

Psychotherapie ist nicht für alle das Mittel der Wahl

(Langfassung des Interviews aus PPP Heft 3/2022)

Nora Blum, Psychologin und eine der Gründerinnen des Unternehmens Selfapy, die Online-Therapiekurse per App bei Depression oder Angst anbietet, im Gespräch mit den bvvp-Vorstandsmitgliedern Ariadne Sartorius und Mathias Heinicke.

Ariadne Sartorius: Liebe Frau Blum, die digitale Gesundheitsanwendung von Selfapy ist ja ein Medizinprodukt, aber was ist sie genau: Behandlung? Beratung? Selbsthilfe?

Nora Blum: Ich würde es als niederschwellige Therapieform definieren, eigentlich eine Mischung aus Selbsthilfe und digitaler Therapie.

AS: Wie kommen die betroffenen Menschen zu Selfapy? Man kann die App ja auf Rezept bekommen, aber auch telemedizinisch. Das heißt, dass eine Intervention auf Kosten der GKV in die Wege geleitet wird über die Verordnung eines Behandlers, möglicherweise auch eines, zu dem es niemals einen Face-to-Face-Kontakt gab?

NB: In der großen Mehrheit der Fälle kommen die Betroffenen nach einer Verschreibung durch einen Hausarzt oder über eine Therapeutin zu unserer digitalen Gesundheitsanwendung. Diesen Weg empfehlen wir auch, denn dadurch gibt es einen gesicherten Einstieg in deren Nutzung. Es gibt aber ein paar Sondersituationen bei Patientinnen oder Patienten, die beispielsweise in ländlichen Regionen wohnen. Die Betroffenen haben oft bereits eine Diagnose, brauchen aber noch ein Rezept. Das kann dann auch telemedizinisch ausgestellt werden, sofern der Arzt oder die Ärztin das für richtig halten. Diesen Prozess können wir natürlich nicht beeinflussen.

AS: Haben Sie Zahlen darüber, wie viele Patient*innen über die hausärztliche Praxis zu Ihnen kommen und wie viele bei psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeut*innen in Behandlung sind?

NB: Die Mehrzahl der Patient*innen kommt über den Hausarzt, etwa 40 Prozent kommen über Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen zu uns. Unsere Leistung wird relativ wenig parallel zur psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt, oft dient sie zur Überbrückung der Wartezeit oder wird von Patient*innen genutzt, die keinen Zugang zur Psychotherapie bekommen.

AS: Gemäß der Leitlinie muss eigentlich bei der Diagnose einer mittelgradigen Depression Psychotherapie angeboten werden. Ich sehe die Gefahr, wenn die Intervention nicht stimmt, dass Patient*innen frustriert werden und finden könnten,

dass ihnen „dieser Psychokram“ generell nicht hilft. Andererseits sagen Sie, dass ihr Erfolg bei 39,5 Prozent Symptom-Reduktion nach zwölf Wochen liegt.

NB: Bei der Leitlinie Depression gibt es zurzeit eine Neuauflage, die wir auch kommentiert haben. Hier werden digitale Gesundheitsanwendungen aufgeführt und auch im mittelgradigen Depressionsbereich empfohlen, sofern deren Wirksamkeit wie bei Selfapy im Rahmen von RCT-Studien belegt wurde. Sie werden insbesondere dann empfohlen, wenn beispielsweise der oder die Betroffene die Nutzung von Psychotherapie oder Psychopharmaka ablehnt oder die Behandlungsformen nicht zur Verfügung stehen – was ja leider in Deutschland nach wie vor viel zu oft der Fall ist.

Aktuell ist Selfapy nur für die mittelgradige Depression zugelassen. Leider hatten wir in der Studie zu wenig Patienten und Patientinnen mit einer leichten Depression, sodass für diese Patientengruppe die Evidenz noch einmal gesondert nachgewiesen werden muss. Das ist also von uns nicht gewünscht, dass Selfapy ausgerechnet für die leichte Depression nicht zugelassen ist.

Aber den Menschen, die unsere App nutzen, ist klar, dass eine digitale Gesundheitsanwendung etwas anderes ist als von Angesicht zu Angesicht im Gespräch zu sein mit einer Psychotherapeutin. Wir grenzen uns auch in der Kommunikation davon ab und sagen: Es sind zwar die Inhalte der Psychotherapie, aber wie diese vermittelt werden, unterscheidet sich natürlich von einer traditionellen Psychotherapie.

AS: Der Goldstandard ist ja, zuerst Studien zu machen. Sie schreiben, dass jetzt weitere Studien laufen. Sind das Marktstudien, bei denen man den Outcome mit Selfapy und anderen therapeutischen Angeboten vergleicht?

NB: Wir begleiten alle unsere Online-Kurse immer durch Studien mit unabhängigen Universitätspartnern. Die Studie mit der Charité war eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT-Studie), in der Selfapy verglichen wurde mit einer Kontrollgruppe, die die Versorgungsrealität widerspiegelt hat. Diese Studie ist mittlerweile auch publiziert und online abrufbar. Alle Studien, die wir durchführen, sind RCT-Studien, da dies der Goldstandard ist. Zusätzlich zur Studie mit der Charité haben wir gerade vier weitere Studien abgeschlossen mit sehr guten Ergebnissen. Diese betreffen die Bereiche Angststörungen, Panikstörung, Binge Eating Störung und Bulimie. Alle Studien sind RCT-Studien, die Selfapy vergleichen mit einer Kontrollgruppe, die Zugriff hat auf alle möglichen Formen des Gesundheitssystems, nur ein kleiner Teil der Teilnehmenden ist parallel in Psychotherapie.

AS: Es gab also erst Studien mit einer Gruppe aus der Versorgungsrealität, aber nicht im Vergleich zu kognitiver Verhaltenstherapie oder zu einer unbehandelten Kontrollgruppe.

NB: Die Studien vergleichen nicht Selfapy gegenüber der traditionellen Psychotherapie. Unser Ziel ist es ja nicht, besser als die Psychotherapie zu sein, das maßen wir uns nicht an.

AS: Wo liegen denn die Vorteile von Selfapy?

NB: Die Vorteile liegen aus meiner Sicht auf der Hand: Zum einen gibt es keine Wartezeit. Patient*innen können nach wenigen Tagen bei uns starten. Sie brauchen natürlich die Verschreibung des Hausarztes beziehungsweise einer Psychotherapeutin. Das zweite ist: Es ist ortsunabhängig. Das Angebot ist hilfreich in strukturschwachen Gegenden, mit relativ wenigen niedergelassenen Psychotherapeut*innen. Und zum Dritten ist es so, dass es viele Patientinnen und Patienten gibt, für die eine digitale Gesundheitsanwendung ein guter, flexibler erster Einstieg in die psychologische Hilfe ist, und denen es erst einmal genügt, sich die Techniken der Verhaltenstherapie in strukturierter Weise selbst beizubringen – zum Beispiel am Wochenende vom Sofa aus oder abends, wenn die Kinder schlafen.

Mathias Heinicke: Sehen Sie da nicht ein Risiko, dass wir bei Patient*innen zu sehr die Bequemlichkeit und die 24/7-Verfügbarkeit befördern, nach dem Motto: Wenn mir gerade danach ist, mache ich halt mal ein bisschen Therapie, ansonsten gucke ich Fußball.

NB: Mehr Verfügbarkeit von Therapiemöglichkeiten, egal ob auf dem Sofa oder in der Praxis, ist erstmal gut. Natürlich muss man aber die Patientin, den Patienten auch im Rahmen der Verhaltensaktivierung motivieren, aus dem Haus zu gehen und positiven Aktivitäten nachzugehen. Das darf nicht fehlen.

MH: Haben Sie dafür einen Kontrollmechanismus im Programm?

NB: Alle unsere Inhalte basierend ausschließlich auf bewährten Techniken der Kognitiven Verhaltenstherapie und deren Leitlinien. Außerdem ermutigen wir Patientinnen und Patienten, die zusätzliche Hilfe brauchen, sich diese durch eine traditionelle Psychotherapie zu holen.

Aber wie viele der Menschen, die psychotherapeutische Hilfe brauchen, sind gerade in Psychotherapie? Die Realität ist leider einfach, dass Psychotherapie nicht allen zur Verfügung steht und auch nicht für alle immer das Mittel der Wahl ist. Viele Betroffene sagen uns: „Das ist zu stigmatisiert.“ oder: „Das bekomme ich nicht in meinen Alltag integriert.“ Und da ist es mir lieber, dass diese Menschen Selfapys

nachweislich wirksame Online-Programme nutzen, als gar keine Hilfe erhalten. Und ich denke auch, wir müssen es schaffen, verschiedene Hilfsangebote für verschiedene Typen von Patient*innen anzubieten. Damit sage ich keinesfalls, dass eine digitale Gesundheitsanwendung immer das Mittel der Wahl ist.

AS: Wir brauchen verschiedene Angebote, aber damit meine ich auch verschiedene Verfahren. Ich erkläre den Patienten den Unterschied zwischen dem psychodynamischen Verfahren und meiner Arbeit als Verhaltenstherapeutin. Jeder Verhaltenstherapeut sucht immer nach Lösungen und arbeitet oft erst am konkreten Problem, und in einem zweiten Schritt setzt man sich therapeutisch mit der Frage auseinander: Welcher seelische Konflikt steckt dahinter? Wie kann eine App so etwas leisten?

NB: Unsere digitalen Gesundheitsanwendungen orientieren sich stark an den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie. Trotzdem probieren wir mit unseren Inhalten nicht nur an der Oberfläche zu bleiben. Beispielsweise motivieren wir die Patientinnen und Patienten, alte Glaubenssätze zu hinterfragen und deren Herkunft in ihrer Lebensgeschichte nachzugehen.

Zusätzlich motivieren wir den Patienten oder die Patientin auch immer, dass Sie, wenn Sie unser Angebot beendet haben, weiter am Ball bleiben und das Gelernte nicht vergessen, auch wenn es einem gerade etwas besser geht. Unsere Kommunikation setzt darauf, dass die Patient*innen das Erlernte nachhaltig in ihren Alltag integrieren.

MH: Es gibt Kolleg*innen, die auf Social-Media-Plattformen therapeutische Angebote machen, was ja noch niederschwelliger ist. Was ist denn Ihre Firmenstrategie: Versuchen Sie, solche Patient*innen an die DiGA anzubinden? Oder ist das für Sie ein völlig abgegrenzter Bereich?

NB: Wir haben selbst einen großen Instagram Account, der u.a. auch durch eine Psychotherapeutin betreut wird. Viele Patientinnen und Patienten finden uns über Social Media. Grundsätzlich ist es gut, dass auch auf Social Media öffentlich über mentale Gesundheit gesprochen wird und dass sich dort Betroffene äußern können. Man muss das aber auch kritisch beobachten, weil auf solchen Plattformen nicht immer nur evidenzbasiert gesprochen wird. Die digitalen Gesundheitsanwendungen sind qualitätsbasiert, unterliegen strengsten Datenschutzkriterien und werden durch RCT-Studien auf ihre Wirksamkeit geprüft. Das ist bei vielen Social-Media-Accounts – und den meisten Apps! – nicht der Fall. Da gibt es oft keine Qualitäts-, Evidenz- oder Ausbildungsnachweise.

AS: Sehen Sie auch Nachteile von Selfapy?

NB: Ja klar. Es gibt Patientinnen und Patienten, für die eine Therapie-App nicht das Mittel der Wahl ist. Zum einen gibt es Betroffene, die sich nicht selbst motivieren können, durch das Programm zu klicken. Deswegen rechnet Selfapy – als einzige digitale Anwendung – auch erst mit der Krankenkasse ab, wenn der Patient oder die Patientin zumindest in der zweiten Lektion angekommen ist. Es gibt immer Betroffene, die das Programm starten, dann aber merken, dass es für sie nicht das richtige ist. Zum Zweiten gibt es natürlich Einschränkungen, was die Symptomatik angeht. Gerade für Menschen mit sehr schweren Depressionen, die schlimmstenfalls unter Suizidalität leiden, ist ein digitales Angebot niemals das richtige Mittel. Und drittens: Auch wenn wir bei unseren digitalen Gesundheitsanwendungen, basierend auf den Antworten der Patient*innen individuell auf Inhalte eingehen – ein Gespräch ermöglicht es natürlich auf andere Weise, auf besondere Situationen im Alltag von Patientinnen und Patienten einzugehen.

AS: Was passiert mit den Nutzern von Selfapy, wenn sie in eine Krise kommen – insbesondere, wenn die Verordnung digital erfolgt ist? Die kennen ja die Strukturen und das Versorgungssystem vor Ort nicht, die wissen nicht, wo ist die zuständige Klinik, welche Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen es vor Ort gibt.

NB: Das Thema ist uns sehr wichtig ist, deshalb haben wir in unserem Programm ein umfangreiches Sicherheitssystem eingebaut. Unsere App erkennt zum einen, wenn die Symptomatik von Betroffenen sich verschlechtert und zum anderen, wenn Betroffene im Rahmen von validierten Fragebögen Angaben zur Suizidalität machen. Auch in allen Freitext-Angaben und -Übungen erkennt unsere App Schlüsselsätze und Schlüsselwörter. Wenn diese vorkommen, gibt es sofort einen Alarm in unserer App. Dann erhält der Patient eine Nachricht, die besagt: Nach deinen Angaben könnte man vermuten, dass du in einer Krise steckst. Und dann verweisen wir an konkrete Suizid-Notfallstellen oder an Kliniken vor Ort. Zusätzlich ist es so, dass jedem Patienten und jeder Patientin eine (echte) Psychologin zugeteilt ist, die in solchen Fällen unterstützt u.a. auch bei der Vermittlung an einen Psychotherapeuten oder eine Klinik.

AS: Daran schließt sich meine nächste Frage an: Für wen eignet sich eine Mitarbeit bei Selfapy? Es gibt ja viele Kolleginnen, die auch sagen, das würde mich interessieren. Was für Möglichkeiten gibt es, sich zu beteiligen? Welche Qualifikation müssen diese haben? Wie werden die vergütet?

NB: Wir arbeiten gerne und viel mit Psychotherapeut*innen zusammen. Wir erarbeiten mit ihnen zusammen in Workshops die Inhalte für unsere digitalen Gesundheitsanwendungen, und überlegen wie man diese gut digital aufbereiten kann, z.B. wie man sie gut in einem Video vermitteln kann oder wie man die Übungen in unser Fragebogen-System am besten integriert. Wir benötigen immer

wieder Psychotherapeut*innen, die Lust haben, sich einzubringen und unsere Programme kritisch zu hinterfragen. Hierbei zahlen wir normale Stundensätze. Wir wollen nicht an der traditionellen Psychotherapeutin vorbei entwickeln, sondern mit ihnen zusammen. Auch dahingehend zu fragen, was sind denn Funktionen, die für Sie als Psychotherapeutin wichtig sind? Zum Beispiel, in welcher Form sollen die Inhalte von dem Stimmungstagebuch, das die Patient*innen bei uns ausführen, in eine lesbare PDF exportiert werden? Dann könnte die Tagebucheinträge bei Bedarf in die Therapie mit eingebracht werden. Auch generelle Tipps, wie digitale Gesundheits-Anwendungen in den Alltag von Psychotherapeut*innen besser integriert werden können nehmen wir gerne an.

AS: Wenn wir jetzt eine Zeitreise machen ins Jahr 2030: Was wünschen Sie sich von der Politik für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen?

NB: Vielleicht bin ich dann ja selbst in der Politik aktiv (lacht). Das Wichtigste wäre mir die Verkürzung der Wartezeit auf Therapieplätze. Die zweite Maßnahme beträfe eine Beschäftigung mit der psychischen Gesundheit bereits im Kinder- und Jugendalter in Schulen. Außerdem ist die Digitalisierung ein großer Baustein in der Zukunft, und ich hoffe, dass bis dahin flächendeckend die Obergrenzen für Telemedizin gefallen sind. Auch hoffe ich, dass digitale Gesundheitsanwendungen nicht nur im Bereich Depression und Angst, sondern bei unterschiedlichen Diagnosen, sowohl alleinehend als auch parallel zu einer Psychotherapie, viel mehr genutzt werden. Insgesamt ist mir der Aspekt, dass es verschiedene Hilfen für verschiedene Arten von Patientinnen und Patienten braucht, besonders wichtig. Die Realität ist einfach, dass Psychotherapie nicht für jeden das Mittel der Wahl ist und nicht für jeden immer verfügbar.

MH: Vielen Dank für das Gespräch.