

Helle, Mark

Leitlinien im Spannungsfeld von Wissenschaft, Ökonomie und therapeutischer Praxis

Helle, M. (2006). Leitlinien im Spannungsfeld von Wissenschaft, Ökonomie und therapeutischer Praxis. In J. Hardt (Hg.) Gesellschaftliche Verantwortung und Psychotherapie. (S. 209 – 219). Gießen: Psychosozial-Verlag.

»Seht, ich bin fertig!« sagte der Kaiser. »Sitzt es nicht gut?« Und dann wandte er sich nochmals vor dem Spiegel; denn es sollte scheinen, als ob er seinen Schmuck recht betrachte. Die Kammerherren, welche die Schleppe tragen sollten, griffen mit den Händen nach dem Fußboden, gerade als ob sie die Schleppe aufhoben. Sie gingen und taten, als ob sie etwas in der Luft hielten; denn sie wollten es nicht merken lassen, dass sie nichts sehen konnten. So ging der Kaiser unter dem prächtigen Thronenhimmel, und alle Menschen auf der Straße und in den Fenstern sprachen: »Gott, wie sind des Kaisers neue Kleider unvergleichlich. Welche Schleppe er am Kleide hat. Wie schön das sitzt!« Keiner wollte zugeben, dass er nichts sah; denn dann hätte er ja nicht zu seinem Amt getaugt oder wäre sehr dumm gewesen.«

(Andersen 1966, S. 117 f)

1. Einleitung

Zunächst mag sich der Leser fragen, was Andersens Märchen »Des Kaisers neue Kleider« mit Psychotherapieleitlinien gemeinsam haben könnte. Bei genauerer Betrachtung stellt sich allerdings heraus, dass die Nähe beinahe beängstigend ist:

Statt der Komplexität von Psychotherapie und den damit verbundenen Prozessen gerecht zu werden, scheinen eine Reihe von Psychotherapieforschern vor dieser Aufgabe zu kapitulieren, indem die psychotherapeutische Wirklichkeit auf das unter laborähnlichen Bedingungen Machbare reduziert wird und diese so gewonnen Erkenntnisse mit dem Titel »evidenzbasierte Psychotherapie« belegt werden. Diese evidenzbasierten Psychotherapien bilden nun die zentralen Inhalte gegenwärtiger Behandlungsleitlinien und sollen von den praktizierenden Psychotherapeuten »bewundert« werden, da mit diesem Wissen die Patienten angeblich effizienter gesund werden.

Während im Märchen zwei betrügerische Weber am Werke sind, die Seide und Geld in die eigene Tasche stecken, also mit der Absicht der Selbstbereicherung handeln, scheinen im Falle der Psychotherapieleitlinien eher Weber am Werk zu sein, die für den Kaiser schönere Kleider herstellen möchten, als die Qualität ihres Materials zulässt.

Gegenwärtig sind von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) 54 Leitlinien zur Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen publiziert worden und über das Internet abrufbar. Das Spektrum reicht von Leitlinien zur Behandlung von Enkopresis bis hin zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen.

Bei oberflächlicher Betrachtung erweckt diese jüngste Entwicklung den Eindruck, dass unser Versorgungssystem einen Punkt erreicht hat, an dem Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen nicht mehr nach ihren persönlichen Überzeugungen behandeln, sondern endlich verpflichtet sind, die in den Behandlungsleitlinien zusammengetragenen empirisch abgesicherten Erkenntnisse, die »the state of the art - Behandlungen« ausmachen, zukünftig systematisch in ihre Behandlungsplanung zu integrieren.

Diese Entwicklung mag als ein weiterer wichtiger Schritt im Rahmen der Professionalisierung psychotherapeutischen Arbeitens gesehen werden, da so mehr Transparenz geschaffen wird, und Patienten, Psychotherapeuten sowie die Kostenträger in gleichem Masse über bestehende Qualitätsstandards informiert sind und diese z. B. bei Fragen der Evaluation, der differentiellen Indikation oder auch der Bewilligung von Psychotherapie zu Grunde legen können.

Wenn aber die Basis solcher Standards an der Wirklichkeit der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft und somit an den realen Bedürfnissen der Menschen mit psychischen Störungen vorbeigeht, ist nicht nur der Nutzen solcher Leitlinien in Zweifel zu ziehen. Sondern darüber hinaus lässt sich die Frage stellen, welche Konsequenzen diese Entwicklung für unser zukünftiges psychotherapeutisches Denken und Arbeiten haben wird? Inwieweit wird dies zu einer Einengung des derzeit bestehenden psychotherapeutischen Versorgungsangebotes führen und somit mittel- und langfristig ganz entgegen der eigentlichen Intention zu einer deutlichen Verschlechterung der derzeit bestehenden Qualitätsstandards, sowohl in der psychotherapeutischen Versorgung als auch in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten, führen?

Ziel dieses Beitrags ist es zum einen, auf die Gefahren aufmerksam zu machen, die drohen, wenn Leitlinien – wie sie gegenwärtig erstellt werden – kritiklos und auf direktem Wege in die Praxis übernommen werden. Zum anderen soll deutlich werden, dass in der derzeitigen Konzeption und Umsetzung von Leitlinien systematisch gegen die wissenschaftlichen

Prinzipien verstoßen wird, für deren Hüter sich viele der Autoren von Leitlinien verstehen. Die wissenschaftlich anspruchsvollen und hoch kontrollierten Studien, welche die Basis der Erstellung von Leitlinien bilden, weichen in so vielen Punkten von der psychotherapeutischen Versorgungswirklichkeit ab, dass eine Generalisierung der so gewonnenen Erkenntnisse auf die psychotherapeutische Praxis unzulässig und unwissenschaftlich ist.

2. Leitlinien: Eine Begriffsklärung

Als Einstieg in diese Thematik soll zunächst der Frage nachgegangen werden, welches Verständnis dem Begriff »Leitlinien«, die in der Behandlung psychischer Störungen zur Anwendung kommen sollen, zu Grunde gelegt wird. Es gilt einerseits zu klären, welche konkreten Handlungsanweisungen Leitlinien in der psychotherapeutischen Behandlung entnommen werden können, aber auch welche Freiheitsgrade dem praktizierenden Psychotherapeuten verbleiben, wenn dieser eine psychotherapeutische Behandlung im Sinne von Leitlinien planen und durchführen will.

Die AWMF definiert Leitlinien wie folgt:

»Die ›Leitlinien‹ der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die ›Leitlinien‹ sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung « (AWMF 2005).

In der durch die Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam formulierten Definition von Leitlinien heißt es unter anderem:

»Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.

Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.

Leitlinien sind Orientierungshilfen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.« (BÄK, KBV 1997)

Unter Berücksichtigung dieser Definitionen stellen Leitlinien eine Bündelung empirisch abgesicherten Behandlungswissens dar, die dem praktizierenden Psychotherapeuten als Orientierungshilfe dienen, welche aber – bezogen auf den Einzelfall – keineswegs bindend für das psychotherapeutische Handeln sein müssen.

Solange Leitlinien für die psychotherapeutische Behandlung in diesem Sinne erstellt werden, sind keinerlei Einwände zu erheben, da sie dem Psychotherapeuten Information über das Spektrum möglicher wissenschaftlich überprüfter psychotherapeutischer Interventionen liefern, er selbst jedoch den möglichen Nutzen bezogen auf den einzelnen Patienten einzuschätzen hat.

3. Zur Diskrepanz aktueller Leitlinien und der Komplexität von Psychotherapie in der Praxis

Die zentrale Problematik der gegenwärtig publizierten Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen ist weniger in dem Anliegen selbst als in der Art ihrer Umsetzung zu sehen. In dem Bestreben, praktizierenden Psychotherapeuten empirisch abgesicherte Handlungsempfehlungen an die Hand zu geben, findet eine drastische Einengung dessen statt, was Psychotherapie in der Praxis ausmacht.

Ausgangspunkt und gleichzeitige Hauptfehlerquelle ist das zugrunde liegende Verständnis von so genanntem evidenzbasierten Wissen. Auch hier liegt die Problematik nicht in der Forderung selbst, sondern in dem verkürzten Verständnis von Evidenz.

Im Auftrag der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie wurden im Jahr 2005 Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen herausgegeben. Grundlage dieser Leitlinien sind so genannte evidenzbasierte psychologische Therapien. Therapieverfahren wurden dann als evidenzbasiert eingestuft, wenn die Wirksamkeit in randomisierten kontrollierten Studien (RCT) bei klar beschriebenen Patientengruppen nachgewiesen werden konnte. Die Therapie sollte idealerweise in einer manualisierten Beschreibung vorliegen (vgl. de Jong-Meyer et al. 2005).

In der nachfolgenden Graphik wird eine Taxonomie der verschiedenen Evidenzgrade von Klinischen Studien, wie sie auch für die Erstellung der Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen zur Anwendung kam, wiedergegeben. Die Pfeile an den Rändern der Tabelle, die auf die Zu- bzw. Abnahme der internen und externen Validität hinweisen, wurden vom Autor hinzugefügt.

| | Evidenzgrad | Evidenzbasis | Beurteilung |
|------------------------|--------------------|--|---|
| ↑ Interne Validität | I a | Metaanalyse(n) über mehrere randomisierte, kontrollierte Studien | (I) wirksam |
| | I b | Mindestens zwei randomisierte, kontrollierte Studie(n) (RCT) aus unabhängigen Gruppen | |
| | II a | Eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT) | (II) möglicherweise wirksam |
| | II b | Serie von gut angelegten quasi-experimentellen Studien (Effectiveness Studie, prospektive Kohortenstudie, Fallkontrollstudien, experimentelle Einzelfallstudien) | |
| | III | Nicht-experimentelle oder deskriptive Studien (1-Gruppen-Prä-Post-Vergleiche, Korrelationsstudien) | (III) bislang ohne ausreichende Wirknachweise |
| | IV | Unsystematische Einzelfallstudien, Kasuistiken, Experten, Konsensuskonferenzen, klinische Erfahrung | |
| | | | ↓ Externe Validität |

Abb. 1: Evidenzgrade Klinischer Studien
(übernommen & modifiziert aus: de Jong-Meyer et al. 2005)

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, wird das anscheinend ideale Studiendesign zur Bestimmung der Wirksamkeit von Psychotherapie durch so genannte RCTs (randomized controlled trials) realisiert. Das Irreführende an dieser Tabelle stellt die Kategorie »Beurteilung« in der rechten Spalte dar, was ganz entscheidend die Psychotherapie der Zukunft prägen könnte. Wer die kontrovers geführte Diskussion zur Psychotherapieforschung der letzten Jahrzehnte nicht kennt, wird unbedarft nur die Verfahren favorisieren, die als »wirksam« eingestuft werden. Die Pfeile, die die Zu- bzw. Abnahme der internen und externen Validität abbilden, sollen verdeutlichen, dass bei der Beurteilung der Wirksamkeit eigentlich der Zusatz »unter Laborbedingungen« hinzugefügt werden müsste. Auf Grund der fehlenden externen Validität vor allem der Verfahren, die das Etikett »wirksam« erhalten, sind die aus RCTs abgeleiteten Wirksamkeitsprognosen für die psychotherapeutische Praxis nicht so ohne weiteres zulässig. Ziel von RCTs ist es, den Effekt einer bestimmten Intervention zu messen, indem Individuen zufällig der Behandlungsgruppe bzw. Kontrollgruppe zugewiesen werden. Im Sinne eines naturwissenschaftlichen Experiments sollen so gesetzmäßige Ursache-Wirkungs-Ketten aus der Masse zufälliger Korrelationen isoliert werden. Entsprechend dem medizinischen Modell wird dabei von der Behandlung isolierbarer Störungen und nicht von behandlungsbedürftigen Patienten ausgegangen. Um die vorliegende Reduktion von Psychotherapie zum Ausdruck zu bringen, wird hier nun bewusst folgende Formulierung gewählt: Die psychotherapeutische

Wirkung soll ausschließlich auf die manualtreue Applikation einer störungsspezifischen Therapie an einem monomorbiden Störungsträger zurückzuführen sein.

Auf dieser Grundlage werden in den Leitlinien für die Psychotherapie Affektiver Störungen die verschiedenen therapeutischen Ansätze gewürdigt und festgestellt, dass Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei allen und Interpersonelle Psychotherapie (IPT) bei fast allen Varianten der affektiven Störungen als »wirksam« einzustufen seien. Diese Aussage führt zu der Annahme, dass alle anderen Verfahren möglicherweise unwirksam sein könnten. Warum diese Feststellung zwar bezogen auf die verwendete Datenbasis richtig, als Empfehlung für die Praxis zu eng ausfällt, soll exemplarisch an den folgenden zwei ausgewählten Punkten verdeutlicht werden: Komorbidität und Allgemeine vs. Spezifische Wirkfaktoren.

3.1 Komorbidität

In einer Studie von Howard et al. wurden sowohl Daten der Epidemiologic Catchment Area (ECA) als auch des National Comorbidity Survey (NCS) analysiert und festgestellt, dass beide Datensätze die Annahme bestätigen, dass 56 – 60 % der untersuchten Population die Kriterien für mehr als eine Störung erfüllen (Howard et al. 1996). Diese Komorbiditätsraten korrespondieren mit den Ergebnissen einer umfangreichen epidemiologischen Untersuchung im deutschen Sprachraum, die eine ausgeprägte Lebenszeit- und Querschnittskomorbidität konstatieren (vgl. Wittchen & Jacobi 2001). So liegen laut dieser Studie die Komorbiditätsraten für Angststörungen, affektive Störungen und Substanzstörungen zwischen 40 % und 60 %. Psychotherapieverfahren, die unter Laborbedingungen unter Ausschluss komorbider Störungen evaluiert wurden, können vor dem Hintergrund dieser Komorbiditätsraten nur sehr begrenzten Aussagewert für die psychotherapeutische Praxis haben.

Es werden keine Ergebnisse berichtet über die Wirksamkeit von KVT oder IPT bei Patienten, die komorbid z. B. eine affektive Störung und eine Angststörung, oder die sowohl eine affektive Störung als auch eine Substanzabhängigkeit aufweisen. Ganz zu schweigen von Patienten, die komorbid die Kriterien einer affektiven Störung, einer Angststörung und einer Substanzabhängigkeit erfüllen. Im Sinne der von den Leitlinienautoren sich selbst auferlegten Exaktheit sollte zumindest erwartet werden können, dass diese nicht kontrollierten Interaktionseffekte erwähnt und die evidenzbasierten Empfehlungen entsprechend relativiert werden (vgl. Westen & Bradley 2005).

Viel grundsätzlicher muss jedoch gefragt werden, ob das Ziel, störungsspezifische Leitlinien für Psychotherapien zu erstellen, vor dem Hintergrund der faktischen Komorbiditätsraten überhaupt ein sinnvolles Anliegen sein kann. Niemand wird bestreiten, dass die Informationen,

die Psychotherapeuten für eine Behandlung benötigen, sich nicht in der Erhebung einzelner Syndrome erschöpfen, die dann ICD-Codes zugeordnet werden. Vielmehr sind neben dem psychopathologischen Befund auch Beziehungsmuster und –probleme im sozialen und beruflichen Umfeld, wirtschaftliche Belastungen sowie sonstige aktuelle Konflikte therapierelevante und auch therapiebestimmende Informationen.

Nach der bekanntesten Definition wird Psychotherapie u. a. als ein bewusster interaktioneller Prozess in Richtung auf ein möglichst gemeinsam erarbeitetes Ziel beschrieben, zu dem in der Regel eine tragfähige emotionale Bindung notwendig ist (Strotzka 1975). Diese hier wiedergegebenen Bestandteile der Definition weisen darauf hin, dass Psychotherapie ein hochgradig idiosynkratischer Prozess zwischen Psychotherapeut und Patient ist, bei dem die Störungszugehörigkeit nur einen Teil des gesamten Behandlungsverlaufs prägen wird. Diese Bestandteile der Psychotherapie verkommen in RCTs zu einer Ansammlung von Störvariablen, die idealerweise durch Manualisierung kontrolliert werden müssen (s. a. Auckenthaler 2000).

3.2 Allgemeine vs. Spezifische Wirkfaktoren

Nach einer Untersuchung von Lambert, Shapiro und Bergin (1986) kann ein Forschungsansatz, der ausschließlich die Wirksamkeit von Techniken bzw. Verfahren erfassen will, im Idealfall 15 % des Psychotherapieergebnisses aufklären. Nach Wampold beträgt die aufgeklärte Ergebnisvarianz sogar nur 8 % (Wampold 2001). In der Summe scheinen daher unspezifische Faktoren (z. B. Therapeut-Patient-Beziehung und Empathie, therapieunabhängige Veränderungen im Umfeld des Patienten oder auch reine Erwartungseffekte) einen weitaus größeren Einfluss auf das Therapieergebnis zu haben. Wirkfaktoren wie die Therapeut-Patient-Beziehung oder psychosoziale Belastungen, wenn sie in den Diagnosekriterien der jeweiligen Störung nicht aufgelistet sind, finden in dem für die Erstellung von Leitlinien gegenwärtig verwendeten Ansatz keine Berücksichtigung. Im Bemühen um empirische Exaktheit kehrt ein Großteil der Psychotherapieforscher zu der eigentlich überholt geglaubten Outcome-Forschung zurück und wählt mit den RCTs einen Zugang zur Wirksamkeitsforschung, deren interne Validität durch die laborähnlichen Rahmenbedingungen so hoch gehalten wird, dass sehr viele Zwischenschritte notwendig wären, um die so gewonnenen Ergebnisse überhaupt zu praxisrelevanten Erkenntnissen transformieren zu können. Von den Vertretern dieses Forschungsansatzes, die um derart große Genauigkeit bemüht sind, sollte eigentlich erwartet werden können, dass sie selbst die Einschränkung ihrer Ergebnisse für die Praxis benennen.

Stattdessen werden diese Ergebnisse, die der psychotherapeutischen Grundlagenforschung zuzuordnen sind, als Leitlinien veröffentlicht.

4. Die zunehmende Kluft zwischen «offizieller Psychotherapie» und «angewandter Psychotherapie»

Die Basis, auf der gegenwärtig Leitlinien entwickelt werden, stellt eine konsequente Fortführung eines bereits andauernden Prozesses dar, der dadurch gekennzeichnet ist, dass sich die Außendarstellung von Psychotherapie immer weiter von der praktizierten Psychotherapie entfernt. Die Tatsache, dass Psychotherapie 1967 als Regelleistung in die gesetzliche Krankenversorgung aufgenommen wurde, beruhte auf der Feststellung, dass durch die Anwendung von Psychotherapie Krankheiten im Sinne der RVO geheilt oder gebessert werden. Die Reduktion von Psychotherapie auf Krankenbehandlung findet sich bis heute in allen Überarbeitungen der Psychotherapie-Richtlinien (Helle 1998). Gleichzeitig war ein solches Verständnis für die Aufnahme als Regelleistung notwendig, da Anspruch auf kassenärztliche Leistung nur für Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten besteht. Für die Integration in die kassenärztliche Versorgung war daher eine enge Verknüpfung von Psychotherapie mit dem medizinischen Krankheitsmodell erforderlich. Dieses verkürzte Verständnis fand seine Fortführung mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes, in dem Psychotherapie beschrieben wird als: » jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist« (PsychThG, §1, Abs. 3). Auch in diesem Verständnis ist die Analogie zum Medikament nicht zu übersehen. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verlangt nach §11 PsychThG für den Nachweis der Wissenschaftlichkeit, dass Studien zur Wirksamkeit vorzulegen sind. Um den Mindestanforderungen zu genügen, müssen Studien, die nach 1990 publiziert wurden, den Kriterien der RCTs entsprechen. Die Gleichsetzung von Wirksamkeitsnachweis und Wissenschaftlichkeit wurde zwar vielfach kritisiert; blieb aber bisher ohne Folgen (vgl. Hentze 2000; Kriz 2000).

Die Entwicklung der Psychotherapie seit den 60er Jahren liest sich unter dem Aspekt der Professionalisierung wie eine Erfolgsgeschichte. Die Etablierung des Berufsstandes der Psychologischen Psychotherapeuten und die Integration von Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung tragen wesentlich zum heutigen Ansehen der Psychotherapie bei. Das Fatale an dieser Erfolgsgeschichte ist die Tatsache, dass sie durch eine Außendarstellung

ermöglicht wurde und wird, welche in vielen Teilen nicht das widerspiegelt, was Psychotherapie in der Praxis kennzeichnet.

In der Konsequenz haben sich parallel zwei Welten entwickelt: die »offizielle Psychotherapie« und die »angewandte Psychotherapie«.

Die offizielle Psychotherapie ist eng an das medizinische Modell angelehnt. Sie arbeitet störungsspezifisch, heilt Krankheiten und wirkt durch spezifische Interventionen. In diesem Modell ist die traditionelle Psychotherapieforschung zu verorten, welche die Basis der aktuellen Leitlinien darstellt.

Die angewandte Psychotherapie findet ihre Entsprechung im Kontextuellen Modell (vgl. Wampold, 2001; Berns, 2006). Das Psychotherapieverständnis im Sinne dieses Modells ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

emotional bedeutsame Bindung des Klienten an den Therapeuten, anhaltendes Bemühen des Therapeuten, den Klienten erfahren zu lassen, dass er um seine Heilung bemüht ist und er seine Persönlichkeit zu dessen Besten einsetzt, durch eine Behandlungskonzeption, die auf einem Verständnis der Symptome des Klienten beruht.

Bisher war es für die Mehrheit der praktizierenden Psychotherapeuten möglich, in dem Spannungsfeld dieser beiden Welten ungestört der eigenen psychotherapeutischen Arbeit nachzugehen.

Das ungestörte Nebeneinander dieser Welten scheint sich nun zunehmend aufzulösen. Der Einfluss des medizinischen Modells bzw. der offiziellen Therapie hinterlässt mittlerweile in der angewandten Psychotherapie seine Spuren. Der Verdrängungsprozess der Systemischen Therapie und Gesprächspsychotherapie aus der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unter dem Hinweis der fehlenden Wissenschaftlichkeit bzw. Indikationsbreite ist nur ein Beispiel hierfür.

5. Ausblick

Sollten Psychotherapie-Leitlinien, so wie sie gegenwärtig erstellt werden, in die Praxis implementiert werden, wird dies einen weiteren Akt der Festschreibung des medizinischen Modells bedeuten, was wiederum enorme Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung aber auch auf die zukünftige Psychotherapieausbildung haben wird.

Während in den 80er Jahren noch beklagt wurde, dass die Erkenntnisse der Psychotherapieforschung zu wenig Beachtung in der Ausbildung von Psychotherapeuten

finden, muss heute dagegen befürchtet werden, dass die zukünftigen Ausbildungscurricula entscheidend durch Psychotherapieforschung geprägt sein könnten (Henry 1998).

In einer erst kürzlich veröffentlichten Untersuchung wurde ein folgenreicher Zusammenhang zwischen Kostenträgern (Versicherungen) und Psychotherapeuten herausgearbeitet.

Psychologen versorgen Kostenträger mit der Information, dass es sich bei der kognitiv-behavioralen Psychotherapie um ein evidenzbasiertes Verfahren (Empirically Supported Therapy) handelt. Diese Information prägt in der Folge die Wirklichkeit dahingehend, dass für Versicherungen nur noch kognitiv-behaviorale Psychotherapien im psychotherapeutischen Leistungsspektrum berücksichtigt werden. Ein befragter psychodynamisch arbeitender Psychotherapeut erklärte, sich zukünftig nur noch als Verhaltenstherapeuten auszugeben, um so die Kostenübernahme seiner Psychotherapien zu sichern. Sowohl die übermittelte Information durch Psychologen als auch deren Reaktion auf die selbst zu verantwortenden Konsequenzen entwickeln eine Eigendynamik, die Dritte in der Annahme bestätigen, dass die große Mehrheit der Psychotherapeuten Verhaltenstherapeuten seien und KVT das einzige evidenzbasierte Verfahren sei (Greer & Rennie 2006).

Diese Dynamik könnte sich mit den Psychotherapie-Leitlinien wiederholen. Kostenträger wollen sicherstellen, dass die für psychotherapeutische Behandlungen aufgewendeten Mittel optimal eingesetzt werden. In Zukunft werden sie daher ihre Informationen auch über publizierte Leitlinien beziehen. Umso wichtiger ist es, dass diese Leitlinien – entsprechend der eingangs wiedergegebenen Definition – wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen sind, die aus der psychotherapeutischen Praxis heraus entwickelt und dort auch evaluiert werden.

Literaturverzeichnis:

- Andersen, H. C. (1966). Des Kaisers Neue Kleider. In Nasza Kisięgarnia (Hg.) Christian Andersen Märchen. Warschau (Nasza Kisięgarnia), S. 114 – 118.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften /AWMF (2005): Wissenschaftlich begründete Leitlinien für Diagnostik und Therapie. (URL: <http://www.awmf-online.de/>; Zugriff: 13.11.2005.
- Auckenthaler, A. (2000): Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen. In: Hermer, M. (Hg) Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhundert. Tübingen (DGVT), S. 213 – 223.
- Berns, U. (2005): Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. Psychotherapeut, 51, 26 – 34.
- Bundesärztekammer, kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.) (1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Deutsches Ärzteblatt, 94, A 2154 – 2155, B 1622 – 1623, C-1754-1755.
- Greer, L.-A. & Rennie, D. L. (2006): Providers' and payers endorsement of empirically supported therapy: A power-knowledge relationship? Psychotherapy Research 16 (1), 67 – 79.
- Helle, M. (1998): 30 Jahre Psychotherapie-Richtlinien: Entstehung, Entwicklung und Folgen. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 3, 153-162.
- Hentze, K.-O. (2000): Rechtsgutachterliche Stellungnahme zum Votum des »Wissenschaftlichen Beirates bei der Bundesärztekammer« zur Gesprächspsychotherapie. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 1, 3 - 4.
- Henry, W. P. (1998): Science, Politics, and the Politics of Science: The use and misuse of empirically validated treatment research. Psychotherapy Research 8 (2), 126 – 140.
- Howard, K. I.; Cornille, Th. A.; Lyons, J. S.; Vessey, J T.; Lueger, R J. & Saunders, S. M. (1996): Patterns of health service utilization. Archives of General Psychiatry 53, 696 – 703.
- Jong-Meyer, R. de; Hautzinger, M.; Kühner, C. & Schramm, L. (2005): Leitlinien: Psychotherapie Affektiver Störungen. Im Auftrag der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. (URL: <http://www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/dateien/leitlinien2004ptllversionmrz05.pdf>; Zugriff am 13.02.2006)
- Kriz, J. (2000): Perspektiven zur »Wissenschaftlichkeit« von Psychotherapie. In: Hermer, M. (Hg) Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhundert. Tübingen (DGVT), S. 43 – 66.

- Lambert, M. J.; Shapiro, D. A. & Bergin, A. E. (1986): The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Hg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior change, New York (Wiley), S. 157 – 212. (3rd ed.).
- Strotzka, H. (1975): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Berlin (Urban & Schwarzenberg).
- Wampold, B.E. (2001). The great psychotherapy debate. London (Lawrence Erlbaum Associates).
- Westen, D. & Bradley, R. (2005): Empirically supported complexity – rethinking evidence-based practice in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science* 14, 266-271.
- Westen, D.; Novotny, C. M. & Thompson-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 (2003): Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.9.2003). (URL: <http://www.wbpsychotherapie.de/>; Zugriff: 13.02.2006).
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000.