychotherapieplatz soll von gegenwärtig achtzehn Monaten auf wenige Wochen verkürzt werden.

Das wesentliche Motiv für dieses Großprojekt ist selbstverständlich ein ökonomisches: Die britische Regierung hat erkannt, dass durch schnelle und effektive Psychotherapie langfristig erhebliche Kosten für den Staatshaushalt gespart werden können. Was führte das britische Gesundheitsministerium zu diesem Umdenken und einer derart großen Investition? Die folgenden Entwicklungen trugen vermutlich wesentlich zur Unterstützung der IAPT-Initiative bei.

Abstract

Um die Versorgungssituation für Psychotherapie schnell und effizient zu verbessern, investiert das britische Gesundheitsministerium in den nächsten Jahren mindestens 300 Millionen britische Pfund. Zusätzlich zum bestehenden Versorgungssystem soll fast eine Million Patienten von mindestens 3.600 zusätzlichen, neu ausgebildeten psychologischen Therapeuten behandelt werden. Auch in Deutschland bestehen nach Ansicht der Autoren Missstände in der Versorgung mit Psychotherapie. So erhält z. B. nur etwa jeder zehnte psychisch erkrankte Patient eine Psychotherapie. Die Wartezeiten auf einen solchen Platz liegen bei fast einem halben Jahr. Wenn behandelt wird, dann meist pharmakotherapeutisch, obwohl für die häufigsten Störungsbilder evidenzbasierte Psychotherapien in der Regel erfolgreicher und kostengünstiger sind als Pharmakotherapie. Aktuelle gesundheitsökonomische Forschungsdaten sprechen bei langfristigem Denken für eine Förderung der Psychotherapie, Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation werden abschließend unterbreitet.

Schlüsselbegriffe

Kosten-Nutzen-Analysen, psychische Störungen, Psychotherapie, Psychopharmaka

Vorentwicklungen der IAPT-Initiative in Großbritannien

Zentrale Bedeutung kommt den Arbeiten des 1999 gegründeten National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) zu. Dieses Institut lässt sich in etwa mit dem 2004 in Deutschland gegründeten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vergleichen. Das britische NICE setzt sich zum Ziel, ein umfassendes und evidenzbasiertes Beratungsangebot zur körperlichen und psychischen Gesundheit zu leisten. Die Aufgaben des NICE sind vielfältig: Unter anderem wurden bisher über 80 klinische Richtlinien zur evidenzbasierten Behandlung medizinischer und psychischer Probleme erstellt. So finden sich auch zu allen häufigen psychischen Störungen umfassende Empfehlungen für die Therapie.

„Mental health is Britain's biggest social problem.“ Dieses und ähnlich deutliche Statements stammen von Professor Sir Richard Layard, einem englischen Ökonomen. Unter seiner Leitung wurde 2006 der „Depression Report“ veröffentlicht, der auf Missstände in der Versorgung psychisch Erkrankter hinweist und hohe Kosteneinsparungen durch Psychotherapie prognostiziert. Layard und Kollegen zufolge erhalten in Großbritannien mehr Personen mit psychischen Störungen finanzielle Zuwendungen als Personen mit Arbeitslosigkeit. Vierzig Prozent der Arbeitsunfähigkeitszeiten seien auf psychische Störungen zurückzuführen. Jeder sechste Mensch leide unter Depressionen oder chronischen Ängsten. Jedoch erhalte nur jeder Vierte überhaupt irgendeine Behandlung seiner psychischen Störung. Wenn behandelt wird, werden zumeist Medikamente eingesetzt. Diesen Versorgungsdaten werden neue Möglichkeiten entgegen gesetzt: „The good news is that we now have evidence-based psychological therapies that can lift at least a half of those affected out of their depression or their chronic fear. These new therapies are not endless nor backwardlooking treatments. They are short, forward-looking treatments that enable people to challenge their negative thinking and build on the positive side of their perso-

nalities and situations." (Depression Report, S. 1). Arbeiten des NICE zufolge sind diese Therapien genauso erfolgreich wie Pharmakotherapie (vgl. Depression Report, S. 1). Zudem werden sie von der Mehrzahl von Patienten sogar vorgezogen (Chilvers et al., 2001). Die Kosten einer Psychotherapie glichen sich nach Layard et al. vollständig aus mit den Einsparungen durch weniger Erwerbsunfähigkeitszahlungen sowie durch höhere Steuereinnahmen.

An diesen Gesundheitsbericht schloss sich eine erste Vorphase des IAPT-Programms an. Im Jahr 2006 wurden an zwei Modellstandorten (Doncaster und Newham) 5.500 neue Patienten zugewiesen. Von diesen erhielten 1.900 Patienten ein kurzes kognitiv-behaviorales Behandlungsprogramm (durchschnittliche Sitzungszahl: Doncaster: 4,9; Newham: 8,2). Zweiundfünfzig Prozent der Patienten mit seit über 6 Monaten bestehenden Angst- oder depressiven Störungen waren nach der Therapie vollständig gebessert. In Nachuntersuchungen, die durchschnittlich 42 Wochen nach der letzten Sitzung durchgeführt wurden, galten über 40 % (Doncaster: 40 %, Newham: 43 %) als vollständig und stabil gebessert. Zusätzliche Erkenntnisse ergaben sich aufgrund der Erleichterung des Zugangs zum Psychotherapeuten durch Selbstzuweisung: Anders als in Deutschland ist in Großbritannien eine Zuweisung zum Psychotherapeuten bisher nur über den Hausarzt möglich. Die Daten zeigen, dass Patienten, die direkt psychotherapeutische Hilfe

Literatur

Angermeyer, C. M./Matschinger, M. (2005): Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. In: ActaPsychiatrica Scandinavica 2005, 111: 68-73

Chilvers, C./Dewey, M./Fielding, K./Gretton, V./Miller, P./Palmer, B./Weller, D./Churchill, R./Williams, I./Bedi, N./Duggan, C./Lee, A./Harrison, G. (2001): Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. In: Brititish Medical Journal 2001, 322: 1-5

Dintsios, C.-M./Koch, K./Sawicki, P. T. (2009): Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen: Ein Vorschlag, die Kontroverse und ihre Hintergründe. In: Monitor Versorgungsforschung 2009, 2: 32-37

Furukawa, T.A./Watanabe, N/Churchill, R. (2007): Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. In: The Cochrane Library, Issue 3

Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

Hiller, W./Fichter, M. M./Rief, W. (2003): A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. In: Journal of Psychosomatic Research 2003, 54: 369– 380

Hollon, S./DeRubeis, R./Shelton, R./Amsterdam, J./Salomon, R./Reardon, J./ Lovett, M./Young, P./Haman, K./Freeman, B./Gallop, R. (2005): Prevention of relapse following cognitive therapy. In: Archives of General Psychiatry 2005, 62: 417 - 422

Howard, K. I./Lueger, R. J./Martinovich, Z./Lutz, W. (1999): The cost-effectiveness of psychotherapy: Dose-response and phase models. In: Miller, N. E./Magruder, K. M. (Hrsg.) (1999): Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practicioners, researchers, and policymakers, S. 143-152. New York: Oxford University Press

Howard, K. I./Kopta, S. M./Krause, M. S./Orlinsky, D. E. (1986): The dose-efect relationship in psychotherapy. In: American Psychologist 1986, 41: 159-164

Lam, D. H./McCrone, P./Wright, K./Kerr, N. (2003): Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. In: British Journal of Psychiatry 2003, 186: 500-506

Lambert, M. J./Ogles, B. M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. M. (Hrsg.) (2004): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, S. 139-193. New York: Wiley

Liebowitz, M./Heimberg, R./Schneier, F./Hope,D./Davies, S./Hold, C./Goetz, D./Juster, H./Lin, S./Bruch, M./Marshall, R./Klein, D (1999): Cognitivebehavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. In: Depression and Anxiety 1999, 10: 89–98

Löcherbach, P./Henrich, G./Kemmer, H./Kinstler, H. J./Knopp-Vater, M./Rieckmann, N./Schneider, A./Weber, I. (1999): Entwicklung und Indikatoren zur Bedarfsermittlung und Angebotsplanung in der ambulanten Psychotherapie - Ergebnisse einer Studie des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1999, 31: 615-643

Lutz, W. (2003): Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung. Tübingen: DGVT-Verlag

Lutz, W./Lowry, J./Kopta, M./Einstein, A. D./Howard, K. I. (2001): Prediction of dose-response relations based on patient characteristics. In: Journal of Clinical Psychology 2001, 57: 889-900

Margraf, J./Poldrack, A. (2000): Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungsstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2000, 29: 157-169

Margraf, J. (2008): Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Berlin: Springer.

Nestoriuc, Y./Rief, W./Martin, A. (2008). Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. In: Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy 2008, 76: 379-396

Otto, M. W./Pollack, M. H./Maki, K. M. (2000): Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 2000, 68, 556-563

Rief, W./Martin, A./Klaiberg, A./Brähler, E. (2005): Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behavior. In: Psychosomatic Medicine 2005, 67 : 596-601

Rief, W./Exner, C./Martin, A. (2006): Psychotherapie: Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer

Ruhmland, M./Margraf, J. (2001): Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analyse auf Störungsebene. In: Verhaltenstherapie 2001, 11: 41-53

Weise, C./Heinecke, K./Rief, W. (2007). Biofeedback bei chronischem Tinnitus - Behandlungsleitfaden und vorläufige Ergebnisse zu Wirksamkeit und Akzeptanz. In: Verhaltenstherapie 2007, 17: 220-230

WHO (2001): The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Genf: World Health Organization

Wittchen, H. U./Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2001, 44: 993-1000

Zepf, S./Mengele, U./Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 2003, 53: 152-162

suchten, vergleichbar stark beeinträchtigt waren wie diejenigen, die von Ärzten überwiesen wurden. Auch unterschieden sich diese beiden Gruppen nicht im Therapieerfolg. Jedoch bestanden die psychischen Störungen bei denjenigen, die aus eigener Veranlassung kamen, bereits doppelt so lange wie bei den von Arzt zugewiesenen Patienten. Dies legt nahe, dass durch die Selbstzuweisungsoption auch Personen Hilfe bekommen, die sich bisher scheuten, einen Organmediziner zu konsultieren. Der im Oktober 2008 veröffentlichte Abschlussbericht zu der Vorstudie in Doncaster und Newham kann online eingesehen werden (vgl. http://www.iapt.nhs.uk/wp-content/uploads/2008/10/lse_report.pdf (abgerufen am 18.05.2009)).

So weit stellt sich die Situation in Großbritannien dar. Im Folgenden wird dokumentiert, inwieweit die aus IAPT, NICE und Depression Report erzielten Erkenntnisse für Großbritannien zu verallgemeinern sind bzw. insbesondere für Deutschland ihre Gültigkeit haben. Unter Einbezug des gegenwärtigen wissenschaftlichen Kenntnisstandes ergeben sich daraus folgende Fragestellungen:

- Ist die britische Versorgungssituation für Psychotherapie mit der in Deutschland zu vergleichen?
- Lassen sich durch Psychotherapie tatsächlich öffentliche Kosten einsparen?
- Wie schneidet Psychotherapie im Vergleich mit Pharmakotherapie im Hinblick auf Nutzen und Kosten ab?

Abschließend werden einige wünschenswerte Perspektiven für Deutschland formuliert.

Versorgungssituation für ambulante Psychotherapie in Deutschland

Auf den ersten Blick ist in Deutschland einiges besser geregelt. In diesem Jahr feiert das Psychotherapeutengesetz seinen 10. Geburtstag. Seit seinem Inkrafttreten am 01.01.99 darf jeder Mensch direkt einen Psychotherapeuten konsultieren, ohne wie zuvor noch von einem Arzt dazu überwiesen werden zu müssen. Wie die Daten aus Großbritannien zeigen, kann die Erleichterung der ersten Kontaktaufnahme Chronifizierung verhindern. Dank des Psychotherapeutengesetzes kann jemand, der einen Psychotherapeuten aufsucht, zudem darauf vertrauen, dass dieser eine staatlich geregelte Qualifikation hat. Mittlerweile dürfen sich auch nur noch Personen als „Psychotherapeuten" bezeichnen, die eine qualitativ hochwertige, mindestens dreijährige Zusatz-Ausbildung absolviert haben. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zeigen, dass das Ansehen von Psychotherapie im 11-Jahres-Zeitraum erheblich gestiegen ist (Angermeyer & Matschinger, 2005).

Doch bei genauerer Betrachtung der Versorgungsdaten zur Psychotherapie bestehen auch in Deutschland Missstände. Psychotherapie bei psychischen Störungen steht längst nicht an erster Stelle bei der Inanspruchnahme. Gemäß einer repräsentativen Befragung von Rief et al. (2005) befanden sich lediglich 16 % der Patienten mit depressiven Störungen und 17 % der Patienten mit Panikstörung bei einem Psychotherapeuten. Mit anderen Worten: über 80 % der Personen mit psychischen Störungen erhielten keine Psychotherapie, sondern waren, wenn überhaupt, in organmedizinisch orientierter haus- bzw. fachärztlicher Behandlung. Noch drastischere Zahlen liefert eine etwas ältere repräsentative Untersuchung von Margraf & Poldrack (2001). Lediglich 42 % der an Angststörungen Erkrankten wurden überhaupt behandelt, zumeist durch Pharmakotherapie oder Nicht-Spezialisten. Psychotherapie wurde insgesamt nur bei 8 % der Befragten eingesetzt. Kognitive Verhaltenstherapie als das Verfahren mit den besten Wirksamkeitsnachweisen für Angststörungen (z. B. Ruhmland & Margraf, 2001) war in den Interviews bei lediglich 1 % der Angstpatienten als solche identifizierbar. Es ist davon auszugehen, dass bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt immer noch eine beträchtliche Anzahl von Personen mit psychischen Störungen keine evidenzbasierte Behandlung erhält.

Die Gründe für die seltene Inanspruchnahme von Psychotherapie sind vermutlich vielfältig. In einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung (Zepf et al., 2003) erhielt nur die Hälfte der für eine Therapie Anfragenden einen Termin. Auf ein Vorgespräch warteten die Befragten durchschnittlich zwei Monate, auf einen Behandlungsplatz fünf Monate. Für einen bedenklich hohen Prozentsatz (39 %) wurde nach den probatorischen Sitzungen (erste 5 Sitzungen) keine genehmigungspflichtige Psychotherapie beantragt. Viele Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Krankheiten wurden also trotz Indikation von Psychotherapeuten nicht aufgenommen. Ein Nebenergebnis der Untersuchung war, dass Patienten mit Störungsbildern aus dem Psychosomatik-Bereich signifikant häufiger unbehandelt blieben, obwohl für manche dieser Störungsbilder bestimmte Psychotherapie-Verfahren als Methode der ersten Wahl gelten (Weise et al., 2007; Nestoriuc et al, 2008).

Natürlich ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Situation in Großbritannien desolater. Stellt man sich jedoch die Konsequenzen vor, die auch die Wartezeit in Deutschland für Betroffene und ihr Umfeld hat, scheint auch die Situation in Deutschland nicht haltbar: Eine Patientin mit Panikattacken kann nur noch in Begleitung von Familienangehörigen aus dem Haus gehen. Ein Patient wird aufgrund von Depressionen arbeitsunfähig und zieht sich zunehmend sozial zurück. Eine magersüchtige junge Frau verliert kontinuierlich an Gewicht und der Zustand wird lebensbedrohlich. In allen Fällen scheint es ethisch bedenklich, diese Personen fast ein halbes Jahr warten zu lassen. Hinzu kommt, dass Wartezeiten zu einer volkswirtschaftlichen Zusatzbelastung führen. Denn fortschreitende psychische Störungen ohne adäquate Behandlung begünstigen Arbeitsunfähigkeit und Klinikeinweisungen. Beides geht mit gesamtgesellschaftlich zu tragenden Kosten einher, die die Aufwendungen für ambulante Psychotherapie weit übersteigen.

Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses für Psychotherapie

Rund jeder dritte erwachsene Deutsche leidet unter einer psychischen Störung (Wittchen & Jacobi, 2001). Psychisch erkrankte Menschen verursachen ein hohes Maß öffentlicher Kosten. Es ist davon auszugehen, dass der größte Anteil dabei den indirekten Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Berentungen zukommt, jedoch sind auch die direkten Kosten aufgrund von Aufwendungen für Behandlungen (z. B. medikamentös, psychotherapeutisch, stationär-rehabilitativ) erheblich. In Deutschland stehen psychische Störungen je nach Statistik und Jahrgang an 2. bis 4. Stelle bei Frühberentungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten. Dabei steigt der Anteil an Arbeitsausfällen durch psychische Erkrankungen kontinuierlich an. Berechnungen der WHO zufolge haben psychische Störungen europaweit einen Anteil von 20 % an den gesamten von Krankheit verursachten Belastungen (WHO, 2001). Trendberechnungen prognostizieren eine erhebliche Steigerung der Belastungen bis zum Jahr 2020.

Der prinzipielle Nutzen von Psychotherapie sollte heute nicht mehr in Frage gestellt werden müssen. Umfangreiche Literaturauswertungen wie die von Grawe et al. (1994) oder Lambert & Ogles (2004) stellen eine breite Basis von Studien zusammen, die für nahezu alle psychischen Störungen bei durchschnittlich rund 75 % der Patienten eine deutliche Verbesserung der Symptomatik belegen. Dennoch sorgte der

„Report 2007“ der Gmünder Ersatzkasse kürzlich für Aufsehen, aus dessen Auswertung von Versicherungsdaten geschlussfolgert wurde, ambulante Psychotherapie habe keine deutlich nachweisbaren positiven Wirkungen. Diese Interpretation begründete sich auf die Tatsache, dass zwei Jahre nach Beantragung einer Psychotherapie mehr medizinische Leistungen in Anspruch genommen wurden als von der Vergleichsgruppe der Versicherten ohne Psychotherapie. An der Methodik ist vieles zu kritisieren. Tatsächlich zeigen die Zahlen des GEK-Reports nach Abzug der Psychotherapiekontakte sowie der wegen Psychotherapie-Überweisung notwendigen quartalsweisen Arztbesuche ein erhebliches Absinken der Arztkontakte bei Psychotherapie-Patienten.

In einer kürzlich veröffentlichten Überblicksarbeit stellt Margraf (2008) den gegenwärtigen Stand empirischer Kosten-Nutzen-Analysen für Psychotherapie dar. Insgesamt kamen 54 Studien an 13.000 Patienten in die Auswertung. In nahezu allen Untersuchungen (95 %) zeigte sich eine Reduktion der Gesundheitskosten nach einer Psychotherapie. Unter Abzug der Kosten für die Psychotherapie wiesen 86 % der Studien ein positives Kosten-Nutzen Verhältnis auf. In den meisten Fällen waren die Kosten bereits in den ersten zwei Jahren nach der Psychotherapie durch Einsparungen amortisiert. Auch wenn Psychotherapie in Zukunft um 50% teurer würde, rentiert sie sich noch, wie Kalkulationen im Rahmen einer Therapiestudie zeigen (Lam et al., 2003).

Umfassende Berechnungen der Kosteneinsparungen für Deutschland finden sich bei Hiller et al. (2003). Erhoben wurden Krankenversicherungsdaten im 2-Jahres-Zeitraum vor und nach einer stationären, verhaltenstherapeutischen Behandlung von Patienten mit chronischen, organmedizinisch nicht erklärbaren körperlichen Beschwerden. Es fand sich eine Verminderung der Gesundheitskosten um mehr als 8.000 Euro pro Patient (stationäre Behandlungen: - 1.098 Euro / -37 %, ambulante Behandlungen: - 382 Euro / -25 %, kalkulierte Kosten aufgrund geringerer Arbeitsunfähigkeitszeiten: 6.702 Euro / -35 %).

Vergleich von Psycho- und Pharmakotherapie im Hinblick auf Nutzen und Kosten

Für Großbritannien und Deutschland gilt gleichermaßen, dass psychische Störungen zunächst in den meisten Fällen mit Psychopharmaka behandelt werden (s.o.). Bei einigen Patienten kann dies die beste Möglichkeit zur Veränderung einer psychischen Symptomatik sein. Doch dies ist vermutlich nicht immer der Fall. Studien der letzten Jahre an den beiden häufigsten Gruppen psychischer Störungen (Depression und Angst) legen nahe, dass Psychotherapie mindestens vergleichbare Erfolge zeigt:

- In Therapievergleichsuntersuchungen bei depressiven Störungen findet sich zumeist eine vergleichbare Wirksamkeit von Medikamenten und Psychotherapie. Jedoch gilt dies häufig nur, solange die Einnahme des Medikaments fortgesetzt wird. Werden Antidepressiva abgesetzt, ereignen sich häufiger Rückfälle als nach Beendigung einer Psychotherapie (z. B. Hollon et al., 2005).
- Für die Gruppe der Angststörungen zeigen Ergebnisse eines Cochrane Reviews (Furukawa et al., 2007), dass Psychotherapie bei der Panikstörung längerfristig ähnlich wirksam ist wie eine Kombination aus Pharma- und Psychotherapie. Eine rein medikamentöse Behandlung hat dem gegenüber aber einen geringeren Erfolg. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch für andere häufige Angststörungen, z. B. die soziale Phobie (z. B. Liebowitz et al. 1999).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Wirksamkeit evidenzbasierter Psychotherapie bei Angststörungen höher und bei Depressionen mindestens vergleichbar ist zu der modernen Pharmakotherapie. Trotzdem wird Pharmakotherapie deutlich mehr Betroffenen angeboten und in Anspruch genommen.

In neueren Untersuchungen finden sich zudem Kostenvergleiche von Pharma- und Psychotherapie. Der oben beschriebene Kosten-Nutzen-Bericht von Margraf (2008) stellt insgesamt 17 Studien zum Kostenvergleich pharmako- vs. und psychotherapeutischer Behandlungen zusammen. Die meisten dieser Untersuchungen (76 %) dokumentieren geringere Kosten bei Psychotherapie, in einigen Fällen (18 %) erwies sich die medikamentöse Therapie als günstiger. Eine Studie an Angststörungen dokumentiert für Einzelpsychotherapie fast halb so hohe, für Gruppenpsychotherapie lediglich ein Viertel der Kosten von Pharmakotherapie (Otto et al., 2000). So scheint evidenzbasierte Psychotherapie nicht nur teilweise wirksamer, sondern auch kostengünstiger zu sein als die medikamentöse Therapie.

Perspektiven für Deutschland

Auch wenn weitere Kosten-Nutzen-Studien indiziert sind, ist der Evidenzgrad für psychologische Psychotherapien weit höher als der für viele, seit langem eingesetzte medizinische Standardbehandlungen (vgl. Dintsios et al., 2009 im vorangegangenen Heft in Monitor Versorgungsforschung 02/09). Dennoch wird evidenzbasierte Psychotherapie noch viel zu selten eingesetzt. Als Mitgrund dafür werden lange Wartezeiten auf ambulante Therapieplätze gesehen.

Sollte man deshalb auch dem deutschen Gesundheitssystem nach britischem Vorbild eine Finanzspritze von mehreren hundert Millionen Euro setzen? Eine Veränderung der Versorgungssituation für Psychotherapie scheint zumindest dringend indiziert.

Ein in Deutschland mitunter emotional diskutierter Punkt ist die Tatsache, dass die in der Praxis durchgeführte Psychotherapie in den wenigsten Fällen mit dem übereinstimmt, was in wissenschaftlichen Studien als effektiv nachgewiesen wurde. Dies betrifft in erster Linie die Dauer von Psychotherapien. In internationalen Studien schneiden oftmals sehr kurze Therapieverfahren im Umfang von 5-15 Sitzungen besonders gut ab. Umfassende Analysen (Howard et al., 1986, 1999; Lutz, 2003; Lutz et al., 2001) von nicht-manualisierten Behandlungen in der Versorgung zeigen, dass über verschiedene Therapieformen, Patientengruppen und Outcome-Kriterien hinweg die größten Behandlungserfolge in den ersten 30 Sitzungen erreicht werden. Nach der 60. Therapiesitzung ist durchschnittlich jedoch kein nennenswerter Zugewinn mehr zu verzeichnen.

Die klinische Praxis sieht anders aus. In Deutschland lag die durchschnittliche Zahl ambulanter Therapiesitzungen noch vor wenigen Jahren bei 70 Behandlungsstunden (Löcherbach et al., 1999, s.a. Zusammenfassung in Rief et al., 2006). Schnellere Therapien ermöglichen jedoch mehr Therapieplätze für einen festen Zeitraum. Hier böte sich eine Möglichkeit, den bisher üblichen langen Wartezeiten und hohen Ablehnungsraten zu begegnen.

Auch im Rahmen der Verhaltenstherapie, die durchschnittlich die kürzeste Therapiedauer aufweist und prinzipiell auf eine gute wissenschaftliche Fundierung aufbauen kann, werden häufig nicht die Verfahren eingesetzt, die die beste Wirksamkeit bringen. So setzen die wenigsten Verhaltenstherapeuten Reizexposition ein (Margraf & Poldrack, 2001; s.o.), obwohl dies die für Angststörungen vielfach belegte Methode der Wahl ist. Ziel einer solchen Reizexposition ist (nach ausführlicher Vorbereitung der Patienten) die Konfrontation mit den angstauslösenden Situationen und das längere Verbleiben in ihnen, bis eine deutliche Angstreduktion stattgefunden hat (genaue Beschreibungen von Behandlungsrational und Durchführung finden sich bei Rief

et al., 2006). Um Expositionen in typischen Situationen (Kaufhäuser, Türme, Brücken oder öffentliche Verkehrsmittel) durchzuführen, fällt für Psychotherapeuten eine erhebliche zeitliche Zusatzbelastung für Planung, Organisation und Anreisen an, die unvergütet bleibt. Lege artis durchgeführt, steht vorher nicht einmal fest, wie lange eine Expositionsübung dauert, denn das Kriterium ihrer Beendigung ist die deutliche Angstreduktion des Patienten, die nach 20 Minuten oder auch 4 Stunden erfolgen kann. Dadurch kommen Planungsunsicherheiten und Verdienstausfälle hinzu. In Anbetracht dieser Situation verwundert es letztlich leider nicht, dass viele Psychotherapeuten die Verwendung des Expositionsverfahrens scheuen und es trotz seiner hohen Effektivität so selten eingesetzt wird.

Zu dieser Problemsituation tragen auch die weiteren Regelungen bei, die die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Abrechnung vorgeben. Zur Genehmigung einer Behandlung ist üblicherweise ein Bericht über den Patienten zu erstellen, in dem die Indikation und der Behandlungsplan für die Psychotherapie begründet wird. Wird das bewilligte Kontingent nicht ausgeschöpft und stattdessen eine neue Therapie beantragt, entsteht Mehraufwand für den Behandler.

So ließen sich in Deutschland also auch ohne große Investitionen Verbesserungen erreichen. Gegenwärtig wird leider kein Psychotherapeut dafür belohnt, kosteneffektive, zeitlich-kondensierte hocheffiziente Behandlungen durchzuführen. Es gibt kein Anreizsystem für die Umsetzung wissenschaftlich fundierter Kurzzeittherapien.

Insgesamt stellt sich die Situation in Deutschland damit nicht viel anders dar als in Großbritannien: Ein unbefriedigend geringer Anteil von Personen mit Behandlungsbedarf kommt in den Genuss von evidenzbasierter ambulanter Psychotherapie. Während man bisher von Deutschland aus vielleicht manchmal mit etwas Hohn auf das britische Gesundheitssystem schaute, werden psychisch Erkrankte bei Gelingen des IAPT-Projektes in wenigen Jahren mit Neid auf die britischen Inseln blicken. Wer an den psychisch Kranken im Gesundheitssystem spart, denkt kurzfristig und spart an der falschen Stelle. Nicht nur aus ökonomischen Gründen, aber auch aus ökonomischen Gründen ist eine adäquate Behandlung zwingend indiziert. Dazu muss sich auch in Deutschland noch vieles ändern. <<

British mental health services - does it set a standard for Germany?

The British Department of Health announced a minimum boost of 300 million pounds Sterling to provide better support for people with mental health problems. Almost a million more patients are supposed to be treated by 3600 more newly trained psychological therapists. The article compares the British and German situations. As a conclusion, shortcomings for Germany can be reported as well. E. g., only one out of ten patients is treated with psychotherapy. In average, a person who resolves to start psychotherapy waits nearly 6 months for this treatment. Therefore, predominantly pharmacotherapy is applied. However, recent data on the most frequent mental disorders shows that evidence-based psychotherapy can be more effective and more cost-saving than pharmacotherapy. Based on long-term considerations, the current results of health economic research should certainly lead to an improvement of mental health care in Germany. Several suggestions for improvements are made in the final section.

Keywords

cost-benefit analyses, mental disorders, psychotherapy, pharmacotherapy for mental disorders

Dr. rer. nat. Gaby Bleichhardt / Jahrgang 1970

Psychologische Psychotherapeutin

Studium der Psychologie in Wuppertal und Marburg. 1998-2001 therapeutische und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik Roseneck in Prien a. Ch. Ausbildung in Verhaltenstherapie, seit 2001 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin. 2001-2007 wissenschaftliche Assistentin und stellv. Leiterin der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie an der Universität Mainz. 2002 Promotion zum Thema „Längerfristiger Therapieerfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen". Seit 2007 Mitarbeiterin im Leitungsteam der Psychotherapie-Ambulanz an der Universität Marburg. Forschungsschwerpunkte: Verhaltensmedizin, Psychotherapie in der Versorgung. Kontakt: gaby.bleichhardt@staff.uni-marburg.de



Prof. Dr. rer. soc. Winfried Rief / Jahrgang 1959

AG Klinische Psychologie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg

Leiter der Psychotherapie-Ambulanz an der Philipps-Universität. Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor. Langjährige Tätigkeit in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken (z.B. Roseneck, Prien a. Ch.) in den Bereichen Schmerz, Essstörungen, Angststörungen u.a. Zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen zum Thema körperliche Beschwerden. Gastprofessor an der Harvard Medical School Boston (2004/2005) und University of Auckland Medical School (2002). Mitglied der Expertenkommission für DSM-V.
Kontakt: rief@staff.uni-marburg.de

