

Vorwort zum Bericht der Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer



Für den Abdruck der im Auftrag der Bundespsychotherapeutenkammer erstellten Expertise „Analysen zum medizinischen Nutzen der Gesprächspsychotherapie und Empfehlungen für die Stellungnahme zum ‚Bericht der Nutzenbewertung Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen‘ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)“ gibt es außer dem Grund, die Ergebnisse der Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen, zwei weitere Gründe:

Zum einen soll das Bild korrigiert werden, das nach der Studienprüfung durch den G-BA bei einigen Psychotherapeuten entstanden ist: Die Gesprächspsychotherapie (GPT) habe keine ausreichenden empirischen Wirksamkeitsnachweise. Wie dieses Bild entstehen konnte, wurde bereits an anderer Stelle (Eckert 2007) ausgeführt.

Zum anderen wurden im Zuge des Prüfverfahrens durch den G-BA Details der Prüfregeln und der Prüfmodalitäten bei der Zulassung neuer Psychotherapieverfahren in das GKV-System sichtbar. Da der G-BA beschlossen hat, auch die bereits zugelassenen drei Richtlinienverfahren dieser Nutzenbewertung zu unterziehen, wird von den Problemen bei der Anwendung dieser Regeln auch die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie betroffen sein. Darüber hinaus wirken sich die Prüfregeln auf die Anerkennung neuer Verfahren und damit auf die zukünftige Entwicklung der Psychotherapie überhaupt aus.

Die Nutzenbewertung eines psychotherapeutischen Verfahrens auf der Grundlage empirischer Wirksamkeitsstudien ist nur möglich, wenn ausreichend viele geeignete empirische Wirksamkeitsstudien vorliegen, an Hand derer geprüft werden kann, ob die in den Psychotherapie-Richtlinien festgelegten Kriterien erfüllt werden können oder nicht.

Ist das nicht der Fall, bedeutet das nicht, dass das Verfahren in den Anwendungsbereichen von Psychotherapie, für die keine oder nicht ausreichend viele Studien vorliegen, unwirksam ist. Es bedeutet zunächst nur, dass die Wirksamkeit in bestimmten Anwendungsbereichen nicht ausreichend geprüft werden konnte. Und das kann sehr unterschiedliche Gründe haben.

Wie den Ausführungen über die historische Entwicklung der Psychotherapieforschung in der Expertise zu entnehmen ist, galt die Wirksamkeit von Psychotherapie Anfang der 80er Jahre als ausreichend belegt. Die durch Eysencks (1952) Zweifel an der Wirksamkeit von (psychoanalytischer) Psychotherapie ausgelöste „Rechtfertigungsphase“ in der Psychotherapieforschung galt mit dem Erscheinen der großen Metaanalysen, darunter Smith et al. (1980), als abgeschlossen. Die Psychotherapieforschung ging nicht mehr der Frage nach, wie wirksam ein Psychotherapieverfahren ist, sondern fragte vor allem, welche therapeutischen Prozesse bewirken welche Veränderungen in welchen Bereichen?

Die weitere Entwicklung der Psychotherapieforschung geschah auch in Abhängigkeit von den Paradigmen, die einem Psychotherapieverfahren jeweils zu Grunde liegen.

Die Verhaltenstherapie entwickelte nach der so genannten kognitiven Wende für fast alle Formen psychischer Störungen kognitiv-behaviorale Behandlungskonzepte. Dabei wurden auch zunehmend Konzepte und Therapietechniken aus anderen Therapieansätzen übernommen. An die Stelle der lerntheoretischen Fundierung verhaltenstherapeutischer Behandlungskonzepte trat die Forderung nach dem empirischen Nachweis der Wirksamkeit der angewendeten Behandlung. Das hatte zur Folge, dass die dem verhaltenstherapeutischen Paradigma verbundene Psychothe-

rapieforschung die Wirksamkeitsforschung weiter vorantrieb. Da sie das primäre Behandlungsziel in der Reduktion leidbringender Symptome sieht, kam es gleichzeitig zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der symptombezogenen Diagnostik. Diese Entwicklungstendenz befand sich im Einklang mit der Entwicklung in der Psychiatrie. Die ursprünglich ätiologische psychiatrische Klassifikation, wie sie noch im ICD-9 niedergelegt ist, war weder hinreichend reliabel noch ausreichend valide.

Zur Behebung dieser Mängel wurde in den USA bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems DSM von einer ätiologischen Fundierung der Krankheitsbilder Abstand genommen und eine an umschriebenen Symptomen und Verhaltensweisen orientierte phänomenologische Sichtweise eingeführt. Diesem Weg schloss sich auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) an. 1992 erschien ICD-10 Kapitel V mit einer Klassifikation psychischer Störungen, die weitgehend kompatibel mit der DSM-Klassifikation war.

Für die verhaltenstherapeutischen Forscher war damit das Problem der unzureichend reliablen Diagnostik weitgehend behoben, für die Vertreter der nicht-symptomorientierten Psychotherapieverfahren jedoch nicht (z.B. Hoffmann 1993). Für sie griff die Zentrierung auf die Symptomatik zu kurz. Sie entwickelten zur Diagnostik, Therapieplanung und Ergebnisbewertung psychodynamischer Therapien eine „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)“ und erweiterten die Symptomachse (= ICD-10 Kapitel V) um vier weitere Achsen.

Die intensive Forschungstätigkeit der verhaltenstherapeutischen Forscher und ihre Omnipräsenz in der universitären Klinischen Psychologie und Psychiatrie prägten zunehmend die Forschungsstandards in der bundesdeutschen Psychotherapieforschung.

Heute gelten die von den verhaltenstherapeutischen Psychotherapieforschern favorisierten RCT-(randomisierte kontrollierte-)Studien als der „Goldstandard“ in der Psychotherapieforschung. Studien, in denen die Patienten nach klinischen Gesichtspunkten oder auf Grund ihrer persönli-

chen Präferenz, (also nicht randomisiert) Behandlungs- und Kontrollbedingungen zugewiesen werden und bei denen die therapeutischen Interventionen nicht manualisiert sind, laufen Gefahr, als nicht ausreichend wissenschaftlich aussagefähig unberücksichtigt zu bleiben.

Im Zuge dieser Entwicklung entstand eine lebhaft wissenschaftliche Diskussion über den „richtigen“ Forschungsansatz, bei dem u.a. die Vor- und Nachteile von „Laborforschung“ und „Feldforschung“ bzw. „naturalistische Forschung“ gegeneinander aufgerechnet wurden. So bezeichnete Revenstorf (2005) die Forderung, Psychotherapieeffekte seien mit derselben Methodik zu erfassen wie Medikamenteneffekte, als Kuckucksei in der Psychotherapieforschung. Schon lange davor hatten die britischen Psychotherapieforscher Stiles und Shapiro (1989) davor gewarnt, die „drug metaphor“ auf den Bereich der Psychotherapie zu übertragen.

Eine neuere Zusammenfassung des Diskussionsstandes dieser Kontroverse, die auch in der US-amerikanischen Szene geführt wird, findet sich im Heft 1 der Zeitschrift „PTT – Persönlichkeitsstörungen“ (Eckert et al. 2008).

Bleibt zusammenfassend festzuhalten: Die Wirksamkeit von Psychotherapie gilt seit Anfang 1980 als ausreichend empirisch belegt. Wenn der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie 2007 und der G-BA 2007 neue Kriterien für die Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung bzw. der sozialrechtlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren verabschiedet haben, dann definieren sie die Maßstäbe für die Anerkennung neuer und verändern die Maßstäbe für die Anerkennung „alter“ Verfahren, wie der Gesprächspsychotherapie.

Anspruch und Wirklichkeit

Versucht man an Hand der bestehenden Regelungen zur wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren zu konkretisieren, welche Auswirkungen diese neuen Maßstäbe¹ haben, so wird Folgendes deutlich:

1. Die Finanzierung der Studien ist nicht geregelt: Eine Psychotherapiestudie im ambulanten Bereich, bei der die Behandlungen nicht von der Kasse bezahlt werden können, weil das Verfahren noch nicht anerkannt ist, kostet zirka 1 Million Euro (Linden, Zubrägel 2001). Ein Therapieverfahren, das vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) wissenschaftlich anerkannt werden will, muss mindestens 12 Studien vorlegen und mithin mindestens 12 Millionen Euro zur Finanzierung zur Verfügung haben.
2. Die Durchführung der Behandlungen ist erschwert: Es ist nicht gewährleistet, dass ausreichend viele Therapeuten für die Durchführung der Behandlungen in den Studien zur Verfügung stehen, die in dem zu prüfenden Verfahren hinreichend gut ausgebildet sind. Da nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) psychologische Psychotherapeuten nur wissenschaftlich anerkannte Verfahren anwenden dürfen, kämen als Studientherapeuten für Verfahren, die eine wissenschaftliche und sozialrechtliche Anerkennung anstreben, nur ärztliche Psychotherapeuten in Frage.
3. Die Durchführung der Studien ist nicht geregelt: Studien von der Qualität, wie sie inzwischen gefordert werden, erfordern eine professionelle Umsetzung, wie sie nur von gut ausgestatteten und qualifizierten Forschungseinrichtungen geleistet werden kann. Forschung an Universitäten ist interessegeleitet: Daher kann nicht erwartet werden, dass Universitätseinrichtungen ihre vor-

handenen personellen und finanziellen Kapazitäten für die Erforschung eines neuen Psychotherapieverfahrens zur Verfügung stellen, wenn sie damit keine eigenen Interessen verbinden. Es müssten also strukturelle Alternativen gefunden werden, die eine adäquate Durchführung der Prüfung der Wirksamkeit eines neuen Verfahrens ermöglichen. Nicht bedacht scheint auch der notwendige zeitliche Aufwand zu sein, zwölf Wirksamkeitsstudien durchzuführen. Es lässt sich nachlesen, dass zwischen Planung einer Psychotherapiestudie (inklusive 1-Jahres-Katamnesen) und der Publikation ihrer Ergebnisse sechs bis zehn Jahre liegen. Da man 12 Studien nicht gleichzeitig starten kann, ist davon auszugehen, dass es nicht gelingen wird, die Voraussetzungen für eine Anerkennung innerhalb der Lebensarbeitszeit einer Forschergeneration zu schaffen.

Interessenkonflikte bei der sozialrechtlichen Anerkennung?

In den Entscheidungsgremien des G-BA, die über die Zulassung von Psychotherapieverfahren befinden, sitzen auf der Bank der „Leistungserbringer“ ausschließlich Vertreter der sogenannten „Richtlinienverfahren“, d.h. der kassenzugelassenen Psychotherapieverfahren. Die Zulassung eines weiteren Verfahrens berührt zwangsläufig ihre Interessen bzw. die Interessen der Therapieverbände, mit deren Unterstützung sie in dieses Gremium gewählt wurden.

In der Psychotherapeutenzene wird diese Situation durch folgenden Vergleich persifliert: Die Prüfung des Nutzens eines Psychotherapieverfahrens durch den G-BA entspricht einem Auftrag an die beiden Autofirmen Daimler Benz und Volkswagen zu prüfen, ob der deutsche Automarkt Autos der Marke Ford (weiterhin) braucht bzw. ob ein neuer Automobilhersteller „Nutzen“ bringt...

¹ Hier kündigt sich durch die jüngste Rechtsprechung eine interessante Diskussion an: „Vor dem dargelegten Gesetzeshintergrund erscheint es dem Senat deshalb nicht geboten, die Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens (ausschließlich) von einem durch Studien belegten und nachgewiesenen Wirksamkeitsnachweis abhängig zu machen. Ein entsprechender Wirksamkeitsnachweis ist zwar ein nicht unerhebliches Indiz für die Anerkennung und Anerkanntheit eines Verfahrens, kann angesichts der Gesetzesintention, dass einerseits die Qualität der Ausbildung als Psychotherapeut gesichert werden soll und andererseits bei der Ausübung von Psychotherapie die Missbrauchsgrenze relevant ist, aber nicht als allein entscheidendes Kriterium angesehen werden.“ OVG NRW 13 A 5238/04 (15.01.2008).

Nun ist der G-BA kein mit neutralen Mitgliedern besetztes Gremium der Selbstverwaltung; nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch die Kostenträger haben eigene, durchaus divergierende Interessen. Aus diesem Grunde sieht das Sozialgesetzbuch (SGB) V einen „Unparteiischen Vorsitzenden“ vor.

Darüber hinaus kann es aber auch individuelle – materielle wie immaterielle – Interessenkonflikte geben, wie sie in der Wissenschaft seit langem durch selbstverpflichtende Erklärungen transparent gemacht werden. So wird von den Autoren wissenschaftlich-medizinischer Publikationen eine Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten verlangt. „Ein möglicher Interessenkonflikt im Sinne der ‚Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals des ICMJE‘ (1997) besteht immer dann, wenn ein Autor finanzielle oder persönliche Beziehungen zu Dritten hat, deren Interessen vom Manuskript positiv oder negativ betroffen sein könnten“.

Auch die Verfahrensordnung des G-BA verpflichtet die an einem Bewertungsverfahren Beteiligten zur Offenlegung „privater oder persönlicher Interessen, welche die unparteiische und objektive Mitwirkung beeinträchtigen oder potenziell beeinträchtigen können“ (§ 47; Anlage 1 VO). Im Unterschied zur wissenschaftlichen Praxis, in der die Erklärungen zu möglichen Interessenkonflikten inklusive der Namen der in diesem Zusammenhang relevanten Pharmafirmen, Verbände und Institutionen zusammen mit der Publikation veröffentlicht werden, sind die „Offenlegungserklärungen“ des G-BA allerdings „streng vertraulich“ und für Dritte nicht einsehbar. Was

spricht eigentlich dagegen, diese in der Wissenschaft übliche Transparenz auch in den Gremien des G-BA einzuführen?

Wir hoffen, mit unseren Ausführungen und der Veröffentlichung des Standes der Wirksamkeitsforschung in der Gesprächspsychotherapie einen Beitrag dazu zu leisten, dass die Steine sichtbar werden, die einer Weiterentwicklung der Psychotherapie als Behandlungsverfahren, als Profession und nicht zuletzt als wissenschaftlicher Disziplin im Wege liegen.

Jochen Eckert (Hamburg)

Rainer Richter (Hamburg)



Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Ein Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber-Verlag.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2004). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber-Verlag.
- Eckert J (2007). Zum Bewertungsverfahren der Gesprächspsychotherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). FORUM Psychotherapeutische Praxis 7: 67–72.
- Eckert J, Kächele H et al. (2008). Persönlichkeitsstörungen: Therapie und Therapie (PTT) 12: 1–64.
- Eysenck HJ (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. J Consult Psychol 16: 319–324.
- Hoffmann SO (1993). Zum Geleit. In: Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V, S. 9–12. Schneider W, Freyberger HJ, Muhs A, Schüssler G (Hrsg.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- ICMJE (1997), <http://www.icmje.org/icmje.pdf>
- Linden M, Zubrägel D (2001). Multizentrische Psychotherapiestudien in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten. Psychotherapie 6: 205–210.
- Revenstorff D (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapie-Forschung. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 10: 22–31.
- Smith M, Glass G, Miller T (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: Hopkins.
- Stiles WB, Shapiro DA (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. Clin Psychol Rev 9: 521–543.