

PD Dr. Klaus Hoffmann
Ko-Leiter des Institutes für Psychoanalyse Zürich-Kreuzlingen
Chefarzt der Abteilung Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für
Psychiatrie Reichenau (Deutschland)

Kosten und Nutzen ambulanter Psychotherapie – Klarheit der Ideologien, Komplexität der Realität

Zum Arbeitsdokument 15 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Spycher S, Margraf J, Meyer PC (2005) Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen zur Krankenversicherung? Mögliche Varianten und Kostenfolgen in der ambulanten Versorgung der Schweiz. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) und der NZZ am Sonntag vom 11.12.2005

Der Auftraggeber, das Bundesamt für Gesundheit (BGA), wie auch der in der Neuen Zürcher Zeitung (NZZ) zitierte Schweizerische Psychotherapeutenverband (SPV), bezeichnen übereinstimmend diesen Bericht als „qualitativ hochstehend“ (NZZ am Sonntag 11.12.2005), ziehen aber völlig unterschiedliche Konsequenzen: Raimund Dörr vom SPV betont die in der Studie deutlich herausgearbeitete Unterversorgung der schweizerischen Bevölkerung mit ambulanter Psychotherapie, die auf ökonomischer Ebene zu vermehrten Krankheitsfehltagen sowie häufigeren stationären psychiatrischen wie somatischen Behandlungen führe. Hans Heinrich Brunner vom BGA entnimmt der Studie, die wie ihr Auftraggeber die Kostenneutralität als höchstes Prinzip erhebt, die Forderung, nur kurze Psychotherapien zu erstatten: „Bei den meisten Therapien wird der maximale Nutzen nach zehn bis zwölf Stunden erreicht. Die Endlos-Therapien, bei denen jemand immer wieder aufgeboten wird, sind sinnlos.“ (NZZ am Sonntag 11.12.2005) – Bei Spycher et al. werden zwar nicht zehn bis zwölf, sondern vierzig bis sechzig Sitzungen als Leistungen der Grundsicherung gefordert. Interessanterweise hatte einer der Ko-Autoren, Jürgen Margraf, als Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) der deutschen Bundesärztekammer die Stellungnahme vom 11.11.2004 unterzeichnet, in der psychodynamische Behandlungen von bis zu 100 Sitzungen als wissenschaftlich fundiert bezeichnet und für längere Behandlungen weitere naturalistische Studien gefordert werden. – Reichen für die Schweizer kürzere Behandlungen als für die Deutschen?

Auch für den Autor dieser Zeilen enthält der Bericht qualitativ gute Kapitel und Aussagen, vor allem zur Epidemiologie psychotherapeutisch zu behandelnder Krankheiten, zu den Vergleichen der Therapeutendichte Schweiz – Deutschland – Österreich sowie in den klaren Bekenntnissen zu qualifizierter Psychotherapie durch ärztliche wie durch psychologische Psychotherapeuten statt reiner medikamentöser Behandlung. Die Aussage „Statt früh, ambulant und kostengünstig werden psychische Störungen spät, stationär und teuer behandelt.“ (10) trifft für die psychiatrische und psychotherapeutische Strukturqualität der Schweiz vermutlich zu.

Im damaligen Forschungsgutachten zum deutschen Psychotherapeutengesetz war dies 1991 auch für Deutschland festgestellt worden (Meyer et al. 1991).

Qualitativ kritisch zu sehen sind dagegen andere methodische und inhaltliche Teile: An keiner Stelle des Berichtes wird kenntlich gemacht, dass einer der Autoren, Jürgen Margraf, selbst Leistungserbringer und Forscher im Bereich der Verhaltenstherapie (VT) ist. So ist auch die behauptete wissenschaftliche Überlegenheit der VT (8) kritisch zu sehen. Zwar wurde die VT in wissenschaftlichen Designs am häufigsten untersucht, aber die Diskrepanz zwischen den untersuchten Behandlungszeiten und der realen Versorgungssituation auch in der VT sind so beachtlich, dass man kaum von Überlegenheit sprechen kann: Die in der Meta-Analyse von Grawe et al. (1994) zitierten experimentellen Wirksamkeitsstudien umfassen folgende Behandlungsdauern:

Kognitiv-Behaviorale Therapien: 429 Studien, mittlere Dauer 11,2 Sitzungen; 434 Studien, mittlere Dauer 7,9 Wochen;

Humanistische Therapien: 70 Studien, mittlere Dauer 16,1 Sitzungen; 76 Studien, mittlere Dauer 11,6 Wochen;

Psychodynamische Therapien: 82 Studien, mittlere Dauer 27,6 Sitzungen; 80 Studien, mittlere Dauer 30,7 Wochen.

Dabei liegt die Behandlungsdauer in der Praxis weit über diesen artifiziellen, studienbedingten Werten (Kächele et al. 2006). Von den 277.815 im Jahre 1999 in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten ambulanten tiefenpsychologischen Psychotherapien waren 188.669 (68%) Kurztherapien (25 Sitzungen à 50 Minuten), 89.146 (32%) Langzeittherapien (100 bis maximal 300 Sitzungen à 50 Minuten). Von den 244.024 im Jahre 1999 in Deutschland durchgeführten ambulanten Verhaltenstherapien waren 176.080 (72%) Kurztherapien (25 Sitzungen à 50 Minuten), 67.944 (28%) Langzeittherapien (45 bis maximal 80 Sitzungen à 50 Minuten) (Kassenärztliche Bundesvereinigung Internet-Seite).

Mit experimentellen Untersuchungen wird nur die Wirksamkeit eines Verfahrens (efficacy) an hoch selektierten Stichproben (multiple Ausschlusskriterien) geprüft, nicht aber die Wirkung in der klinischen Praxis (effectiveness). Eine neuere Studie detailliert die vielfältigen Beschränkungen dieses Studientyps hinsichtlich der Praxisrelevanz (Westen et al. 2004). Selbst das National Institute for Mental Health in den USA (NIMH) empfiehlt inzwischen die Durchführung von praxis-relevanten Anwendungsbeobachtungen, bevor Richtlinien für die Praxis formuliert werden können. Auch wenn unkomplizierte monosymptomatische Erkrankungen mit kürzeren Interventionen beeinflusst werden können, liegen inzwischen speziell aus dem Bereich der Depressionsbehandlung Erfahrungswerte vor, dass stabile Remissionsraten mit Kurztherapien nur selten (in ca. 20%) erreicht werden können (Fonagy & Roth 2004, Leuzinger-Bohleber 2005). Dies gilt insbesondere für Persönlichkeitsstörungen (wie Borderline-Störungen), bei denen längere Behandlungszeiten unerlässlich sind.

Dass der Bericht den Untersuchungen der Abteilung Klinische Psychologie der Universität Basel (Leiter: Professor Dr. Jürgen Margraf), die seit Jahren als „Kosten-Nutzen-Analysen“ veröffentlicht werden, breiten Raum verleihen, ist einseitig (siehe dagegen Kordy & Kächele 1996); andere Studien, vor allem im Bereich der versorgungspolitisch relevanten Langzeitbehandlungen, werden nicht erwähnt (z.B. Dührssen 1962, Leuzinger-Bohleber et al. 2001, Ruff und Leikert 2003). Auch die

Studienlage bei kürzeren psychodynamischen Behandlungen wird nicht referiert (siehe z.B. Leichsenring 2004). Eine prospektiv-naturalistische Studie der Forschungsstelle Psychotherapie in Stuttgart, die von einer privaten Krankenkasse (DKV) gefördert wurde, zeigte bei 700 Fällen, dass sich in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren sowohl bei psychodynamischen Behandlungen wie bei Verhaltenstherapien deutliche Verbesserungen zeigten. Je länger die Behandlungen, umso eindrucksvoller die Besserungen der Symptome. Daraus lässt sich der Umkehrschluss ziehen, je schwerer krank die Patienten, umso länger sollten die Behandlungen sein. Bei leichteren Erkrankungen genügen kürzere Therapien, bei schwereren eben nicht (Puschner et al. 2006).

Dem Auftraggeber wird immer wieder suggeriert, dass er das „Fünferle und das Weckle“ bekommen kann: Qualitätsverbesserung für die Bevölkerung durch mehr Psychotherapie auf der einen und Kostenneutralität auf der anderen Seite; evidenzbasierte störungsspezifische Therapien als state of the art auf der einen Seite kontrastieren mit dem angeblichen Nicht-Vorhanden-Sein entsprechender Therapeuten auf der anderen Seite (100).

Die vorgesehene Zulassung der von den Fachverbänden anerkannten psychologischen Psychotherapeuten zur Grundversorgung wird die Kosten erhöhen, das zeigen die von Spycher et al. zitierten deutschen Zahlen deutlich (78ff). Mittel- und langfristig kann dies durchaus zu Kostenreduktionen in anderen Bereichen führen (weniger Krankheitsfehltag, weniger stationäre Behandlungen, eventuell sogar weniger Frühverrentungen), aber eben nicht kurzfristig. Die zugegebenermaßen alte Arbeit von Annemarie Dührssen in Berlin zeigte diesen Effekt in einer Studie des „Zentralinstituts für psychogene Erkrankungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin“ mit 1.004 behandelten Patienten im Jahre 1962. Dies war ein wichtiger Meilenstein in der Zulassung auch der Langzeitpsychotherapie in die deutsche kassenrechtliche Versorgung im Jahre 1967. Es handelte sich um eine naturalistische Studie im Versorgungsbereich, nicht um eine randomisierte kontrollierte Studie, wie sie heute immer wieder auch in der Psychotherapie als „Goldstandard“ formuliert wird. Zahlreiche spätere naturalistische Studien von Langzeittherapien ergaben bei kleineren Fallzahlen, aber subtilerer Methodik, ähnliche Befunde (z.B. Bateman & Fonagy 2000, Leuzinger-Bohleber et al. 2001). – Spycher et al. sind diese Ergebnisse wohl bekannt, sie erwähnen sie auch in Nebensätzen, hinterlassen aber beim flüchtigeren Leser den Eindruck, das Aufholen der Schweiz im Bereich der ambulanten Psychotherapie könne sich unter bestimmten Bedingungen schnell amortisieren.

Spycher et al. fordern mit Verweis auf die „Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung“ (100), nur bis zu 40 – 60 Sitzungen dauernde Psychotherapien zu erstatten, in besonderen Fällen der Komorbidität bis zu einem Drittel mehr. Selbst auf der Basis des zuvor von den Autoren nach meiner Ansicht lückenhaft wiedergegebenen Forschungsstandes ist diese Schlussfolgerung einseitig und lässt in dieser Reduktion an Opportunität gegenüber der Forderung nach kurzfristiger Kostenneutralität durch den Auftraggeber und verhaltenstherapeutische Berufspolitik denken.

Dass Langzeittherapien vor allem auf psychodynamischer Grundlage unwirksam seien, ist falsch. Für die Minderheit schwer kranker Patienten sind sie unbedingt erforderlich. Das randomisiert kontrollierte Studiendesign ist in der

Langzeitbehandlung schwer kranker Patienten alles andere als ein Goldstandard, sondern eine ethisch wahrscheinlich von keiner entsprechenden Kommission genehmigte Eingrenzung auf Laborbedingungen mit eingeschränkten Variablen.

Des Weiteren fehlt bei Spycher et al. ein Hinweis auf das von vielen Fachkräften (Strauß et al. 1996, Tschuschke 2001) beklagte Versorgungsproblem in der ambulanten Psychotherapie, dass Gruppentherapien trotz ihrer klar erwiesenen Wirksamkeit und ihrer ökonomischen Vorteile viel zu wenig angeboten und auch nach wie vor zu schlecht honoriert werden. In diesem Bereich könnte man den Neuanfang auch fachlich mit einem überzeugenden neuen Schritt versehen.

Zum Abschluss sei der Hinweis erlaubt, dass man in der Schweiz den Straftätern unter Maßnahme immer längere Psychotherapien mit Hinweis auf deren Wirksamkeit anordnet und für nicht delinquent gewordene psychisch Kranke die Therapiedauern verkürzen möchte. Sehen vielleicht politisch Verantwortliche die Psychotherapie als Strafe? Oder soll es Tätern künftig besser gehen als Nicht-Delinquierenden? Werden intensive Psychotherapien psychotisch Kranker, wie sie unter anderem von Norman Elrod 2002 dargestellt und von der NZZ am 7./8.9.2002 positiv gewürdigt wurden, Teil der schweizerischen Psychiatriegeschichte oder nur denen vorbehalten bleiben, die es selbst bezahlen? Medikamentöse Behandlungen werden wohl wie bisher auch lebenslang Leistungen der Grundversorgung sein, sei es bei Diabetes, rheumatischen Erkrankungen oder Schizophrenien. Sollen die häufig sinnvollen, die Lebensqualität wesentlich verbessernden und letztlich Pharmaka einsparenden Psychotherapien dann Luxus für diejenigen werden, die es selbst bezahlen können?

Literatur:

Bateman AW, Fonagy P (2000) Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 177: 138-143

Dührssen A (1962) Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med* 8: 94-113

Elrod N (Hrsg) (2002) *Psychotherapie der Schizophrenie*. Zürich: Althea

Fonagy P, Roth A (2004) Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. *Psychotherapeutenjournal* 3: 204-218

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

Kächele H, Hillecke W, Schulte D, Eckert J (2006) *Zeit für Psychotherapie. Psychotherapeut, in Vorbereitung*

Kordy H, Kächele H (1996) Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In: Uexküll Tv (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. 5. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg: 490-501

Leichsenring F (2004) Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Erwachsenen. Forum der Psychoanalyse 20: 34-39

Leuzinger-Bohleber M (2005) Chronifizierende Depressionen: eine Indikation für Psychoanalysen und psychoanalytische Langzeitbehandlungen. PSYCHE 59: 789-815

Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel ME (2001) Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese studie. Psyche 55: 193-276

Meyer A, Richter R, Grawe K, Schulenburg JGv, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf

Puschner B, Kordy H, Kraft S, Kächele H (2006) Course of Improvement during Two Years in Psychoanalytic and Psychodynamic Outpatient Psychotherapy. Psychology and Psychotherapie, im Druck

Ruff W, Leikert S (2003) Entwicklungsprozesse während und nach stationärer Psychotherapie. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 2: 196-126

Strauß B, Eckert J, Tschuschke V (Hrsg.) (1996) Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch. Opladen: Westdeutscher Verlag

Tschuschke V (Hrsg.) (2001) Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme

Westen D, Novotny C, Thomson-Brenner H (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. Psychological Bulletin 130: 631-663

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer (2005) Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen. 11.11.2004