

Jochen Eckert

Zum Bewertungsverfahren der Gesprächspsychotherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Der Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) hat nach langjähriger Prüfung befunden, dass «die Wirksamkeit und der Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen - mit Ausnahme der Depression - nicht wissenschaftlich belegt ist».

Der rechtliche Rahmen

«Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern. Seine Aufgabe ist es, zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören» (www.g-ba.de). Die Rechtsaufsicht über dieses Gremium liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Für die Psychotherapie ist der Unterausschuss Psychotherapie zuständig: Er «prüft psychotherapeutische Verfahren sowie Methoden nach den sozialrechtlichen Kriterien Wirksamkeit, Nutzen und Wirtschaftlichkeit (...). Im Unterausschuss Psychotherapie vertreten sowohl ärztliche als auch psychologische Psychotherapeuten die Seite der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen. Die gleichberechtigte Teilhabe von Psychologischen Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten neben ärztlichen Psychotherapeuten geht auf das Einführungsgesetz zum Psychotherapeutengesetz (EG-PsychThG) vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 13U) zurück.»

Aus den Mitgliedern des UA Psychotherapie wurde eine Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie (AG GPT) gebildet, die sich aus 2 Psychologischen Psychotherapeuten (KB V-Vertreter), 2 ärztlichen Psychotherapeuten (KBV-Vertreter) und 4 Vertretern der Krankenkassen (AOK, VdAK/AEV, IKK-BV) zusammensetzte.

An der Bewertung waren 2 ständige externe Sachverständige des UA Psychotherapie, ein Psychologe, Psychoanalytiker und Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie ein Mediziner, Psychoanalytiker, Professor und Ärztlicher Direktor einer Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie durchgängig beteiligt.

Der G-BA folgte einem Vorschlag, einen Sachverständigen für Gesprächspsychotherapie zu dem Prüfverfahren hinzu zu ziehen. Die gesprächspsychotherapeutischen Verbände

benannten den Autor als Sachverständigen. In dieser Funktion nahm ich an fast allen Sitzungen der AG GPT teil, in der es um die Studienbewertungen ging,

Historischer Rückblick

Die Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie ist bereits Mitte des letzten Jahrhunderts empirisch belegt. Der Begründer der Gesprächspsychotherapie, der amerikanische Psychologe Carl R. Rogers veröffentlichte 1954 zusammen mit Rosalind Dymond die Monografie «Psychotherapy and Personality Change. Co-ordinated Research Studies in the Client-centered Approach», in der die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie nachgewiesen wird. Dieses Buch, für das Rogers den Forschungspreis der APA¹ erhielt, war ein Markstein der empirischen Therapieforschung. Wie kam es dazu? Carl Rogers hat sich seit Beginn seiner Tätigkeit als Psychotherapeut und Wissenschaftler stets darum bemüht, sowohl die therapietheoretischen Annahmen als auch das praktische therapeutische Vorgehen und seine Wirkungen empirisch zu erforschen. Er ist einer der Pioniere der empirischen Psychotherapieforschung, der u. a. als einer der ersten Therapieforscher Tonaufzeichnungen von Therapiesprachen erstellen ließ.

¹ American Psychological Association

Definitionen von Gesprächspsychotherapie

Rogers selbst definiert seinen therapeutischen Ansatz wie folgt: «Die klientenzentrierte Orientierung ist eine sich ständig weiterentwickelnde Form der zwischenmenschlichen Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert. Sie geht von folgender Grundhypothese aus:

Jedem Menschen ist ein Wachstumspotential zueigen, das in der Beziehung zu einer Einzelperson (etwa einem Therapeuten) freigesetzt werden kann. Voraussetzung ist, dass diese Person ihr eigenes reales Sein, ihre emotionale Zuwendung und ein höchst sensibles, nicht urteilendes Verstehen in sich selbst erfährt, zugleich aber dem Klienten mitteilt.

Das Einzigartige dieses therapeutischen Ansatzes besteht darin, dass sein Schwerpunkt mehr auf dem Prozess der Beziehung selbst als auf den Symptomen oder ihrer Behandlung liegt; dass seine Hypothesen sich auf Material stützen, das aus therapeutischen und anderen zwischenmenschlichen Beziehungen gewonnen wurde, insbesondere auf Tonband- und Filmaufzeichnungen von Interviews, und dass diese Hypothesen der Überprüfung durch geeignete Untersuchungsmittel grundsätzlich offen stehen» (Comprehensive Textbook of Psychiatry, Bd. 2, S. 1831-43 Hrsg.: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock; Baltimore 1975; zit. nach Rogers, 1983, S. 17).

Die dem G-BA vorgelegte offizielle Definition des Verfahrens durch die drei deutschen Gesprächspsychotherapieverbände lautet:

«Die Gesprächspsychotherapie behandelt gestörte Selbstregulationsprozesse, die durch Inkongruenzen ausgelöst oder aufrechterhalten werden und zur Ausbildung von krankheitswertigen Symptomen und Verhaltensmustern führen.

Inkongruenzen als Fokus der Behandlung in der Gesprächspsychotherapie entstehen durch einen jeweils spezifischen Mangel in der Übereinstimmung von Prozessen der organismischen Erfahrung und der Selbstwahrnehmung sowie zwischen verinnerlichten Werten und dem Selbstkonzept.

Wesentlich für die Ätiologie psychischer Störungen sind dabei die für die unterschiedlichen Krankheitsbilder ursächlichen differenziellen Formen der Inkongruenz. Diese ergeben sich aus dysfunktionalen Wechselwirkungen zwischen den unmittelbaren leib-seelischen Erfahrungen des Organismus, den internen Repräsentationen biografischer Gegebenheiten, pathogenen Symbolisierungsprozessen aktueller Lebensereignisse sowie äußeren Belastungsfaktoren.

Das allgemeine Behandlungsziel der Gesprächspsychotherapie ist die Linderung bzw. Aufhebung der Symptomatik durch die Reduktion bzw. Aufhebung von Inkongruenzen. Dazu ist die Entwicklung einer spezifischen therapeutischen Beziehung erforderlich, die durch Empathie, unbedingte Wertschätzung und Selbstkongruenz gekennzeichnet ist und die nach bestimmten Indikationsregeln mit störungs-, person- und prozess-spezifischen Interventionen und Techniken verbunden wird.

Als spezifische Ausprägungsformen der Behandlungsmethodik kommen in den verschiedenen Bereichen der Krankenbehandlung im ambulanten und stationären Sektor, in der Einzel-, Gruppen- und Paartherapie sowie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zur Anwendung:

1. Erlebniszentrierte Methoden
2. Differenzielle Methoden
3. Erfahrungsaktivierende Methoden,

die bestimmte Aspekte der Gesprächspsychotherapie hervorheben und weiterentwickeln» (ÄGG, DPGG und GwG: Antworten zu zwei Fragen des Gemeinsamen Bundesausschusses Unterausschuss Psychotherapie, Köln, März 2004, S. 1 f.).

Der G-BA übernimmt keine der vorliegenden Definitionen, sondern entwickelt eine eigene, die jedoch fehlerhaft ist und eine Akzentuierung vornimmt, die später als einer der Ablehnungsgründe dient:

«Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie ist ein Psychotherapieansatz der humanistischen Psychologie. (...). Rogers zielte bei der Entwicklung seines Therapieansatzes nicht auf die Behandlung psychischer Erkrankungen, sondern es ging ihm um das Verstehen und die Therapie von aus maladaptiven Prozessen («gestörte Selbstregulationsprozesse») resultierenden psychischen Ungleichgewichten («Inkongruenzen») mit möglichem Störungscharakter. (...). Therapeutisches Agens ist die Anerkennung durch den Psychotherapeuten auf der Grundlage von:

1. einfühlendem Verstehen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten (einschließlich der angemessenen Verbalisierung der verstandenen Erlebnisinhalte),
2. unbedingter Wertschätzung: (nondirektive) Klientenzentrierung
und
3. eigener Selbstkongruenz (als notwendige und hinreichende Bedingungen).

Aus den theoretischen Grundlagen der Gesprächspsychotherapie wird jedoch nicht eindeutig ersichtlich, inwiefern es sich dabei um ein Verfahren der Krankenbehandlung im

Sinne des Abschnitts A 3. der Psychotherapie-Richtlinien handelt» (G-BA: Tragende Gründe, S. 2 f.).

Falsch ist die Feststellung, dass die drei aufgeführten «Grundlagen» als die hinreichenden und notwendigen Bedingungen angesehen werden. Rogers hat in einem 1957 erschienenen viel diskutierten Aufsatz sechs - nicht drei - Bedingungen für eine Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie aufgezählt. Die drei fehlenden sind Bedingungen auf Seiten des Patienten.

Betont werden ferner Zweifel, ob es Rogers bei der Entwicklung seines Therapiekonzepts überhaupt um Krankenbehandlung ging. Diese Feststellung ist wegen der ihr impliziten Behauptung, psychische Krankheit sei immer ein Produkt pathologischer Prozesse, unzulässig. Behält man sie bei, müsste die Verhaltenstherapie auf der Stelle wieder aus der GKV-System entfernt werden, weil in allen Lehrbüchern nachzulesen ist, dass Verhaltenstherapeuten davon ausgehen, dass «abweichendes Verhalten auf dieselbe Art und Weise erlernt wird wie normales Verhalten» (z.B. Davidson & Neale, 2002, S. 37).

Das Ergebnis der Prüfung auf sozialrechtliche Anerkennung

Der G-BA-Bericht fasst das Ergebnis der Prüfung auf sozialrechtliche Anerkennung wie folgt zusammen:

«Die Gesprächspsychotherapie erfüllt die Kriterien für eine Anerkennung als Richtlinienverfahren (...) für die ambulante Behandlung nicht, da (...) nur bei einem für den Anwendungsbereich depressive Störungen erbrachten Hinweis auf ihren Nutzen eine lediglich für diesen Anwendungsbereich erfolgende indikationsspezifische Anerkennung weder medizinisch notwendig noch wirtschaftlich ist» (G-BA «Tragende Gründe...» S. 33).

Die Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass die Wirksamkeit und der Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen - mit Ausnahme der Depression - wissenschaftlich nicht belegt sind, steht im Widerspruch

1. zur internationalen **Lehrmeinung**, wie sie vertreten wird

in internationalen **Handbüchern der empirischen Psychotherapieforschung**, z.B. im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change von Bergin und Garfield (2004, 5. Aufl.)

- in amerikanischen und deutschen **Lehrbüchern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie**, z.B. Davison und Neale und Perrez und Baumann

2. zu internationalen und deutschen **Meta-Analysen**

- z.B. Elliott, Greenberg und Lietaer (in Lambert, 2004)
- Grawe, Donati und Bernauer (1994)

3. zum Ergebnis der Prüfung der GPT durch den **Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie** gemäß § 11 PsychThG

4. zu **Gutachten**, z.B. dem von der deutschen Bundesregierung in Auftrage gegebenen

- «Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes» (Meyer et al., 1991), sowie
5. zu über 70 **Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie**, zu denen der G-BA im Zuge des Prüfverfahrens pflichtgemäß im Bundesanzeiger aufgerufen hatte. Neben den 75 positiven Stellungnahmen, die z.B. von den Psychotherapeutenkammern der Länder, von der Bundesspsychotherapeutenkammer, vom Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP),
- von Psychotherapieverbänden,
 - von Universitätsinstituten für Klinische Psychologie und Psychotherapie, von Ausbildungsstätten zum Psychologischen Psychotherapeuten, von Kliniken mit psychotherapeutischem Versorgungsauftrag und von niedergelassenen, kassenzugelassenen Psychotherapeuten
- abgegeben worden sind, gibt es nur zwei (2) negative Stellungnahmen, abgegeben von einem Berufsverband der Psychiater und von einem VT-Ausbildungsinstitut.

Der G-BA kommt also nach einem langjährigen Prüfverfahren zu einem Ergebnis, das in absolutem Widerspruch sowohl zum allgemein anerkannten wissenschaftlichen Stand in Forschung und Lehre steht als auch zu den Erfahrungen vieler Psychotherapeuten aus der Praxis.

Grundlage der Ablehnung

Die Wirksamkeit bzw. der Nutzen der Gesprächspsychotherapie wurde mit Hilfe von empirischen Wirksamkeitsstudien festgestellt. Der G-BA prüfte nach einer von ihm veranlassten Datenbankrecherche 424 Studien aus 1300 Fundstellen. Diese Studien kamen aus sechs breiten Anwendungsbereichen, von Affektiven Störungen bis hin zu Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. 423 dieser Studien taugten in den Augen des G-BA jedoch nicht als Nachweis der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie. Nur **eine einzige von 423 Studien**, das entspricht 0,2 %, wurde als ausreichender Beleg für eine mögliche Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der GKV anerkannt.

Angesichts dieser mageren Ausbeute stellt sich die Frage, wie es zum Ausschluss von 99,8% aller einbezogenen Wirksamkeitsstudien kommen kann, denn auch mit diesem Ergebnis steht der G-BA im Widerspruch zur Wissenschaft: Die 423 nicht anerkannten Studien sind ausnahmslos in Fachzeitschriften mit Gutachterverfahren (peer reviewed Journals) veröffentlicht worden. Viele von ihnen haben darüber hinaus bereits vor ihrer Veröffentlichung diverse Prüfungen ihres wissenschaftlichen Standards erfahren, z.B. durch Promotions- und Habilitationskommissionen oder durch Fachgutachter bei Drittmittelgebern, z.B. der DFG.

Es erhebt sich also die Frage, warum die Prüfkommision des G-BA, die sich ja je hälftig aus niedergelassenen Psychotherapeuten und Krankenkassenfunktionären, d.h. aus Nichtwissenschaftlern, zusammensetzt, in 424 Fällen zu anderen Ergebnissen kommt als Experten aus der Wissenschaft.

Gründe für eine Ablehnung, die veröffentlicht worden sind

Im 4. Mitgliederrundbrief der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung findet sich der Beitrag «Gemeinsamer Bundesausschuss schließt Bewertungsverfahren über die Gesprächspsychotherapie ab» (2006, S. 6), in dem die Gründe für die Ablehnung aufgezählt und kommentiert werden.

1. *«Zu geringe Fallzahlen»*

Dem ist zu widersprechen: Studien mit kleinen Fallzahlen sind gar nicht in die Auswertung einbezogen worden, d.h. unter den 424 nicht anerkannten Studien gibt es keine mit einer zu kleinen Fallzahl.

2. *Diagnosestellung nicht oder nicht hinreichend operationalisiert»*

Dem ist zu widersprechen: Die Diagnostik auf der Grundlage von ICD bzw. DSM begann sich erst nach 1990 als Standard zu etablieren. Standard war Fragebogendiagnostik. Dennoch hat der G-BA die Hälfte der Studien mit der Begründung nicht berücksichtigt, dass in ihnen keine ICD-Klassifikation vorgenommen worden sei.

3. *Bei dem angewandten Verfahren handelt es sich nicht um Gesprächspsychotherapie»*

Dem ist zu widersprechen: Der G-BA hat, wie oben dargestellt, eine eigene Definition von Gesprächspsychotherapie vorgenommen, die nicht mit den Definitionen der GPT in Lehr- und Fachbüchern übereinstimmt. Sie widerspricht auch der Definition, die der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie seiner Prüfung der GPT als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren zugrunde gelegt hat. Der G-BA hat diese eigene Definition zur Grundlage finden Ausschluss von Studien gemacht.

4. *«Studienteilnehmer waren keine Patienten, sondern Personen, bei denen keine krankheitswertigen Störungen im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien bestanden».*

Dem ist zu widersprechen: Für diese Behauptung sind in keinem Fall Belege erbracht worden. Sie wurde z.B. dann aufgestellt, wenn eine Untersuchung mit Patienten einer universitären psychotherapeutischen Beratungsstelle durchgeführt worden waren.

Gründe für eine Ablehnung, die nicht veröffentlicht worden sind

Während meines Psychologiestudiums hatte ich das Glück, wesentliche Teile meiner methodischen Ausbildung bei Prof. Gustav Lienert absolvieren zu können. Bei ihm lernte ich unter anderem, dass man jede empirische Studie im Bereich der Sozialwissenschaften und Medizin, deren Aussagen auf Stichproben basieren, zu Fall bringen kann. Ein bewährter Einwand gegen die Anerkennung der Ergebnisse einer Studie sei der Hinweis, dass es keine Replikationsstudie gäbe oder dass die zur Sicherung der Validität der Ergebnisse notwendige Kreuzvalidierung fehle. Auch werde sich immer ein Detail im Untersuchungsdesign finden lassen, das die Validität des Ergebnisses der Studie einschränkt, z.B. wenn ein Merkmal, wie die Erfahrung der Therapeuten, das möglicherweise das Therapieergebnis beeinflusst, nicht kontrolliert worden ist.

Wie konnte es dem Prüfausschuss des G-BA gelingen, 99,8% der geprüften Studien abzulehnen? Das soll am Beispiel der Bewertung der Untersuchung klientenzentrierter Gruppenbehandlung krebskranker Patienten von Dirks et al.² exemplarisch gezeigt werden:

1. *Es werden Mängel genannt, die sich als Fehlbeurteilungen herausstellen*

Eine Person, die die Studie Dirks et al. beurteilt hat, bemängelte das Fehlen von ICD-10 Diagnosen und einer Powerkalkulation und musste darauf hingewiesen werden, dass die Studie 1982 publiziert worden ist, als es ICD-10 noch gar nicht gab und eine Powerkalkulation kein wissenschaftlicher Standard war. Weiterhin bemängelte sie das Fehlen einer Angabe zu unerwünschten Therapiewirkungen. Leider hatte sie übersehen, dass ein entsprechende Angabe in der Arbeit auf S. 251 zu finden ist.

2. *Es werden Forderungen an das Studiendesign gestellt, die den üblichen Rahmen von Psychotherapiestudien sprengen, aber geeignet sind, die Studie als methodisch unzureichend einzustufen*

Als methodischer Mangel der Dirks et al. Studie führt die beurteilende Person an, dass keine differenzierte Ausweitung «getrennt nach Behandlungsgruppen, (z.B. zu sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.)» vorgenommen worden sei. Auch fehle eine Differenzierung nach Art und Schwere der Krebserkrankung. Eine Behebung dieser mangelhaften Differenzierung ist mit den 30 Patienten der Untersuchungsstichprobe aber nicht zu leisten. Erforderlich wäre dafür eine Stichprobengröße von ca. 150 Patienten. Kurzum: es werden unerfüllbare Forderungen an das Untersuchungsdesign gestellt.

3. *Es werden Forderungen an die Studie gestellt, die für Therapien innerhalb der Richtlinientherapien relevant sind, nicht aber für Therapiestudien außerhalb des GKV-Systems.-*

² Dirks P., Grimm F., Tausch A. M. & Wittern J.O. (1982). Förderung der seelischen Gesundheit von Krebspatienten durch personenzentrierte Gruppengespräche. *Z Klin Psychol*, 11 (4), 241-52

Die Ängste, Depressionen und Suizidgedanken der Krebspatienten in der Studie von Dirks et al. werden als «nicht krankheitswertig» beurteilt und die Studienergebnisse deshalb nicht weiter berücksichtigt. Mit einer solchen Aussage werden alle Spielregeln wissenschaftlich begründeter Urteilsfindung außer Kraft gesetzt: Eine solche Aussage kann gar nicht getroffen werden, weil in der Studie selbst keine Angaben darüber gemacht werden, ob die Störungen der behandelten Patienten «krankheitswertig im Sinne der Psychotherapierichtlinien» sind oder nicht. Die Einstufung der Störungen der in der Studie behandelten Patienten als nicht krankheitswertig ist kein begründetes Urteil, sondern eine Meinungsäußerung der prüfenden Person. Weitere Prüfkriterien, die ebenfalls zum Ausschluss von Studien führten:

4. *Man stellt fest, dass die zu prüfende Studie, die auf der Evidenzstufe III angesiedelt ist, die Kriterien der Evidenzstufe II nicht erfüllt.*

Mit diesem Argument wurden z. B. alle Studien, die im stationären Rahmen durchgeführt worden sind, nicht anerkannt: Die gemessenen Veränderungen ließen sich nicht eindeutig

auf die gesprächspsychotherapeutische Behandlung zurückführen, weil neben der Gesprächspsychotherapie auch andere Therapien stattgefunden haben.

5. *Man lässt alle vorhandenen Metaanalysen unberücksichtigt,*

z.B. die von Grawe, Donati und Bernauer (1994). Für die Nichtberücksichtigung werden zwei Gründe aufgeführt. 1. Man prüfe ja alle in die Metaanalysen aufgenommenen Studien einzeln und 2. sahen die HTA³-Richtlinien vor, dass nur diagnosehomogene Metaanalysen von RCT-Studien (randomisierte Studien) als Beurteilungsgrundlage in Frage kämen. Zu 1: Es bleibt unberücksichtigt, dass das Ganze auch hier mehr ist als die Summe seiner Teile: Wenn z. B. fünf Studien, von denen jede einzelne methodisch nicht ganz einwandfrei ist, immer zu demselben Ergebnis kommen, dann ist dieses Ergebnis valider als das einer Einzelstudie.

Legt man bei der Entscheidung für oder gegen die Berücksichtigung von Metaanalysen das Ergebnis der Prüfung der Einzelstudien durch den G-BA zugrunde, dann kann man aus pragmatischen Gründen auf Metaanalysen verzichten: Da nur eine einzige Studie übrig bleibt, erübrigt sich auch eine Metaanalyse.

Zu 2: Auf meine Bitte, mir eine Quelle zu nennen, in der man diese HTA-Richtlinie nachlesen könne, wurde mir u.a. das Buch von Khan et al. (2004) genannt. In diesem Buch wird dazu folgendes festgestellt: «Insistiert ein Reviewer darauf, in Reviews nur randomisierte Studien ein- und alle anderen Arten von Evidenz auszuschließen, kann die Erstellung eines Reviews daran praktisch scheitern, wenn sich nämlich für ein Review keine randomisierten Studien finden lassen. Aber vor die Entscheidung gestellt ist es in der Praxis allemal besser, die beste verfügbare Evidenz zu verwenden als gar keine» (S.17).

6. *Man definiert das Verfahren Gesprächspsychotherapie so, dass Weiterentwicklungen der klassischen Gesprächspsychotherapie nicht als Gesprächspsychotherapie anerkannt werden können.*

Auf diesem Hintergrund fanden z.B. RCT-Wirksamkeitsstudien zur «process-experiential therapy (PET: Greenberg) keine Berücksichtigung. Dem G-BA lag eine schriftliche Stellungnahme des Begründers der PET, L. Greenberg vor, in der er seinen Ansatz als eine Weiterentwicklung des ursprünglichen Rogerianer'schen Konzepts kennzeichnet.

PET wird als Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie in den Lehrbüchern der Gesprächspsychotherapie Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie genannt, Lehrpläne sehen die Unterrichtung der Ausbildungskandidaten zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie in PET vor, Gesprächspsychotherapeuten und «experiential» Therapeuten veranstalten gemeinsame Weltkongresse, der 7. fand 2006 in Potsdam statt, und sie haben eine gemeinsame internationale Zeitschrift: «Person-centered & Experiential Psychotherapies».

Für mich erhebt sich die Frage, wie es unter den angelegten Kriterien zu rechtfertigen ist, dass nicht nur Jungianer, Adlerianer, Ammoniten, tiefenpsychologisch fundierte Therapeuten usw. sondern auch Verhaltenstherapeuten, die «multimodal systemisch-strategische und biographisch individualisierte Verhaltenstherapie» oder «tiefenpsychologische Verhaltenstherapie» zur Anwendung bringen, ihren Platz im GKV-System haben.

Zusammenfassung

Die Prüfung von Hypothesen auf der Grundlage der empirischen Methodik folgt bestimmten Regeln, die fast alle vom G-BA nicht beachtet worden sind. Ich fasse meine Hauptkritikpunkte zusammen:

1. Es kann keine Aussage zum Nutzen und zur Wirksamkeit von GPT in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der GKV gemacht werden, weil das Verfahren in diesem Versorgungskontext nicht angewandt und entsprechend auch nicht geprüft worden ist.
2. Es können also nur der Nutzen und die Wirksamkeit von GPT in anderen klinischen Anwendungsbereichen geprüft werden, zu denen Studien vorliegen, die Aussagen zur Wirksamkeit machen.
3. Belegen diese Studien den Nutzen und die Wirksamkeit von GPT, dann ist zu prüfen, ob es Hinweise gibt, dass dieser Nutzen bei der Anwendung des Verfahrens in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung *nicht*⁴ erzielt werden kann (Übertragbarkeit).
4. Fällt diese Prüfung negativ aus, d.h. finden sich keine klaren Belege dafür, dass bei einer Anwendung des Verfahrens in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dieser Nutzen *nicht* erzielt werden kann, ist weiterhin davon auszugehen, dass die Studie ein Beleg für den Nutzen und die Wirksamkeit von GPT auch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der GKV ist.

Ich habe die oben aufgeführten Einwände der Prüfkommision des G-BA sowohl schriftlich als auch mündlich vorgetragen. In mehr als einem Dutzend Fälle wurden diese Einwände in der Form berücksichtigt, dass die Studie nicht bereits nach dem ersten Durchgang ausgeschlossen wurde, sondern dass darüber später bei dem abschließenden Prüfdurchgang entschieden werden sollte.

Vielleicht sollte ich ja dankbar sein, dass wenigstens einer meiner Einsprüche, nämlich gegen die Entscheidung, die King et al. -Studie unberücksichtigt zu lassen, Erfolg hatte.

Resümee

Eigentlich hätte ich ja schon darüber stutzig werden müssen, dass die Prüfkommision («Themengruppe Gesprächspsychotherapie des UA Psychotherapie des G-BA») alle ihre Beschlüsse einstimmig und ohne Enthaltungen fasste. Das hatte ich in 35 Jahren Universitätserfahrung noch nie erlebt. Rückblickend bin ich sicher, dass das deshalb möglich war, weil es nicht um eine wissenschaftliche Begutachtung von Wirksamkeitsstudien ging.

Gewissheit darüber brachte ein Vorgang, der zu einem Zeitpunkt passierte, als die Kommission noch dabei war, Studien beurteilen, d.h. als der Beurteilungsprozess noch nicht abgeschlossen war: Der KB V-Vorsitzende Dr. med. Andreas Köhler verkündete öffentlich, dass mit einer Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in das GKV-System aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise nicht zu rechnen sei.

Damit wurde mir aus meinem Verdacht Gewissheit: Das Ergebnis der Prüfung der Wirksamkeit und des Nutzens der Gesprächspsychotherapie für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen hat von Beginn an festgestanden. Ich habe nicht an einer wissenschaftlichen Prüfung teilgenommen, sondern an der einmütigen Umsetzung einer

politischen Entscheidung und der Suche nach einer Form, diese zu bemänteln. Mit dieser Gewissheit habe ich die Kommission vor Abschluss der Beratungen unter Protest verlassen.

Literatur

Kahn, S. K., Kunz, R., Kleijnes, J. & Antes, G. (2004). Systematische Übersichten und Meta-Analysen. Springer: Heidelberg

Die Quellen der übrigen zitierten Literatur kann beim Autor angefragt werden.

Ord. Univ.-Prof. Dr. Jochen Eckert, Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg, E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Jochen Eckert, Ord. Univ.-Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg. Psychologischer Psychotherapeut. Präsident der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG e.V.). Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Forschungsschwerpunkt: Psychotherapieforschung.

⁴ Analoges Vorgehen wie bei der Prüfung von Hypothesen in den empirischen Sozial Wissenschaften: Es wird jeweils geprüft, ob die Nullhypothese - nicht die H1 - beibehalten werden muss oder verworfen werden kann.