

Vorwort

Am 22.6.03 hat der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin zusammen mit dem Ausschuss „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“ eine Podiumsdiskussion veranstaltet zum Thema: Praxis und Wissenschaft – Zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren. Daran nahmen die Professoren Dr. phil. Michael B. Buchholz (Göttingen), Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden (Berlin) für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, Dr.rer.soc. Dirk Revenstorf (Tübingen), Dr. jur. Robert Francke (Bremen) und Dipl.-Psych. Bernd Fliegner (Vorsitzender des Ausschusses „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“ der PTK Berlin) teil. Ihre Beiträge sind im Folgenden ebenso dokumentiert wie die sich anschließende Diskussion, an der sich auch das Auditorium beteiligt hat. Moderiert wurde die Veranstaltung von der Journalistin Gundel Köbke.



*M. Linden (stehend),
Podium v. links: B. Fliegner, G. Köpke, D. Revenstorf,
M. Buchholz*

Foto: R. Brühl

Der Veranstaltung ging eine intensive und kontroverse Auseinandersetzung im Kammerausschuss „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“ voraus, dessen Mehrheitsposition sich in dem Statement von Bernd Fliegner weitgehend widerspiegelt.

In ihrem Grußwort zur Eröffnung der Veranstaltung hat die Präsidentin der Berliner Psychotherapeutenkammer Gisela Borgmann darauf hingewiesen, dass „Die Psychotherapie ... eine Forschung (braucht), die neue Ansätze aufgreift und die Weiterentwicklung fördert“ und „... dass heute einige Heilungsansätze ausgeschlossen sind, die als hinreichend bewährte psychotherapeutische Interventionen bekannt sind“. In ihrer über 100-jährigen wissenschaftlichen Tradition hat die Psychologie und Psychotherapie eine große Heterogenität der verschiedenen Ansätze hervorgebracht, von denen Frau Borgmann vier Grundrichtungen hervorhob:

- Analytische und tiefenpsychologische Ansätze
- Verhaltenstherapeutische Ansätze

- Humanistische Ansätze
- Systemische Ansätze.

In Anbetracht der im Herbst 2003 anstehenden Neubesetzung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) hat die im Folgenden dokumentierte Debatte einen besonderen wissenschaftlichen und politischen Stellenwert. Nach der Geschäftsordnung des WBP von 1998 ist er nur für die ersten fünf Jahre bei der Bundesärztekammer organisatorisch-administrativ angebunden, danach kann die Anbindung wechseln. Die im Mai 2003 gegründete Bundespsychotherapeutenkammer hat sich dazu bereit erklärt. Es besteht also die historische Chance, die bisherige Arbeit des WBP kritisch zu würdigen und entsprechende Konsequenzen für die Zukunft zu ziehen.

Wenn man die auf der Podiumsdiskussion mehrheitlich vertretene und wissenschaftlich begründete Position zur Grundlage nimmt, dann scheinen sowohl inhaltliche Reformen der bisherigen Wissenschaftskriterien des WBP als auch personelle Veränderungen unabweisbar.

Viele der über 3.000 Berliner Kammermitglieder stellen uns häufig die Frage, wieso sich in der sogenannten Richtlinienpsychotherapie und in den vom WBP zur vertieften Ausbildung empfohlenen Verfahren diese Vielfalt nicht bzw. noch nicht widerspiegelt. In den verschiedenen Beiträgen der Referenten wird diese wichtige Frage sowohl aus gemeinsamer als auch aus unterschiedlicher Perspektive beantwortet.

Manfred Thielen
Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Berlin, Ressort „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“

Aufgaben und Arbeitsweise des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Michael Linden

Im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 16.06.1998 ist „heilkundliche Psychotherapie“ als Ausübung „wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren“ zum Zwecke der Krankenbehandlung definiert. Im § 11 des gleichen Gesetzes ist festgelegt, dass die „wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens. auf der Grundlage eines Gutachtens eines Wissenschaftlichen Beirates“ zu treffen ist. Dieser Beirat wurde am 07.10.1998 konstituiert und ist paritätisch von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt.

Nach der am 11.01.1999 verabschiedeten Geschäftsordnung des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP)“ setzt ein Urteil über die wissenschaftliche Anerkennung einer Psychotherapie als Heilverfahren Festlegungen voraus 1. über Kriterien zur Beurteilung psychotherapeutischer Verfahren und ihrer Anwendung, 2. über die Beurteilung von Methoden und Forschungsstrategien zur Evaluation psychotherapeutischer Verfahren, 3. über den Nachweis der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit einzelner psychotherapeutischer Verfahren, 4. über die berufliche Ausübung und fachliche Anwendung von Psychotherapie, 5. über die Indikation einschließlich Indikationsgrenzen psychotherapeutischer Verfahren, 6. über die Qualifikationsvoraussetzungen von Psychotherapeuten bei der Anwendung psychotherapeutischer Verfahren und 7. über die therapeutische Versorgungssituation, in die ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren eingebracht werden soll.

Zur Beurteilung einzelner psychotherapeutischer Verfahren i.S. der heilkundlichen Psychotherapie hat der Wissenschaftliche Beirat Verfahrensgrundsätze als Anhang zur Geschäftsordnung publiziert. Danach gilt, dass eine Psychotherapie nicht als theoretisches Verfahren an sich geprüft werden kann, sondern als eine Behandlungsmethode, die von entsprechend ausgebildeten und qualifizierten Therapeuten im Rahmen des deutschen Gesundheitswesens angewandt und inhaltlich vertreten wird. Daraus ergibt sich, dass der Wissenschaftliche Beirat seine Begutachtung ausschließlich auf die Informationen stützt, die von deutschen Vertretern einer jeweiligen Psychotherapierichtung mit Blick auf die Anwendung als Heilverfahren in Deutschland vorgelegt werden. In der Regel werden wissenschaftliche Fachgesellschaften als Vertreter einer bestimmten Therapierichtung angesehen.

Die Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung erfordert Informationen zu einer Reihe von Punkten, die der WBP in einem Leitfaden am 23.02.1999 publiziert hat. Der Name, die Definition und eine detaillierte

Beschreibung des Verfahrens müssen vorgelegt werden. Ohne dass nachvollziehbar ist, worum es geht, ist auch keine Beurteilung möglich. Es muss der Indikationsbereich des Verfahrens mit störungsbezogenen Indikationen, sonstigen Indikationskriterien und Kontraindikationen dargelegt werden. Ohne dass klar ist, bei welchen Krankheiten die Therapie nutzbringend sein soll ist ebenfalls keine Beurteilung möglich. Unverzichtbar für eine Anerkennung als heilkundliche Psychotherapie ist der mit wissenschaftlichen Methoden geführte Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsnachweis in der Krankenbehandlung. Eine Psychotherapie, von der nicht bekannt ist, dass sie Krankheitszustände positiv und nicht negativ beeinflusst, darf aus ethischen und finanziellen Gründen nicht an kranken Menschen zur Anwendung kommen.

Wenn eine Ausbildung in einem Psychotherapieverfahren zur Approbationsreife führen soll, dann ist eine wissenschaftliche Anerkennung als sog. Grundverfahren erforderlich. Dies setzt voraus, dass das Psychotherapieverfahren nicht nur für eine einzelne Störung wirksam ist, sondern dass damit ein breiteres Spektrum an Erkrankungen behandelbar ist. Unter Praxisbedingungen werden Psychotherapeuten auch nicht nur mit einer Störung konfrontiert, sondern mit sehr unterschiedlichen. Als Mindestanforderung wird daher verlangt, dass für mindestens fünf aus den zwölf Hauptanwendungsbereichen der ICD 10 jeweils mindestens drei Studien mit methodisch adäquatem Wirksamkeitsbeleg vorliegen. Dies ist vergleichsweise wenig, wenn man bedenkt, dass nach dieser Regel ein Verfahren zum Einsatz in der Krankenbehandlung empfohlen werden kann, dass für die Mehrzahl der zur Behandlung kommenden Störungen keine belegte Wirksamkeit hat. Daneben gibt es auch eine wissenschaftliche Anerkennung als indikationsbegrenztes Verfahren, für das es nur in einzelnen Indikationsbereichen adäquate Wirksamkeitsnachweise gibt. Solche Verfahren können dann nicht Grundlage für eine zur Approbation führende Therapeutenausbildung sein. Wenn ein approbierter Psychotherapeut solche „wissenschaftlich anerkannten“ Einzelverfahren anwendet, dann stellt dies jedoch keinen Heilversuch mehr dar.

Bezüglich des Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsbelegs hat der WBP folgende Mindestanforderungen an entsprechende wissenschaftliche Studien benannt: 1. Es sollte mindestens ein objektivierbares Outcome-Kriterium genannt werden. Studien die nicht sagen und nicht interindividuell, d.h. objektiv nachvollziehen lassen, worin eine evtl. Änderung eigentlich bestehen könnte taugen nicht zum Wirksamkeitsbeleg. 2. Das Outcome-Kriterium muß einen Bezug zur Krankenbehandlung haben. Heilkundliche Therapie dient der Krankenbe-

handlung und nicht der Lebensberatung usw. Es muß daher aus der Arbeit zu erkennen sein, dass eine Krankheit und welche Krankheit Anlass der Behandlung war. 3. Es sollte bei Behandlungsbeginn mindestens ein Behandlungsziel festgelegt worden und der Grad der Erreichung sollte objektiv feststellbar sein. Eine Therapieeinleitung ist nur dann ethisch, juristisch und sozialrechtlich erlaubt, wenn es vor Behandlungsbeginn eine begründete Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg gibt. Krankheit an sich kann noch keine Behandlungsindikation begründen. Wirksamkeitsstudien müssen daher klar machen, was man sich erwartet hat und was tatsächlich erreicht wurde. 4. Die Studie muss plausibel machen, dass eine Veränderung im Zustand des Patienten therapiebedingt und nicht eine Spontanveränderung war. Daher sind auch reine "Praxisstudien", "Beobachtungsstudien" oder "Anwendungsbeobachtungen" nicht zielführend. Wenn in solchen Studien beobachtet wird, dass ein Krankheitszustand unter einer Behandlung besser wird, dann ist die Nullhypothese, dass der Spontanverlauf noch besser gewesen wäre, wenn keine Therapie stattgefunden hätte. Eine beobachtete Besserung kann ebenso gut Ausdruck einer Patientenschädigung, wie einer fehlenden Therapiewirkung wie einer Heilung sein. Aus der Studie muss ableitbar sein was stimmt, d.h. sie muss erlauben die Nullhypothese zurückzuweisen. Dem WBP genügt es, wenn ein solcher Beleg an ausgewählten, ggfls sogar "guten" Patienten geführt wird. In der öffentlichen Kritik am WBP wird gelegentlich zu

Recht darauf hingewiesen, dass solche ausgewählten Studienpatienten nicht den in der Praxis zur Behandlung kommenden multimorbiden und komplexen Fällen entsprechen. Das ist richtig. Bei solchen Fällen wären Therapieerfolge üblicherweise noch schwerer zu erreichen, weshalb der WBP sich mit den geringeren Anforderungen zufrieden gibt. Wenn Studien mit komplexen Krankheitsfällen vorgelegt würden, was bislang nicht geschehen ist, dann würden sie selbstverständlich hoch gewichtet.

Zusammenfassend muss darauf hingewiesen werden, dass das PsychThG in das gesamte Heilkunderecht, einschließlich Straf-, Sozial- oder Vertragsrechtsvorschriften eingebettet ist und als wesentliches Ziel die Qualitätssicherung im Bereich der Psychotherapeutischen Heilkunde hat. Daher ist die Voraussetzung zur Durchführung der heilkundlichen Psychotherapie an die Approbation gebunden worden. Daher begründet sich die Forderung, dass Patienten nicht mit jeder Art von "psychischer Intervention" (z.B. nach Anzeigen in einer Ausgabe der Zeitschrift "Zitty": Augenblicksastrologie, Schöpfungsstrahl, Berührung in Verehrung, Transmissionsmeditation, Erfolgszauber) behandelt werden dürfen sondern nur mit "wissenschaftlich anerkannten" Verfahren. Das bedeutet, dass mit anerkannter wissenschaftlicher Methodik die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit als Heilverfahren wahrscheinlich zu machen ist. Es geht nicht darum, ob eine Psychotherapie wissenschaftlich interessant ist.

Empirische Forschung und professionelle Psychotherapie – ein nicht-hierarchisches Verhältnis

Michael B. Buchholz

Man muss das Verhältnis des Wissenschaftlichen Beirats zur Psychotherapie von einer grundsätzlichen Überlegung her auffassen: Es gibt eine generelle Differenz zwischen dem, was empirische Forscher und dem, was Professionelle Psychotherapeuten tun. Forscher müssen zur Lösung eines Problems den Forschungsstand ermitteln, eine Forschungslücke feststellen, Anträge für Drittmittel schreiben, ihre Überlegungen und Ergebnisse intern auf Kongressen diskutieren und vorstellen sowie die Mittelverwendung rechtfertigen. Deshalb ist Forschung in der Psychotherapie Zeit verbrauchend und zugleich nicht unter Handlungsdruck – das ist für Professionelle Psychotherapeuten anders. Wollten sich Professionelle Psychotherapeuten wie empirische Forscher verhalten, würden sie schnell den Problembesitzer verlieren. Wollten sie ihre Psychotherapie nur und ausschließlich allein auf das gesicherte Wissen der empirischen Forschung stützen, könnten sie das nicht tun, was sie tun; ihre Praxis würde sich rapide

verschlechtern. Sie könnten nicht einmal entscheiden, ob es hilfreich ist oder nicht, einen Patienten zu begrüßen, ihm ein Taschentuch beim Weinen zu reichen oder nicht – zu all solchen Fragen hat die Forschung nichts beizutragen. Der Präsident der internationalen „Society of Psychotherapy Research“, Marvin Goldfried (2000) hat deshalb in seiner „presidential address“ zum Jahrtausendbeginn richtig formuliert, die Forschung in der Psychotherapie sei „infant science“. Er hat festgestellt, es gäbe „differing social systems within which psychotherapy researchers and practicing psychotherapists function“. Empirische Forscher und Professionelle Psychotherapeuten leben in verschiedenen sozialen Welten. Wirft man einen Blick in die Soziologie der Professionen – dazu zählen Ärzte, Manager, Lehrer, im Labor Arbeitende, Programmierer, aber natürlich auch Psychotherapeuten etc. – dann kann man leicht feststellen, dass Profession und Forschung dort selbstverständlich unterschieden werden (s. dazu: Buchholz 1999: Psychotherapie als Profession).

In der Wissenschaft gelten andere Karrieremuster, Zitiergepflogenheiten, Statushierarchien und Seilschaften – das hat Folgen. Empirisch gesichertes Wissen wird in nicht geringem Umfang in Form von Diplom- und Doktorarbeiten erarbeitet, also von noch vergleichsweise jüngeren Menschen. Sie lernen die Rezeptionssysteme der Wissenschaft im eigenen Karriereinteresse zu nutzen, indem sie jene Arbeiten anfertigen, die vergleichsweise einfache empirische Ermittlungen gestatten und eindeutige Ergebnisse zu liefern versprechen. Und sie zitieren diejenigen, die mit diesen Prozeduren erfolgreich waren.

In der Professionellen Psychotherapie hingegen ist Forschung aufwendig, die Befunde sind ambivalent, die Karrieremuster sind nicht an empirische Arbeiten geknüpft, es werden andere Kenntnisse und Fertigkeiten verlangt.

Aus dieser unübersehbaren Differenz von Forschung und Profession ergibt sich die Folgerung, dass der WB auf die berufspolitische Idee, Professionelle Psychotherapie lasse sich *global* durch Einsatz empirischer Befunde, umgesetzt in Therapie-Manuale, steuern, grundsätzlich verzichten muss (Fürstenau 2002). Empirische Forschung und Professionelle Psychotherapie befinden sich nicht in einem hierarchischen Verhältnis zueinander, in dem die Wissenschaft „überlegen“ gegenüber der Praxis phantasiert wird (Reiter und Steiner 1996). Vielmehr muss man von einem Nebeneinander ausgehen und die hierarchische Vorstellung als Teil des Problems, nicht als dessen Lösung ansehen. Das schließt die Forderung nach Anerkennung professionellen Wissens und Könnens ein, nicht aus.

Es gibt Stimmen auf Seiten der Forschung, die deutlich davor warnen, Professionelle Psychotherapie durch empirische Forschung zu dominieren. Ein höchst angesehener empirischer Forscher, William Henry (1998, S. 126), Mitautor der großen Vanderbilt-Studien in den USA, schrieb eine Warnung vor „pseudo science“ und beginnt mit den dramatischen Worten:
 "If I had given this talk several years ago, I might have said that my greatest fear was that psychotherapy research would have no effect on clinical training. Today, my greatest fear is that it will - that psychotherapy research might actually have a profoundly negative effect on future training."

Hier wird klar vor einer hierarchischen Dominanz empirischer Forschungsbefunden gegenüber den professionellen Erfordernissen gewarnt. *Empirische Forschung kann Professionelle Psychotherapie irritieren, nicht aber determinieren.* Haltbar ist eine nicht-hierarchische Konzeptualisierung von empirischer Forschung und Professioneller Psychotherapie: Wissenschaft produziert nicht überlegenes, sondern anderes Wissen. Hier ist ein Blick in Nachbargebiete höchst lehrreich. Die Diskussion um die „Anwendung“ sozi-

alwissenschaftlicher Ergebnisse etwa hat das deutlich gezeigt. Die Förderung durch die Deutsche Forschungsgesellschaft begann mit dem anspruchsvollen Titel „Angewandte Sozialwissenschaft“, der Zwischenbericht stellte „Wissenschaft und Praxis“ nebeneinander und Bonß und Hartmann (1985) publizierten am Ende ernüchtert „Entzauberte Wissenschaft“. (vgl. Wolff 1994). Wingens (1997) stellt mit Blick darauf fest, Professionen nutzen jenes wissenschaftliche Wissen, das ihren Belangen entspricht; d.h. sie selbst konstruieren wissenschaftliches Wissen gemäß eigenen Rezeptionserfordernissen. So sahen es auch schon Grawe et al. (1990, S. 295) zur Zeit der Berner Psychotherapiestudie: „Vorangegangene Forschungserfahrungen ... haben uns gelehrt, dass in empirischen Untersuchungen festgestellte Therapieeffekte nicht einfach als Michael B. Buchholz im Gespräch mit Manfred Thielen



gefundene Fakten über die Wirkungen der untersuchten Therapien genommen werden dürfen, sondern in einem sehr weiten Sinne als *vom Untersucher hergestellte Produkte* zu betrachten sind. Sie hängen von den angewandten Therapien und zudem in stark von den Mess- und Auswertungsmethoden ab, die zu ihrer Herstellung verwendet wurden“

Wissenschaftliches Wissen ist demnach nicht einfach Tatsache, sondern „vom Untersucher hergestellte Produkte“. Die Rede von einem „Transfer“ empirischen Wissens in die Profession verbietet sich daher von selbst. Das Wort „Transfer“ suggeriert eine Art Transportband für das Wissen und kann das Problem dann immer nur darin sehen, dass das empirische Wissen noch nicht verbreitet genug ist – das aber ist *nicht* das Problem. Das wissenschaftliche Ergebnis ist ein mit den Mitteln der Wissenschaft hergestelltes, das in anderen Bereichen wie den Professionen nur unter besonderen Bedingungen überhaupt zur Kenntnis genommen wird. Dort aber werden andere Befunde und andere Kompetenzen benötigt. Wolff (1994) sieht die Diskussionen in der Psychotherapie um ihre Wissenschaftlichkeit analog zu den sozialwissenschaftlichen Erfahrungen – man kann also von solchen Erfahrungen lernen.

Professionelle brauchen Handlungsspielräume, in denen sie gemäß ihrer Ausbildung, ihrem „Materialge-

fühlt“ (so der frühe Professionsforscher Polanyi 1958), ihrem Ethos und ihrer persönlichen Verpflichtung gegenüber ihrem Klienten frei handeln können. Für das Verhältnis von empirischer Forschung und Professioneller Psychotherapie habe ich (Buchholz 1999) die Formel entwickelt, Professionen haben Wissenschaft in ihrer Umwelt und beide können sich gegenseitig beobachten. Das schließt ein, dass auch Professionelle Psychotherapeuten empirische Forschung beobachten; sie fanden meistens die Forschung irrelevant. Das hat sich unter dem *politischen und ökonomischen* Druck derzeit massiv verändert. Ich nenne ein Beispiel für die Beobachtung der Forschung durch die Profession:

Die Expertise von Frau Kröner-Herwig zur Verhaltenstherapie, die dem WBP derzeit vorliegt, nennt auf S. 50 eine Studie von Evans et al., wonach VT bei „schweren Persönlichkeitsstörungen“ im Durchschnitt mit 2,7 Stunden auskomme. Ihr zusammenfassender Kommentar lautet: „Die benötigte Sitzungszahl liegt deutlich unter 20 Stunden, daher kann die Behandlung als kosteneffektiv gelten“. Ein solcher Befund mag wie auch immer „hergestellt“ sein; es muss bedacht werden, es geht um schwere Persönlichkeitsstörungen! Was soll man sich unter einem solchen Ergebnis von „2,7 Sitzungen“ eigentlich vorstellen? Eine Stunde Diagnostik, eine Stunde Behandlung und 0,7 Stunden abschließende Evaluation? Dass die Verfasserin einer solchen Expertise nicht ein einziges kritisches Wort zur Fragwürdigkeit eines solchen Befundes verliert, bringt sie an den Rand dessen, wo sie allen Glaubwürdigkeitskredit zu verlieren droht. Mit dem angefügten Hinweis auf die Kosteneffektivität gerät der Wissenschaftliche Beirat, wenn er sich solchen Expertisen denn anschließen sollte, in die Gefahr, eher ein *ökonomischer* Beirat zu werden, der die Aufgaben der Versicherungswirtschaft übernimmt und wissenschaftliche Belange missachten würde. Die jedoch sind breiter, als Studienevaluationen entgegen zu nehmen.

Weitere Unterscheidungen

Das schließt vor allem eine Unterscheidung zwischen nützlichem und nicht-nützlichem Wissen (Reiter 1995) ein, denn Professionelle Psychotherapeuten verwenden vielerlei Wissen, das in der empirischen Forschung nicht vorkommt. Die Forschung freilich kann verlangen, dass erwiesenermaßen falsche Theorien nicht mehr in der Behandlung verwendet werden; sie kann nicht verlangen, „richtige“ empirische Theorien zu verwenden, weil in der Professionellen Praxis ganz andere Momente zum Zuge kommen, als Theorien anzuwenden oder gar sie zu überprüfen. George Steiner (1999) hat einmal für die gesamten „humanities“ formuliert, hier seien Theorien nichts anderes als Intuitionen, die sozusagen die Geduld verloren hätten. In der Professionellen Psychotherapie werden Theorien nicht

primär danach beurteilt, ob sie wahr oder falsch sind (wie im Funktionssystem der empirischen Forschung), sondern danach, ob sie die persönliche Sensibilität fördern oder blockieren und danach, ob sie ein gegebenes Handlungsproblem handhabbar machen. Deshalb gibt es in der Profession eine Unmenge von nebeneinander bestehenden Teiltheorien, die ähnliche Bereiche abdecken und es gibt eine noch viel größere Menge von unformulierten privaten Theorien, die sich dem einzelnen Professionen als nützlich und brauchbar erwiesen haben, an denen er sich orientiert, ohne sie unbedingt ausformulieren zu können.

Die fast ausschließliche Orientierung am (deklarativen) Wissen ist selbst schon ein wissenschaftsdominierter „bias“, weil es in der Professionellen Psychotherapie auf eine ganz andere Unterscheidung ankommt, auf die Unterscheidung von „Können und Nicht-Können“.

Hier geht es nicht um deklaratives Wissen, sondern um den (operativen) Vollzug. Die folgenden Merkmale lassen sich bestimmen. Professionelles Können ist

- personengebunden und braucht zu seiner Ausbildung auch in anderen Professionen etwa 8-10 Jahre.
- Wissen, aber nicht unbedingt diskursiv formulierbar.
- bewährt sich in der Handhabung bestimmter Situationen.
- ist auf die Mitarbeit der Klienten angewiesen und muss diese „gekonnt“ aktivieren, indem diese von der Prozedur überzeugt werden, indem ihnen ein Zusammenhang zwischen „Methode“ und „Problem“ plausibel gezeigt wird.
- ist nur operativ aktualisierbar.
- ist nur im Vollzug beobachtbar.

Schon diese Auflistung macht verständlich, dass die Auffassung, Psychotherapie sei „Problemlösen“ von einem rationalistischen „bias“ bestimmt ist. Die Untersuchungen von D.A. Schön (1983) haben gezeigt, dass ca. 80% von dem, was Professionelle in den verschiedensten Bereichen tun, als „Umwandlung“ bezeichnet werden muss: eine oft nur diffus beschreibbare „Lage“ muss überhaupt erst einmal in ein formulierbares „Problem“ verwandelt werden. Professionelles Denken ist mehr als „Probieren“, es sucht nach anderen Formulierungen, nutzt eine bilder- und metaphernreichen Sprache (Buchholz 2003), es „schwimmt mit der Situation mit“ und ist also alles andere als eine „gezielte Intervention“ (was auch eine, freilich krieglerische Metapher, ist).

Zur Evaluation professionellen Könnens

Daraus ergeben sich nun zwanglos Kriterien für eine Evaluation professionellen Könnens:

1. Sind die Äußerungen des Therapeuten (T) geeignet, eine solche Umwandlung anzuregen?

2. Gelingen dem T neue Situationsdefinitionen und sind diese anschlussfähig an den Patienten? Hier gibt es eine „optimale Distanz“, die einhalten zu lernen einen guten Therapeuten kennzeichnet; es geht weder darum, mit dem Patienten völlige Übereinstimmung herzustellen noch ihm eine „richtige“ Sicht der Dinge aufzunötigen.
3. Lassen die Äußerungen von T eine Gesamtkonstruktion der „Lage“ des Patienten erkennen? Schaffen seine Irritationen produktive Anregungen?
4. Ist die sich abzeichnende Problemkonstruktion überhaupt so angelegt, dass Lösungen gefunden oder erfunden werden können?
5. Welche Reflexionen werden angeregt, welche neuen Handlungen stimuliert, welches neue Selbstbild kann der Patient kreieren?
6. Wie engagiert sind die Beteiligten und wie reflektieren sie dieses Engagement?
7. Natürlich sind das nur unzureichende Bestimmungen der professionellen Leistung, nähere Ausführungen finden sich in meinem erwähnten Buch (Buchholz 1999). Hier müssen diese Bestimmungen reichen, um meine Formel zu begründen, dass Psychotherapie *allgemein* nicht definiert, wohl aber individuell immer realisiert werden kann. Psychotherapie ist mehr als Problemlösen, sie ist über weite Strecken eine Art „Beichte“, sie ist „Tröstung“, sie ist „sitting at the bedside“ (wie die Amerikaner formulieren), sie ist Teilung von Leiden und Teilhabe, sie ist „Aushalten ohne Gegenangriff“ und vieles mehr. Dies alles ist zeitverbrauchend.

Die Diskussion über den wissenschaftlichen Beirat und über den Status der Psychotherapie im Verhältnis zur empirischen Forschung könnte durch die hier vorgeschlagenen Unterscheidungen, die sich auf die Diskussionen im Feld der Professionsforschung beziehen, in neue Richtungen vorangetrieben werden. Hilfreich wird es auch hier sein, neue Aspekte zu entdecken, um sich von den ausgetrampelten Pfaden des Denkens auf neue Wege zu begeben.

Ich möchte deshalb abschließend zur Evaluation professionellen Könnens anregen, sich von dem fruchtlosen schulischen Streit zu lösen und

- schulübergreifende Institutionen sowie
- den Konsens der Professionellen verschiedener Schulen

dazu zu nutzen, die Handlungsspielräume für therapeutisches Handeln auszubauen und zu sichern. Das könnte auf einer regionalen Ebene geschehen, indem sich Vertreter der verschiedenen Schulen zusammensetzen und auf der Basis von Transkriptmaterialien sich gegenseitig ihr Vorgehen in bestimmten Fällen und in bestimmten Situationen erläutern und so Glaubwürdigkeit füreinander produzieren. Wo immer das regional geschieht, könnten überregional andere Konferenzen sich anschließen und ihre Befunde miteinander vergleichen, so dass ein professionelles Praxisurteil zustande

kommt und zugleich newcomer eine Chance zur Innovation der Profession erhalten. Schulische Identitäten müssen endlich als das verstanden werden, was sie sind: Synonyme für Lernbehinderungen. Wo nämlich „Identität gewahrt“ werden muss, besteht hochgradige Abschottung gegen jene Irritationen, die durch die Begegnung mit Neuem gegeben sind; das Neue wird dann interpretiert als „Gefahr“, die abzuwehren sei. So gesehen ist die Idee, schulische Identität zu wahren hochgradig risikobelastet; man riskiert die eigene Lernfähigkeit, wenn man sich an Rückkoppelungen nicht mehr zu orientieren vermag.

Da die professionsinterne Aufgabe derzeit deshalb schulenübergreifend lautet, sich als lernfähige Organisation zu erhalten, könnte es sinnvoll werden, an die Stelle von überregionalen (aber fiktiven) schulischen Konkurrenzen sich regional mit konkreten und wirklichen Institutionen, deren Ausbildungsgängen und ihrem „Leitbild guter professioneller Arbeit“ zu befassen, auf expliziter wie auf impliziter Ebene. Was wird offiziell gelehrt, welche impliziten Auffassungen vertreten? Man käme damit davon weg, die Einheitsfiktion aufrecht zu erhalten, wonach Verhaltenstherapeuten oder Psychoanalytiker oder Systemiker in Seattle, Michigan, Zürich oder Stockholm alle „dasselbe“ tun, was dann international geprüft werden könnte. Nein, wir wissen um die große kulturelle Prägung allen professionellen Handelns, wir wissen um die entsprechende Geprägtheit unserer Klienten und wir wissen auch, dass die jeweiligen Handlungsspielräume nicht überspielt werden dürfen von einer Forschungsdominanz, die nach den Worten von Henry mehr zerstören als heilen würde.

Literatur

- Bonß, W. & Hartmann, H. (Hrsg.): Entzauberte Wissenschaft. (Sonderband 3 der 'Sozialen Welt') Göttingen 1985.
- Buchholz, M.B.: Psychotherapie als Profession Giessen (Psycho-sozial) 1999.
- Buchholz, M.B.: Psychotherapie - Profession oder Wissenschaft? In: J. f. Psych., 8. Jg. (2000), S. 3-16.
- Buchholz, M. B.: Effizienz oder Qualität? Was in Zukunft gesichert werden soll In: Forum der Psychoanalyse, 16. Jg. (2000), S. 59-80.
- Buchholz, M.B.: Metaphern und ihre Analyse im therapeutischen Dialog. In: Familiendynamik, 28. Jg. (2003), S. 64-94.
- Fürstenau, P.: Grundorientierung - Verfahren - Technik. Vortrag vor dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie In: Psychodynamische Psychotherapie - Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, 1. Jg. (2002), S. 12-17.
- Grawe, K.; Caspar, F.; Ambühl, H.: Die Berner Therapievergleichsstudie. Fragestellung und Versuchsplan In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19. Jg. (1990), H. 4, S. 294-315.
- Henry, W.P.: Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research In: Psychotherapy Research, 8. Jg. (1998), S. 126-140.
- Polanyi, M.: Personal knowledge. Towards a post-critical philosophy. In: Routledge & Kegan Paul, London, Jg. 1958.

Reiter, L.: Das Konzept der klinischen Nützlichkeit. Theoretische Grundlagen und Praxisbezug In: Z.f.syst. Therapie, 13. Jg. (1995), S. 193-211.

Reiter, L.; Steiner, E.: Psychotherapie und Wissenschaft. Beobachtungen einer Profession. In: Pritz, A. (Hrsg.): Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen Wien/New York (Springer) 1996.

Schön, D. A.: The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action New York (Basic Books) 1983.

Steiner, G.: Errata - Bilanz eines Lebens München (Hanser) 1999.

Wingens, M.: Krise oder Krisengerede der Soziologie? In: Soziologie, Jg. 1997, H. 3, S. 5-19.

Wolff, S.: Innovative Strategien qualitativer Sozialforschung im Bereich der Psychotherapie Aus: Buchholz, M.B., Streeck, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung Opladen (Westdeutscher Verlag) 1994.

Das Kuckucksei – Zur Unangemessenheit der Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der gegenwärtigen Therapieforschung

Dirk Revenstorf

Einleitung

Ein traditionelles Problem in der psychologischen Forschung ist der Gegensatz zwischen nomothetischer und ideographischer Wissenschaft (Allport 1934). Akademische Psychologen sind oft darauf bedacht, nomothetische Aussagen zu machen. Dazu wurde in der empirischen Therapieforschung das Kontrollgruppenexperiment herangezogen. Bei kritischer Beleuchtung werden schnell einige Grenzen der Möglichkeit deutlich, mit diesem Ansatz nomothetische Psychotherapieforschung zu betreiben. Dadurch wird aber auch der Anspruch, mithilfe derartiger Studien Therapieformen zu akkreditieren, infrage gestellt.

Die gegenwärtige Forschung in der Psychotherapie orientiert sich an Kriterien der Wissenschaftlichkeit, wie sie in Physik, Biologie und - speziell bezüglich der Effektivitätsforschung - in der Pharmakologie üblich sind. Damit wird ein nach außen vertretbarer Standard an Objektivität gesucht, der Psychotherapie in ähnlicher Weise fassbar und respektabel macht wie die Medizin. Das entspricht dem Wunsch nach der Anerkennung als gleichrangiges Heilverfahren und ist in der Legaldefinition (§1, 3) des PTG gesetzlich verankert, wonach Psychotherapie nur in der wissenschaftlich anerkannten Form ausgeübt werden kann. Das Problem liegt in der Gleichsetzung von Kriterien der Wissenschaftlichkeit für die Psychotherapie mit denen der Pharmakologie. Psychotherapie ist kein Pharmakon.

Rationalität als Grundlage der Wissenschaft

Die Naturwissenschaften stützen sich mit Recht auf Methoden der rationalen Analyse, wie sich in der Physik oder Chemie durch ihre Vorhersagekraft bewährt haben. Dass diese deterministische Gesetzmäßigkeit in der Physik schon bei der Thermodynamik in Probabilistik und bei Meteorologie gar in kurzfristige, vage

Prognosen umschlägt, die jeder aus der Wettervorhersage nur allzu gut kennt, wird oft übersehen. Die Psychologie ähnelt, wenn überhaupt ein Vergleich mit der Physik erlaubt ist, eher der Meteorologie als der Mechanik. Es ist daher zweckmäßig den Begriff der Wissenschaftlichkeit zu beleuchten, mit dem die Anerkennung eines Therapieverfahrens begründet wird.

Das wissenschaftliche Selbstverständnis ist nicht unabhängig von der Entwicklung des Bewusstseins zu sehen. Folgt man der bei E. Neumann (1995) und K. Wilber (1987) dargelegten anthropologischen These von der Evolution des Bewusstseins, so gingen der Rationalität, die unser Denken seit Aristoteles oder spätestens seit der Renaissance und der Aufklärung beherrscht, mythologische und davor magische Bewusstseinslagen voraus. Sie wurden von der Rationalität überformt, die wiederum ein Durchgangsstadium zu einem hypothetisch bevorstehenden postrationalen Bewusstsein darstellt.

Man kann in der Sprache der Chaostheorie die vorherrschende Bewusstseinslage als Attraktor ansehen, der vermutlich am ehesten durch Paradigmenwechsel verlassen werden kann. Jedes Stadium der Bewusstseinsentwicklung stellt historisch gesehen einen solchen Attraktor dar und hat ein anderes Heilungsmodell hervorgebracht: das magische Denken den Schamanismus, das mythologische Denken diverse quasireligiöse und religiöse Rituale (Orakel, Tempelschlaf, Handauflegen, Seelsorge) und das rationale Bewusstsein die positivistisch begründeten Therapieansätze.

Innerhalb des rationalen Zeitalters (d.h. den letzten 2000 Jahren) gab es nach N. Bischoff (1999) aber immer eine Spaltung des Denkens in das, was Nietzsche apollinisch und dionysisch genannt hat. Offenbar war der Preis der zunehmenden Klarheit durch die Vernunft der Verlust dessen, was man als Tiefe des Verständnis-

Themen	Therapieziele
Spalt zwischen möglich und wirklich Falsches Leben gelebt Zweifel der Entscheidung Unvermeidbarkeit von Schuld Faustische Unrast Begrenztheit des Lebens Einsamkeit angesichts des Todes	<ul style="list-style-type: none"> ● Primat der Erfahrung ● Entwicklung der Person ● Rettung der Würde ● Liebesfähigkeit ● Sinnerfüllung

ses empfindet. Etwa gab es zu Zeiten der aristotelischen Akademie die Gnosis, zu Zeiten der Scholastik die Mystik und die Aufklärung provozierte als Antithese die Romantik. Ähnlich erwachsen aus dem Unbehagen mit dem verkürzten Menschenbild des positivistisch ausgerichteten Behaviorismus die humanistische Psychologie¹ und die entsprechenden Therapieformen (GT, Gestalt, Hypnotherapie u.a.) und in den letzten Jahren kam es zu einer Rehabilitation des Gefühls in Form emotionaler als Antipode zur rationalen Intelligenz (Goleman 1995, Gershon 1998, Solomon 2000).

Ein Kritikpunkt an den kognitiv-behavioralen Therapieansätzen ist eine spezielle Form des Mangels an Tiefe zugunsten großer Klarheit, nämlich die Auffassung, Therapie sei Umkonditionieren und Problemlösen. Damit lässt sich vieles von dem, was Patienten leiden macht und was sie in der Therapie thematisieren nicht adäquat erfassen² etwa, wenn ich feststelle vor zwanzig Jahren die falsche Berufsentscheidung gefällt oder meine große Liebe nicht geheiratet zu haben. Oder wie man sinnvoll mit einer lebensbedrohlichen Krankheitsdiagnose umgeht, ist ebenfalls nicht als Konditionierungsprozess oder Problemlösung angemessen zu erfassen. Die mit solchen Themen verbundenen Therapieziele der persönlichen Entwicklung, Sinnerfüllung und Würde fallen auch deshalb leicht durch das Raster eines positivistischen Wissenschaftsverständnisses, da diese Ziele nicht bündig operationalisiert werden können und der Erfolg der Behandlung im Prozess der Interaktion zwischen Therapeut und Klient als Inspiration stattfindet. Das positivistische Wissenschaftsverständnis erweist sich damit als ergänzungsbedürftig. Das Verlassen des positivistischen Attraktors könnte mit der dialektischen Überwindung von Klarheit und Tiefe erreicht werden.

Die Überwindung des positivistischen Attraktors kann nicht die Preisgabe der Rechenschaftspflicht (Accountability) der Psychotherapie bedeuten - insbesondere wenn man mit Versicherungskosten und Nebenwirkungen der Therapie zu rechnen hat. Ein Negativ-Beispiel

dafür ist vielleicht die Odyssee der Insulin- und Elektroschock-Therapie für schwere Psychosen, die in ihrer Beliebtheit in den Psychiatrischen Krankenhäusern unabhängig von empirischen Belegen der Wirksamkeit Höhen und Tiefen erlebte. Daher ist die Forderung nach empirischer Evidenz für ein akkreditierbares Therapieverfahren unabweisbar. Und da die psychotherapeutische Heilkunst seit der Einführung der psychotherapeutischen Approbation analog der medizinischen Heilkunst gehandhabt wird, liegt es nahe, entsprechend die dort üblichen Kriterien der Evidenz anzulegen.

- 1949 wurden beide Verfahren als Revolution in der Behandlung für schwer depressive und schizophrene Patienten gefeiert (Curran, 1949).
- 1955 sagt derselbe Autor, dass es eigentlich nicht wirksam ist.
- Trotzdem wird 1959 das Verfahren in den meisten Einrichtungen noch verwendet; später wird es durch Psychopharmaka ersetzt.
- Auch wenn viele Psychiater zu der Auffassung kommen, dass diese Art der Therapie ineffektiv sei, ist sie in der Mehrheit der Psychiatrien nicht abgeschafft worden und wird es in vielen Kliniken zumindest bei schweren Fällen immer noch eingesetzt.

Die Akkreditierung einer Therapieform gründet sich nach dem derzeitigen Verständnis auf drei Bestandteile: das Vorhandensein einer Theorie, einer Verfahrensbeschreibung und einer Evaluation der Ergebnisse (siehe WBPT oder auch Ehlert 2002). Die Theoriedarstellung einer Therapieform führt zu Problemen der Verknüpfung von Veränderungsmechanismen mit Störungskategorien (Diagnostik) und Entstehungsmodellen (Ätiologie). Hier soll nur die Evaluation betrachtet werden, die wiederum verschiedene Aspekte umfasst, nämlich Laborwirksamkeit (in kontrollierten Studien; engl.: efficacy), Wirksamkeit in der Praxis (in Kliniken und Ambulanzen; engl.: effectiveness) und die Wirtschaftlichkeit (engl.: efficiency). Da die Evaluation in der Praxis gar nicht erst in Betracht gezogen wird, wenn nicht eine Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen nachgewiesen wurde, stellt dies die entscheidende Hürde für die Anerkennung der Wissenschaftlichkeit einer Therapieform dar.

¹ Gründung der Gesellschaft für Humanistische Psychologie 1962 von Ch. Bühler, A. Köstler, C. Rogers, A. Maslow u.a.

² Interessanterweise würde nach einer Umfrage von A. Lazarus (1979) kein Verhaltenstherapeut zur Verhaltenstherapie in Behandlung gehen

Kritik des Kontrollgruppen-Designs

Für den Nachweis der Laborwirksamkeit wird in der Therapieforschung derzeit auf das Paradigma des randomisierten Kontrollgruppen-Designs zurückgegriffen, das in der Pharmakologie in Form des Doppelblindversuchs üblich ist. Das Kontrollgruppen-Design (engl.: randomized controlled trial, RCT) gilt als "Goldstandard" in der Therapieforschung (s. Chambless & Hollon, 1998) und hat folgende Charakteristika:

- 1) repräsentative Untersuchungs-Stichprobe
- 2) Stichprobengröße von mindestens 25 Klienten pro Design-Zelle
- 3) randomisierte Zuteilung zu Experimental- und Kontrollgruppe
- 4) Standardtherapie als Kontrollgruppe oder
- 5) Warteliste als Kontrollgruppe oder
- 6) ununterscheidbares Placebo als Kontrollbedingung
- 7) Therapeuten-blinde Anwendung von Placebo und Verum
- 8) Patienten-blinde Anwendung von Placebo und Verum
- 9) Auswerter-blinde Auswertung der Ergebnisse
- 10) Hinreichend langer Katamnesezeitraum

Chronische Irrepräsentativität

Wenn die Analyse der Daten den Therapieerfolg bestätigt, auf welche Grundgesamtheit ist das Ergebnis generalisierbar? In den Untersuchungen, die in Forschungseinrichtungen gemacht werden (Universitäts-Institute oder -Kliniken) entscheiden sich Patienten, die Zugang zu dieser Einrichtung haben und sie gewählt haben für oder gegen die Teilnahme an einer Studie. Oder die Teilnehmer werden durch Annoncen akquiriert. Selten sind es solche Patienten, die ihre Therapie selbst zahlen können. Hier findet also immer eine Selbstselektion statt, indem nur Patienten an der jeweiligen Psychotherapie-Studie teilnehmen, die ihr Problem (a) psychisch attribuieren und (b) über begrenzte Geldmittel für eine Therapie verfügen und (c) zufällig im Einzugsbereich des Forschungsinstitutes wohnen und auf die betreffende Studie aufmerksam wurden.

Die vom Untersucher angelegten Ausschlusskriterien bringen eine weitere Einschränkung der Repräsentativität mit sich. Normalerweise wird in wissenschaftlichen Studien die seltene Sorte Patienten behandelt, die sich monosymptomatisch klassifizieren lässt – etwa als reine Suchtfälle, Agoraphobien, Depressive, Persönlichkeitsstörungen u.ä.. Nicht nur existiert aber eine hohe Korrelation der Symptomstörungen (Achse 1 des DSM IV) mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen (Achse 2, Fiedler 1998), sondern die Komorbidität ist innerhalb beider Achsen ebenfalls hoch; so weisen 70% der Fälle von Depression Symptome von Angst,

Zwang, oder PTSD auf und innerhalb der Angststörungen selbst trifft dies auch wieder zu (Davison & Neale 2002, S. 148, 317, 338). Innerhalb der Persönlichkeitsstörungen sieht es ähnlich aus: Etwa Borderline-Fälle sind zu 55% schizotypisch, zu 47% antisozial, 57% histrionisch diagnostiziert. Ähnliches trifft auf die dependente Struktur zu (ebenda S.456, 473, Comer 1995, S.635). Das heißt, die für einzelne Störungen entworfenen und geprüften Therapieprogramme sind für die allgemeine Klientel mit komplexen Komorbiditäten nur bedingt anwendbar. Und die Kombination verschiedener Verfahren für verschiedene Störungskombinationen ist meist nicht systematisch (d.h. faktoriell) erforscht, um Interaktionseffekte aufzuklären. Im Gegensatz dazu werden häufig Breitbandprogramme angewendet, deren Komponenten nicht einzeln auf Wirksamkeit überprüft wurden.

Es ist daher fragwürdig, wie weit die Klassifikation nach ICD oder ähnlichen Systemen angesichts der hohen Komorbidität trägt und ob nicht eine ganzheitliche und prozess-orientierte Betrachtungsweise wie sie von den humanistischen Therapieformen vertreten wird, angemessener ist als eine störungsspezifische Therapiekonzeption. In jedem Fall sind Untersuchungs-Stichproben mit monosymptomatischen Fällen irrepräsentativ für die Grundgesamtheit der behandlungsbedürftigen Klienten, wie sie in der Praxis auftauchen und die Untersuchungsergebnisse sind lediglich repräsentativ für Patienten, die sich für die jeweilige Untersuchung zur Verfügung stellen.

Probleme von Kontrollgruppe und Zuteilung

Im Gegensatz zur Pharma-Forschung gibt es in der Psychotherapie kein glaubwürdiges Placebo. Daher wird auf andere Formen der Kontrollgruppe zurückgegriffen: Vergleichstherapie oder Warteliste. Die Warteliste als Kontrollgruppe hat ihre eigenen Schwächen: häufig ist ethisch nicht vertretbar, ernsthaft erkrankte Patienten ein halbes Jahr auf die Behandlung warten zu lassen, abgesehen davon, dass sie auch gar nicht warten werden, sondern das Experiment abbrechen. Das beschädigt dann die Vergleichbarkeit der Gruppen und damit die Schlüssigkeit des Experiments. Etwa hatte in einer Studie zu Schlafstörungen nach der Randomisierung die Wartegruppe eine durchschnittliche Einschlaf latenz von 70 min wie die Behandlungsgruppe. Zum Zeitpunkt der Katamnese nach 6 Monaten war die Wartegruppe auf solche Patienten geschrumpft, die eine durchschnittliche Einschlaf latenz von 30 min hatten. Die schweren Fälle hatten eine andere Behandlung aufgesucht (Schulz & Weinmann 2001).

Als Alternative zur Warteliste sollte eine *Vergleichstherapie* als Kontrollgruppe eingesetzt werden, die entweder die bestmögliche Standardtherapie nach der-

zeitigem Stand der Kunst ist oder die eine bestimmte theoretische Position operationalisiert um ein Entscheidungsexperiment durchzuführen – etwa hilft Verhaltenstherapie bei Migräne besser als Gesprächspsychotherapie? Ein solches Experiment ist nur valide, wenn der durchführende Therapeut von der Wirkung seiner Therapie überzeugt ist. Das erfordert schulübergreifende Forscherteams, so dass die zu vergleichenden Therapieformen angemessen vermittelt werden. Das ist eher nicht der Fall, da sich fast alle deutschen Universitätsinstitute verhaltenstherapeutisch orientierten.

Für jedwede Art von Kontrollgruppenzuweisung ist weder die Unwissenheit des Therapeuten gegenüber dem "Medikament" (i.e. der jeweiligen Psychotherapieform) zu erreichen noch die Blindheit des Patienten gegenüber dem Verfahren – zumal er wenn sein Wissen nicht ausreicht, um des Verfahren zu erkennen ja entsprechende Fragen stellen kann. Außerdem erhebt sich die ethische Frage, wie weit man die Autonomie des Patienten in der Wahl der Therapieform übergehen kann. Patienten können erfreut oder erschreckt sein, wenn sie erfahren, dass ihnen in einer Therapiestudie per Randomisierung eine Reizüberflutung statt Entspannung zugeteilt oder vorenthalten wird. Aus diesem Grunde kämen eigentlich nur Cross-over Designs infrage, die allerdings eine unabhängige Evaluation der zu vergleichenden Verfahren erschweren.

Zusammengefasst: Wartelisten kommen wegen der ethischen Bedenken einer unzumutbaren Verzögerung der Therapie bei hinreichender Therapiedauer und langer Katamnese nicht infrage und führen außerdem zu entsprechenden drop-outs. Und bei randomisierter Zuteilung wird die Autonomie des Patienten derart missachtet, dass Reaktanz nicht auszuschließen ist. So macht ein valides Therapieexperiment Vergleichstherapien im crossover-Design oder die Selbstzuweisung der Patienten mit nachträglicher Balancierung bezüglich möglicher Störvariablen erforderlich und die Zusammenarbeit von Forschern, die von den durchgeführten Therapieformen überzeugt sind.

Fallstricke der Auswertung

Die Auswertung einer Therapie erfordert die Objektivierung des Therapieerfolges. Dabei tritt das bekannte Reliabilitäts-Validitätsdilemma auf, dass nämlich ein sehr zuverlässiger psychologischer Test, wie ein IQ-Test z.B., eine sehr gute Voraussage für das Abschneiden in einem anderen ähnlichen Test ermöglicht, aber relativ wenig für die Bewältigung im täglichen Leben. Letztere befragt man mit subjektiven Selbsteinschätzungen, die zwar valide aber weniger zuverlässig sind. So verhält es sich mit den meisten psychologischen Daten. Es scheint so: je zuverlässiger ein Test ist, desto enger gefasst ist die Vorhersagekraft, d.h. seine Validität.

Ein Interview oder erste Eindrücke bei einer Begegnung, die im strengen Sinne überhaupt nicht reliabel sind, haben oft eine größere Validität für den Therapeuten, aber er könnte sie nur schwer objektivieren. Diesem Dilemma kann man offenbar nicht entkommen.

Die Widerständigkeit der Materie bei Operationalisierungsversuchen von Erfahrung ist nicht etwa als Mangel der Psychologie zu verstehen. Auch in der Physik gilt das Primat der Subjektivität und jedem Messen ist eine subjektive Erfahrung vorausgegangen (Wärme, Wetter usw.). Nur fehlt es in der Psychologie oft an korrelativen und kausalen physikalischen Phänomenen (Searle 1993). Das ist aber kein Hinweis auf die Minderwertigkeit psychologischer Variablen, die auf subjektiver Erfahrung allein beruhen und möglicherweise valider sind als die, die künstlich auf Operationalisierungen reduziert wurden.

Die Bestätigung der Wirksamkeit einer Behandlung wird mit komplexer statistischer Methodik ermittelt: mit multivariaten Varianzanalysen, Post-hoc Prüfungen mit Bonferoni-Korrektur, herauspartialisierten Störvariablen usw. und am Ende bleibt ein Signifikanzniveau übrig, das sehr begrenzte Aussagekraft hat. Die Statistik lehrt uns, dass wenn die Stichprobe groß genug ist auch kleinere Effekte signifikant werden und das kann heißen, dass das Verfahren womöglich bei keinem einzigen Patienten zur Heilung führt. Wenn sich der Wert im Beck-Depressionsinventar im Durchschnitt um 10 Punkte von 30 auf 20 verringert, bleibt unbekannt, wie viele einen Wert unter 16 erreichen (geheilt sind). D.h. der Untersuchung fehlt trotz statistischer gesicherter Wirksamkeit die *klinische Relevanz* (Jacobson & Revenstorf 1986). Wichtig wäre die Frage, wie viele Leute denn nun wirklich gesund geworden sind.

Eine weitere Schwierigkeit statistischer Signifikanz-Aussagen stellt das "file-drawer"-Problem dar, nach dem man nicht ausschließen kann, dass zu jedem publizierten Ergebnis, das auf dem 5%-Niveau signifikant ist, 19 nicht publizierte Studien gleicher Art vorliegen, deren Ergebnisse nicht signifikant sind. Damit wäre die Zufallsschranke des einen publizierten Ergebnisses trotz statistischer Signifikanz nicht überschritten. Zusammengefasst: Die statistisch abgesicherten Ergebnisse von Therapiestudien begrenzen sich fälschlicherweise auf die Betrachtung von Variablen, die gut operationalisierbar aber möglicherweise für das Erleben des Patienten irrelevant sind und die statistische Signifikanz sagt wenig über die klinische Bedeutsamkeit der Ergebnisse.

Praktikabilität

Hinzu kommt, dass Psychotherapie nicht als konstante Maßnahme *steril* appliziert werden kann wie ein Phar-

makon, sondern jeweils in der Therapeut-Patient-Interaktion neu entsteht. Psychotherapie ist nur begrenzt manualisierbar. Der Versuch einer standardisierten Durchführung kann geradezu die Wirksamkeit der Therapie behindern, weil die individuelle Interaktion ignoriert wird. Abgesehen davon, dass die Beziehung entweder eine schwer standardisierbare Voraussetzung für die Therapiedurchführung oder gar das wesentliche Vehikel der Therapie selbst darstellt (im Sinne der Modellwirkung, Übertragung, "Nachbeelterung" usw.).

Als letztes bleibt zu erwähnen, dass die in Forschungs-Instituten erprobten Therapieformen in der Praxis mangels *Übertragbarkeit* oft gar nicht angewendet werden. So beklagt Margraf (1995), dass man mit Reizüberflutung 95% der Panikpatienten heilen könne das Verfahren aber nur in zwei Prozent der Fälle angewendet wird, weil sich kein Therapeut 5-6stündige in-vivo-Sitzungen leistet.

Fazit

Die nomothetischen Versuche in der Psychologie führen lediglich zu *probabilistischen* Aussagen, nämlich statistischen Tests. Es sind keine deterministischen Aussagen möglich, wie in manchen Naturwissenschaften. Daher braucht die Psychotherapieforschung eigene und nicht aus der Medizin entlehnt Modelle. Sie müssen der Komplexität der Materie Rechnung tragen und Aspekte wie die Beziehung als Wirkvariable der The-

rapie, das Primat der Subjektivität von Erfahrung, die grundsätzliche Komorbidität von Störungen u.a. berücksichtigen. Für die Behandlung kommen Interventions-Bausteine im Sinne von Methoden infrage, deren Zusammenstellung im Einzelfall ad hoc vorgenommen werden kann und deren Wirksamkeit einzeln überprüft worden sein sollte – mit Indikationsempfehlungen. Damit entfällt die Akkreditierung von Therapieschulen als Verfahren und der allgegenwärtige Eklektizismus kommt nicht mehr in den Verdacht des Etikettenschwindels.

Für die Forschungsförderung sollte gelten: die Praxis-Evaluation (Klinische Prüfung Stufe IV) ist gleichrangig mit der kontrollierten Therapieforschung zu behandeln, und dass Schulen übergreifende Forscherteams die glaubwürdige Durchführung von Vergleichstherapien garantieren, dass lange Behandlungszeiten und hinreichende Katamnesezeiträume vorgesehen werden, womit Wartelisten als unzumutbar entfallen. Die Randomisierung als Strategie müsste überdacht und gegebenenfalls durch Balancierung der Vergleichsgruppen bezüglich absehbarer Störvariablen oder cross-over-Designs ersetzt werden. Die wissenschaftliche Anerkennung von Interventionstechniken sollte auf empirischer Evidenz, aber zusätzlich Experten-Konsensus für schwer überprüfbare Heuristiken beruhen und die Anwendung der Interventionen Handlungsspielraum für die Praxis freihalten. Der sogen. Goldstandard der RCT-Forschung ist ein goldenes Kuckucksei.

Nachteile der RTC-Forschung	Vorteile der RCT-Forschung
Unvalide Messung	Reliable Messung
Probabilistische Aussagen	Allaussagen
Irrepräsentative Stichproben	Selbstselektion
Scheitern der Randomisierung	Eliminierte Störvariablen
Unzumutbarkeit der Warteliste	Statistische Signifikanz
Verletzung der Autonomie des Patienten	Störungsspezifität
Mangelnde klinische Signifikanz	Standardisierung (Manual)
Vernachlässigung der Komorbidität	Optimierung des Vorgehens
Sterilisierung der Durchführung	
Nicht Umsetzbarkeit	

Literatur

Bischof, N. (1999) Die Kraft der Mythen. Frankfurt, Fischer.
 Chambless, DL & Hollon, SD (1998) Defining empirical supported therapies. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
 Comer, R (1995) *Klinische Psychologie*. Berlin: Spektrum
 Davison, GC, Neale JM & Hautzinger M (2002) *Klinische Psychologie*. Weinheim; Beltz.
 Ehler, U (2003) Kommentar zur Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats.
 Fiedler, P (1998) *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim; Beltz
 Gershon, MD (1998) *The second brain*. NY: Harper.
 Goleman, D (1995) *Emotional Intelligence*. NY: Bantam.

Jacobson N, Follette WC & Revenstorf, D (1984) Psychotherapy outcome research: Methods of reporting variability and clinical significance. *Behavior therapy* 15, 336-352.
 Margraf J. (1995) Verhaltenstherapie als Bestandteil der Psychotherapeutischen Versorgung. *BdP-Gegenwart und Zukunft der Psychotherapie im Gesundheitswesen*.
 Neumann, (1995) *Ursprungsgeschichte des Bewusstseins*. Frankfurt: Fischer.
 Searle, JR (1993) *Die Wiederentdeckung des Geistes*. München: Artemis.
 Solomon, RC (2000) *Gefühle und der Sinn des Lebens*. München 2001.
 Wilber, K (1987) *Halbzeit der Evolution*. Bern: Scherz.
 WBT, Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie der Bundesrepublik (siehe Homepage)

Rechtliche Implikationen für die Anerkennung von Psychotherapieverfahren

Robert Francke

1. § 1 Abs.3 Satz 1 und 3 PsychThG lautet: „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. ... Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.“

Diese Regelung wird als Wissenschaftlichkeitsklausel bezeichnet. Danach ist psychotherapeutische Tätigkeit nur dann Heilkunde im Sinne des PsychThG, wenn sie mit Verfahren stattfindet, die wissenschaftlich anerkannt sind. Ist ein Verfahren nicht wissenschaftlich anerkannt, kann es für die Ausbildung nicht zugrunde gelegt werden. Tätigkeit nach nicht wissenschaftlich anerkannten Verfahren wäre zu qualifizieren als Psychotherapie, die nach dem Heilpraktikergesetz erlaubnispflichtig ist.



Robert Francke(li.) im Gespräch mit Bernd Fliegener

2. Die Wissenschaftlichkeitsklausel des § 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG findet im gesamten Heilkunderecht in dieser Form keine Parallele. Weder die Bundesärzterordnung noch das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, noch die übrigen Heilberufsgesetze knüpfen die Ausübung der in dem Gesetz geregelten Tätigkeit daran, dass eine Methode verfolgt wird, die wissenschaftliche Anerkennung findet. Nach der Bundesärzterordnung ist die Heilkunde das maßgebliche Kriterium für die Ausübung des ärztlichen Be-

rufs, also das Erkennen, die Heilung und die Linderung und die Vorbeugung vor Verschlimmerung von Krankheiten.

3. § 1 Abs. 3 PsychThG unterscheidet Psychotherapie mit wissenschaftlich anerkannten Behandlungsmethoden von Beratung (§1 Abs. 3 Satz 3 PsychThG).
4. Für die Auslegung der Wissenschaftlichkeitsklausel des § 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG lassen sich drei Auslegungsalternativen formulieren:
 - a. Wissenschaftlich anerkannt sind solche Verfahren, deren Wirksamkeit und Unbedenklichkeit im klinischen Experiment belegt ist. Dieser Beleg wäre durch Studien zu erbringen, die in einer hinreichend großen Zahl von Einzelfällen in kontrollierter und randomisierter Form belegen, dass das psychotherapeutische Verfahren wirksam ist, das heißt, dass therapeutische, heilkundliche Wirkungen in Bezug auf definierte Ziele, Indikationen, erreicht werden.
 - b. Eine zweite Auslegungsalternative würde nicht zur alleinigen Voraussetzung machen, dass Wirksamkeit und Unbedenklichkeit in Form von klinischen Studien der vorstehend beschriebenen Art belegt sind, sondern auch auf wissenschaftliche Erkenntnis und ärztliche Erfahrung und professionelle Anerkennung abstellen. Es würde aber auch nach dieser Auslegungsalternative erforderlich sein, dass die überwiegende Zahl der Professionsangehörigen einem psychotherapeutischen Verfahren die Wissenschaftlichkeit zuerkennen würde. Zu messen wäre dieses Kriterium an der wissenschaftlichen Diskussion und der individuellen Praxis in der psychotherapeutischen Profession.
 - c. Eine dritte Auslegungsalternative würde die Wissenschaftlichkeitsklausel des § 1 Abs. 1 Satz 1 PsychThG unter dem Gesichtspunkt der professionellen Mindeststandards und der Gefahrenabwehr interpretieren und demzufolge über die Wissenschaftlichkeitsklausel Verfahren der Scharlatanerie und der nicht begründbaren heilkundlichen Erwartungen ausgrenzen.
5. Gegen die erste Auslegungsalternative spricht vor allem, dass entsprechende Untersuchungen nicht vorliegen und in überschaubarer Zeit auch nicht vorgelegt werden können.

6. Gegen die zweite Auslegungsalternative spricht zum einen, dass derzeit kaum hinreichend Untersuchungen vorliegen, die der danach geforderten allgemeinen Anerkennung Rechnung tragen würden. Entscheidend aber ist vor allem, dass die zweite Auslegungsalternative deswegen nicht weiter verfolgt werden darf, weil innerhalb der psychotherapeutischen Profession weitestgehend kein Konsens über die Unterschiedlichkeit der Verfahren besteht. Es lassen sich - grob formuliert – mindestens vier Verfahrensrichtungen unterscheiden, die mit einem gewissen Gewicht in der wissenschaftlichen Diskussion und in der beruflichen Praxis vertreten sind: Verhaltenstherapie, psychoanalytische/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gesprächstherapie, systemische Verfahren. Ein diese Richtungen übergreifender Konsens besteht - jedenfalls in detaillierter Form - nicht. In dieser Situation darf zur Offenhaltung des wissenschaftlichen Prozesses die Wissenschaftlichkeitsklausel nicht so ausgelegt werden, dass einzelne, in wissenschaftlicher Diskussion und beruflicher Praxis relevant vertretene Verfahren ausgeschlossen werden.
7. Die dritte Auslegungsvariante erfüllt den Schutzzweck, der dem PsychThG in doppelter Hinsicht zugrunde liegt: Den Berufsschutz der heilkundlich tätigen Psychologen, also der psychologisch und psychotherapeutisch und Kinder- und Jugendtherapeuten einerseits, sowie den Patientenschutz andererseits. Beide Schutzzwecke sind grundrechtlich fundiert, durch die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 und durch den Gesundheitsschutz nach Art. 2 Abs.2 Satz 1 GG. In einer Situation, in der über die fachwissenschaftlichen und theoretischen Grundlagen heilkundlicher Berufsausübung in der Profession ein Konsens nicht besteht, ist es der öffentlichen Gewalt aufgrund der staatlichen Neutralitätspflicht erlaubt, Streit entscheidend nur insoweit einzugreifen, als die vorstehend genannten Schutzziele es erfordern.
8. Das vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, der nach § 11 PsychThG gebildet wurde, verfolgte Konzept der Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren lässt sich den vorstehend genannten drei Auslegungsalternativen nicht ohne weiteres zuordnen. Der Wissenschaftliche Beirat verlangt für das psychotherapeutische Verfahren einen Wirksamkeitsnachweis, der sich auf eine theoretische Grundlegung stützen kann und der für definierte Indikationen in einer Mindestzahl einen Wirksamkeitsnachweis führt. Die Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis sind grundsätzlich durch die Standards evidenz-basierter Medizin definiert, es ist aber eine Abstufung des Evidenzgrades zugelassen. Auch hier findet Anerkennung die in der Heilkunde allgemein geltende Aussage, dass die bestverfügbare Evidenz für die Beurteilung heranzuziehen ist.
9. Umstritten ist derzeit, ob das Verfahren des Wissenschaftlichen Beirates, Wirksamkeitsbeurteilungen heilkundlicher Interventionen in Bezug auf definierte Indikationen zu verlangen, ein dem PsychThG konformes Vorgehen ist. Das wird mit der Überlegung in Frage gestellt, dass der Wirksamkeitsnachweis für die unterschiedlichen Verfahren sich unterschiedlich darstelle. Insbesondere die Verhaltenstherapie, deren theoretische Grundlagen der naturwissenschaftlichen somatischen Medizin in zahlreichen Punkten vergleichbar ist, sei, so wird vorgetragen, durch die Prüfkriterien des Wissenschaftlichen Beirates bevorteilt. Dem wäre kritisch zunächst entgegenzuhalten, dass jede heilkundliche Tätigkeit, die mit dem Ziel des Erkennens, der Heilung, der Linderung oder des Vorbeugens vor Verschlimmerung Interventionen am Patienten vornimmt, einen in die Rechte von Patienten eingreifenden Charakter hat, der sich durch sachgerechte Indikationsstellung, hinreichende Wahrscheinlichkeit des Erfolgs der gewählten Behandlungsmethode und standardgemäße Ausführung zu rechtfertigen hat. Unter diesem Gesichtspunkt wird zu überprüfen sein, ob diejenigen psychotherapeutischen Verfahren, deren Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge schwerer zu fassen sind und die komplexe theoretische Grundlagen und Methoden verwenden, nach dem Kriterienkatalog des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie sachgerecht bewertet werden können. Zu prüfen ist, ob eine Anpassung und Spezifizierung der Kriterien für das jeweilige Verfahren, eine Übersetzung gewissermaßen, erforderlich ist. Diese Übersetzung müsste wohl durch die Vertreter der Verfahren selbst erfolgen. Als Einwand vermag ich bisher zu erkennen, dass mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten der Gewinnung von Behandlungsdaten, die daraus folgende geringe Zahl von Probanden in Studien der Wirksamkeitsnachweis für multifaktoriell wirkende Konzeptionen wegen des biometrischen Bias deutlich schwieriger sein könnte. Das müsste nach meiner Vorstellung in der weiteren wissenschaftlichen Diskussion geklärt werden.
10. Die Evaluations-/HTA-Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates müssen die Pluralität der in der Psychotherapie relevanten und grundsätzlich anerkannten Verfahren sachgerecht abbilden. Und die Verfahren müssen eine geeignete Bestimmung des Evidenzniveaus und vertretbare Begründungslasten sicherstellen.

Zur Debatte um die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren

Bernd Fliegener

Mit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) wurde der Heilberuf des psychologischen Psychotherapeuten geschaffen und der Begriff des Psychotherapeuten juristisch geschützt. Die berufsrechtliche Zulassung wurde dabei an die Ausbildung bzw. Qualifikation in sog. „wissenschaftlich anerkannten“ Psychotherapieverfahren gekoppelt. Die bisherigen Richtlinienverfahren erhielten diesen Status quasi ohne Überprüfung.

Was kann also wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens bedeuten? Und: Wer hat hier anerkannt oder anzuerkennen? „Soweit nach diesem Gesetz die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für die Entscheidung der zuständigen Behörde ist, soll die Behörde in Zweifelsfällen ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens eines wissenschaftlichen Beirates treffen“ (PsychThG) Wird hier einem wissenschaftlichen

Beirat per Gesetz die Definitionsmacht für eine ganze wissenschaftliche Community zugeschrieben? Redeker ist der Meinung, es sei „nicht Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirates, selbst über die wissenschaftliche Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens zu befinden. Er habe lediglich festzustellen, ob das Verfahren wissenschaftlich anerkannt ist.“ Auch zu der Frage, was denn unter dieser Klausel „wissenschaftliche Anerkennung“ zu verstehen sei, gibt es (nicht nur in Deutschland) äußerst kontroverse Positionen, deren Pole sich vielleicht auf der einen Seite durch die Position des wissenschaftlichen Beirates mit der Forderung eines nach ICD-Kategorie unterteilten Kataloges von Efficacy-Studien (mit unbehandelte Kontrollgruppen, Zufallzuweisung, manualisierter Behandlung etc.) und auf der anderen Seite durch das Gutachten von Redeker, das ein viel offeneres Verständnis vom Terminus der „wissenschaftlichen Anerkennung“ aus juristischer Sicht zugrunde legt, bestimmen lassen.

Ging es und geht es bei diesen Fragen um den Schutz der Patienten vor Scharlatanerie, oder wie Kritiker behaupten, um handfeste politische Interessen, die sich hinter dem Begriff der Wissenschaftlichkeit verbergen? Die Frage, was ist Psychotherapie und wie wirkt Psychotherapie, welche Vorgehensweisen können zu einer Linderung, bestenfalls Genesung von psychischem Leiden führen - all diese Fragen lassen sich nicht auf die Auslegung eines politisch ausgehandelten Gesetzes reduzieren. Blickt man über den aktualpolitischen Tellerrand dieses Landes hinaus, so wird der Begriff der Psychotherapie sowohl von praktizierenden Psychotherapeuten, als auch von vielen Vertretern der internationalen Wissenschaft zu recht immer noch (vielleicht sollte ich sagen: längst wieder) weitaus umfassender

verstanden, als es manchem Lobbyisten in diesem Lande lieb sein mag.

Der bisherige Wissenschaftliche Beirat PsychThG legt seiner Auffassung einen normativen Wissenschaftsbegriff zugrunde, der die Wissenschaftlichkeit eines Psychotherapieverfahrens weitgehend gleichzusetzen scheint, mit Laborwirksamkeit. Diese Auffassung deckt sich im Inland mit der Sichtweise vieler Hochschullehrer der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und dort insbesondere der Fachgruppe „Klinische Psychologie“, außer Landes z.B. mit Auffassungen der Division 12 (Clinical Psychology) der American Psychological Association, deren Mehrheit jeweils Verhaltenstherapeuten sind, sowie anderer verhaltenstherapeutisch orientierter Forscher sowie Verhaltenstherapeuten in In- und Ausland, die die Ergebnisstudien ihrer akademischen Kollegen rezipieren. Diese zugegebenermaßen großen Gruppe steht eine qualifizierte und zahlenmäßig bedeutsame Minderheit von Praktikern und Forschern gegenüber, die diese Wissenschaftsauffassung nicht teilen, ja ihr im Extrem sogar jegliche Validität d.h. Aussagekraft für die im Felde der psychotherapeutischen Versorgung praktizierte Psychotherapie absprechen. Sie fordern eine der Praxis angemessenere Forschung.

Seligman (1995) erklärt dazu: „Die Laborwirksamkeitsstudie ist die falsche Methode, um Psychotherapie, wie sie tatsächlich praktiziert wird empirisch zu validieren, denn sie verfehlt zu viele wesentliche Elemente dessen, was im Feld getan wird.“ Seligman nennt dazu fünf Charakteristiken von Psychotherapie, so wie sie im Feld praktiziert wird:

1. *Psychotherapie ist nicht von fester Dauer.*
2. *Psychotherapie im Praxisfeld ist selbstkorrigierend.*
3. *Patienten gelangen in eine Psychotherapie durch aktive Auswahl der Behandlungsart bei einem Therapeuten, den sie sich in Vorgesprächen angeschaut und ausgewählt haben.*
4. *Patienten in Psychotherapie haben in der Regel mehrere Probleme, an denen in der Psychotherapie ineinander greifend gearbeitet wird, um parallel auftretende und miteinander interagierende Schwierigkeiten zu bewältigen.*
5. *Psychotherapie im Feld ist fast immer damit befasst, das generelle Funktionsniveau des Patienten zu verbessern, ebenso wie mit der Besserung einer Erkrankung und der Befreiung von Symptomen.*

Seligman favorisiert deshalb ganz klar die Durchführung von Effectiveness-Studien, d.h. Feldstudien, die Psychotherapien so untersuchen, wie sie tatsächlich im jeweiligen Arbeitsfeld praktiziert werden.

Von Vertretern der Verhaltenstherapie wird das Fehlen von Wirksamkeitsforschung zu anderen Therapierichtungen beklagt und dies den Vertretern der jeweiligen Therapierichtungen zur Last gelegt. Prof. Jürgen Kriz weist in seinem Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie vom Mai dieses Jahres darauf hin „Es war und ist ... nicht Aufgabe von Psychotherapieschulen, Forschung in einem Umfang und gar nach Kriterien zu betreiben, wie sie das Ehlert-Gutachten nahe legt.“ (das sind die Kriterien des deutschen Wissenschaftlichen Beirates PsychThG; B.F.) „Dies hat keine Richtung geleistet, und es geht auch weit über deren Möglichkeiten hinaus. Vielmehr ist entsprechende Forschung ganz überwiegend von Universitäten und vergleichbaren Forschungseinrichtungen erbracht worden, die eben dafür aus Steuermitteln unserer Gesellschaft insgesamt mit Milliardenbeträgen ausgestattet worden sind.“

In Deutschland wie in den USA haben jedoch forschungspolitisch Vertreter einer experimentellen Forschungsmethodik das Sagen. Bis heute ist es daher so gut wie unmöglich, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft Gelder für Forschungsprojekte zur Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren und -methoden zu bekommen, die nicht als Laborwirksamkeitsstudien ausgelegt sind. Auch bei der Veröffentlichung in Fachzeitschriften haben es andere Forschungsansätze schwer. Seit Verabschiedung des PsychThG hat sich die Ausgangslage für eine umfassende, dem Untersuchungsgegenstand angemessene Psychotherapieforschung noch einmal dramatisch verschlechtert: Kriz weist darauf hin, dass bereits jetzt die Forschungsfreiheit schwer beeinträchtigt sei, „– da nur erforscht werden kann, was auch „*getan*“ werden kann. Gegenwärtig ist aber die weitere Ausübung von Psychotherapie auf der Basis z.B. humanistischer und systemisch-ökologischer Zugänge gesetzeswidrig. Es macht aber wenig Sinn, weiterhin zu lehren, was nicht durchgeführt und nicht erforscht werden darf. Wenn nicht bald eine Änderung eintritt, werden – in Deutschland – diese Verfahren aus Lehre, Prüfungen etc. verschwinden. Das ist zwar keine formelle, aber eine faktische Beschneidung der Lehrfreiheit.“

Viele nicht-behaviorale Praktiker misstrauen - oftmals intuitiv - den Ansätzen und Ergebnissen der akademischen Mainstream-Forschung. Und ich muss zu meinem Bedauern sagen: Sie haben Recht. Sie haben rationalen Grund dazu. Ein Beispiel: Viele (gerade auch wissenschaftlich exponierte) Vertreter der Verhaltenstherapie (Beelmann, oder Reinecker z.B.) propagieren in ihrer Analyse der Ergebnislage der vergleichenden Psychotherapieforschung eine breite Überlegenheit der Verhaltenstherapie gegenüber nicht-behavioralen Verfahren und berufen sich dabei auf verschiedene Metaanalysen. Lambert & Bergin resümieren jedoch bereits 1994 „Wie in der Studie von Smith et al. führ-

ten diese Autoren (Shapiro & Shapiro, 1982; B.F.) die größeren Effektstärken auf starke biases, also Verzerrungen in der behavioralen und kognitiven Literatur hin zu Analogstudien, leichten Fällen und hoch reaktiven Kriterien. Sie stellten fest, dass die untersuchten Behandlungen und Fälle nicht repräsentativ für die klinische Praxis, aber hoch repräsentativ für jene einfachen Experimente zu diesen Techniken sind, die häufig im universitären Setting durchgeführt werden.“

Hoch gelobt wird in verhaltenstherapeutischen Kreisen insbesondere die Metaanalyse von Wittman und Matt (1984), in der „deutschsprachige Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie“ (Erwachsener sowie Kinder und Jugendlicher) beurteilt werden sollten. Jedoch: „58 % der untersuchten Behandlungsvergleiche stammen aus Analogstudien. ... Dementsprechend haben 77% der „Therapeuten“ aller Primärstudien maximal ein Jahr Erfahrung. Die Behandlungsdauer beträgt im Mittel bei der Psychoanalyse 13,8 Stunden(!), der klientenzentrierten Therapie 10,8 Stunden“ (Riedel und Schneider-Düker, 1991). Beide Verfahren sind aber bekanntermaßen keine Kurzzeittherapien. Ein Vergleich der diesen Therapierichtungen zugeordneten Therapien mit den Grundprinzipien dieser Richtungen zeigt, dass es sich, zumindest in der überwiegenden Zahl der Fälle, hierbei nicht um lege artis durchgeführte Therapien handelt. Das Einschlusskriterium einer unbehandelten Fremdkontrollgruppe führte bei dieser wie bei anderen Metaanalysen zu dem Ergebnis, dass alle länger dauernden und damit alle inhaltlich validen Studien über humanistische, tiefenpsychologisch fundierte Therapien und Psychoanalyse aus diesen Analysen ausgeschlossen wurden. Der Metaanalyse von Wittmann & Matt sprechen Riedel und Schneider-Düker deshalb zu Recht jegliche Aussagekraft über nicht-behaviorale Therapien ab.

Ähnliche Probleme lassen sich für fast jede der großen Metaanalysen belegen. Da wird z.B. eine deutliche Überlegenheit der Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Angststörungen propagiert, und diese Überlegenheit resultiert einzig und allein aus einer großen Zahl von Studien, in der einfache Phobien behandelt wurden. Diese erdrückt zahlenmäßig völlig die Effektstärken für soziale Ängste und generalisierte Angststörungen und ist auch deshalb so hoch, weil als hochreagibles Maß der Abstand des Phobikers vom Angstobjekt in cm genommen wurde. Effektstärken über Therapieverfahren wurden über heterogene Gruppen aggregiert, d.h. über nicht vergleichbare Störungsbilder, deren zahlenmäßige Zusammensetzung mit der epidemiologischen Häufigkeit von Störungsbildern nicht das mindeste zu tun haben, und unterschiedlich reagibler Erhebungsinstrumente. Untersucht wurde am häufigsten, was sich in einem mechanistischen Paradigma am einfachsten untersuchen ließ und damit höchste Effektstärken versprach. Je nach zahlenmäßiger Zusammen-

setzung der Subgruppen erhält man völlig willkürliche Ergebnisse für die jeweiligen Zusammenfassungen und Haupttabellen, insbesondere für die Effektstärken verschiedener Therapieverfahren. Entsprechendes gilt auch für die bekannten Metaanalysen zur Effektivität von Psychotherapien bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Casey & Berman, 1985; Kazdin et al., 1990; Weisz et al., 1987; Weiss et al., 1995; Weisz et al., 1995). Für die therapeutische Praxis besitzen solche Ergebnisse leider keinerlei Validität.

Bruce E. Wampold und seine Kollegen wiesen zu Recht darauf hin, dass Therapievergleichsstudien nur dann einen Wert haben, wenn alle verglichenen Behandlungen auch bona fide - also guten Glaubens an ihre Wirksamkeit - durchgeführt wurden. Wampold, Mondin, Moody, Stich et al. haben 1997 eine Studie veröffentlicht, in der zum ersten Mal der Dodo-Bird-Effekt (Gleichheit der Wirksamkeit verschiedener Psychotherapieverfahren bzw. -methoden) methodisch adäquat getestet wurde. Sie haben dabei Psychotherapievergleichsstudien von 1970 bis 1995 untersucht, in denen die Therapeuten aller verglichenen Behandlungen von der Wirksamkeit ihres Verfahrens überzeugt waren und jene ausgeschlossen, in denen ein Verfahren quasi nur als Kontrollgruppe dienen sollte. Außerdem haben sie keine Vorab-Klassifizierung in Schulen vorgenommen, sondern Wampold und seine Kollegen haben die einzelnen Treatments miteinander verglichen. Sie haben dabei den Dodo-Bird-Effekt über eine Testung der Verteilungsform bestätigen können. Die gefundene Verteilung der Effektstärkeunterschiede zwischen verschiedenen Treatments entsprach dabei fast exakt der bei Richtigkeit des Dodo-Effektes zu erwartenden Zufallsverteilung.

Um es so zu sagen: Verhaltenstherapie ist wirksam. Die Überlegenheit der Verhaltenstherapie über andere Therapierichtungen jedoch ist einer der bestgepflegten Mythen in der Psychotherapieforschung.

Wiederholt zeigte sich in großen und ernst zunehmenden Vergleichsstudien, an denen Vertreter aller untersuchten Psychotherapieverfahren beteiligt waren, dass diese Verfahren vergleichbare Erfolge zu verzeichnen hatten, obwohl sie sich in ihrem therapeutischen Vorgehen deutlich unterschieden.

Seit Jahren wird deshalb in der Scientific Community eine differentielle Therapieforschung als Ausweg aus diesem „Äquivalenzparadox“ gefordert, das von Kiesler zu einem „Conformity Assumption Myth“ erklärt worden war. In der Psychotherapie scheinen aber eine Vielzahl von „Variablen“ eine Rolle zu spielen, die sich nicht einfach linear in einer kausalen Wirkung addieren lassen, es handelt sich, zumindest zum Teil, um Wechselwirkungsprozesse, die bereits auf prozessualer Mikroebene miteinander interagieren. (In der

Mathematik und der Physik würde man funktionale Wechselwirkungszusammenhänge einer bestimmten Zahl von Variablen in Form von Differentialgleichungen beschreiben. Leider lassen sich ab einer gewissen Zahl von Variablen für solche Differentialgleichungssysteme keine analytischen Lösungen mehr bestimmen. Auch ist man in der Psychologie nur selten in der Lage, funktionale Wechselwirkungszusammenhänge zu formulieren.) In der Psychotherapieforschung stehen daher allenfalls statistische Verfahren zur Verfügung. Zur Signifikanztestung von Einflussfaktoren auf die Gruppenmittelwerte bestimmter abhängiger Variablen ist die Varianzanalyse das Mittel der Wahl. Hierbei kann auch die Nichtadditivität der berücksichtigten Faktoren statistisch überprüft werden. Haupteffekte dürften im Falle des Vorliegens solcher „Interaktionen“ (Wechselwirkungen) nicht mehr interpretiert werden. Shoham-Salomon (1990) weist zutreffend darauf hin, dass bereits die Ergebnisse von Varianzanalysen mit mehr als drei Faktoren, sofern Wechselwirkungen auftreten, inhaltlich nicht mehr sinnvoll interpretiert werden können. Hätte ein Untersucher aber z.B. nur zwei solcher Faktoren berücksichtigt, hätte er die Unsinnigkeit seines Ansatzes und den reduzierten Geltungsbereich seiner Ergebnisse - nämlich allein und genau unter den Randbedingungen der von ihm nicht erhobenen Faktoren, wie sie in der oder den von ihm untersuchten Stichprobe(n) vorlagen - überhaupt nicht bemerkt. In der Psychotherapie (und ihrer Erforschung) dürfte jedoch eine weitaus größere Zahl von Einflussfaktoren eine Rolle spielen, die im statistischen Sinne miteinander „interagieren“ (siehe z. B. Orlinsky & Howard, 1978, 1986). Die Vertreter quantitativer Psychotherapieforschung befinden sich damit in einer Not, die anscheinend noch nicht viele Kollegen wirklich begriffen haben oder bereit sind zuzugeben:

Ich möchte an dieser Stelle noch an ein Faktum erinnern, das in den öffentlichen Diskussionen der heutigen scientific community immer häufiger in Vergessenheit zu geraten scheint: Wissenschaft ist zuallererst ein sozialer Prozess.

- Wissenschaftspraxis ist - leider - in der Regel weder allein, noch primär an der Erfüllung wissenschaftstheoretischer Normen orientiert, sondern wird i.d.R. von persönlichen sozialen Steuerungsprozessen der scientific community (Bewilligung von Forschungsgeldern, Veröffentlichungspolitik der Redaktionen von Fachzeitschriften) und von beruflichen Karriere Wünschen bzw. -zwängen des Wissenschaftlers beeinflusst und geleitet. Diese Vorgänge sind durch empirische Wissenschaftsforschung bzw. Wissenschaftssoziologie untersucht und belegt (Weingart, 1975). Dies führt zu solchen Effekten, dass die Wahrscheinlichkeit für Studien mit signifikanten Ergebnissen achtmal höher ist als für Studien mit nichtsignifikanten Ergebnissen. In solchen Signifikanztests üblich ist eine akzeptierte

Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %. D.h. dabei kommt im Durchschnitt jede zwanzigste Signifikanz zufällig zustande. Man kann sich vorstellen, was dies angesichts des eben gesagten für Verzerrungen produziert. So sind auch die veröffentlichten Effekte in der Vielzahl kleiner Studien viel höher als in solchen mit großen Stichproben. Dieser Unterschied ist größer als dies aus statistischen Gründen der Fall sein dürfte.

- Veröffentlichungen die dem eigenen Mainstream entsprechen, werden angenommen, andere aber abgelehnt - nachgewiesen in einer verdeckten Studie, in der bei eingereichten Forschungsartikeln nur die Ergebniszahlen verändert wurden.
- Wie sehr auch die Aufrechterhaltung von Lehrmeinungen und methodischen Normen solchen sachfremden Einflussfaktoren unterliegen kann, hat bereits Thomas Kuhn am Beispiel der Physik gezeigt.

Wissenschaftliche Ergebnisse können und sollten daher nur in Kenntnis ihres Entstehungs- und Verwertungszusammenhanges beurteilt werden.

Schlussfolgerungen

- Die Neutralität von Wissenschaftlern ist i.d.R. eine Illusion. Der Wissenschaftliche Beirat ist daher paritätisch mit Wissenschaftlern zu besetzen, die der Verhaltenstherapeutischen, der Psychoanalytischen und den humanistischen Therapierichtungen nahe stehen.
- Die Kriterien für angemessene Therapieforschung bedürfen dringend einer Änderung. Zum Goldstandard sollten sinnvollerweise für die Praxis valide Studien erhoben werden, d.h. Effectiveness-Studien, also Feldstudien ohne randomisierter Zuweisung und ohne unbehandelte Kontroll- oder Placebogruppen.
- An einem ggf. zu gründenden Zentralinstitut für Therapieforschung sind die Posten von Entscheidungsträgern paritätisch mit Vertretern der verschiedenen Forschungsansätze und Therapieverfahren zu besetzen.
- Die Kriterien für die Zulassung von Psychotherapieverfahren müssen verändert werden.
- Es müssen andere, d.h. angemessenere kurz und mittelfristige Kriterien für die berufsrechtliche Zu-

lassung inzwischen ausgeschlossener, aber praktisch bewährter Therapieverfahren formuliert werden.

- Länger dauernde Psychotherapieverfahren und integrative Ansätze dürfen nicht aufgrund forschungsmethodischer Probleme behindert oder diskriminiert werden.
- Neuerungen müssen möglich sein.
- Langfristig ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass in der therapeutischen Wirksamkeit dem Therapeuteneffekt mehr Bedeutung zukommt als dem erlernten Therapieverfahren.

Aufgrund der oben zusammengetragenen Argumente würde ich unter den beschriebenen heutigen Bedingungen folgende Kriterien zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren für angemessen halten (Diese Kriterien sollten an alle Psychotherapieverfahren gleichermaßen angelegt werden. Es kann nicht angehen, eine Zulassungshürde zu formulieren, die ein bereits per Gesetz zugelassenes Verfahren selbst nicht erfüllen kann.):

1. Ein Nachweis von drei Studien (Effectiveness oder Efficacy, therapiebegleitend oder retrospektiv), die die Wirksamkeit des Verfahrens stützen. Studien in realistischem Setting (Effectiveness) ohne die Forderung nach unbehandelten Kontroll- oder Placebogruppen. sind ausdrücklich erwünscht.
2. Das Vorliegen eines Störungsmodells. Die Ausformulierung eines Störungsmodells ist zu fordern, nicht hingegen die Zustimmung zur Richtigkeit des Modells.
3. Das Vorliegen eines Modells zur therapeutischen Wirkung des Verfahrens. Die Ausformulierung eines Wirkungsmodells ist zu fordern, nicht hingegen die Zustimmung zur Richtigkeit des Modells.
4. Im Rahmen der Qualitätssicherung und -förderung sollte die Durchführung sinnvoller Effectiveness-Studien für bekannte und neuere Psychotherapieverfahren und -methoden incl. integrativer Ansätze finanziell und organisatorisch ermöglicht und gefördert werden. Dabei sind Forscher und Praktiker der untersuchten Therapierichtungen an Planung, Durchführung und Auswertung der Studien verantwortlich zu beteiligen.

Literatur

Bohart, A. C., O'Hara, M. & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8 (2), 141-157.
 Beelmann, A. Pfungsten, U. & Lösel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 260-271.

Casey, R. J. & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
 Elliott (1998). ©Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division 12, American Psychological Association.
 Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (Eds.) (1994). *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
 Grubitzsch, S. & Rexilius, G. (1978). *Testtheorie - Testpraxis. Voraussetzungen, Verfahren, Formen und Anwendungsmöglichkeiten*.

- keiten psychologischer Tests im kritischen Überblick. Reinbek Rowohlt.
- 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.
- Kuhn, Th. S. (1976). Zur Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lambert, J. M. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1978). The relation of process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.). New York Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In S.L. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York Wiley.
- Riedel, H. & Schneider-Düker, M. (1991). Kontextbedingungen „kontrollierter“ und „unkontrollierter“ Psychotherapieforschung. *Psychologische Rundschau*, 42, 19-28.
- Seligman, M. E. P. (1995): The effectiveness of psychotherapy. In: *The Consumer Reports Study*. *American Psychologist* 50, 965-974.
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-Analysis of Comparative Therapy Outcome Studies: A Replication and Refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shapiro, D.A., Firth-Cozens, J. & Stiles, W.B. (1989). Therapist's differential effectiveness: A Sheffield Psychotherapy Project addendum. *British Journal of Psychiatry*, 154, 383-385.
- Shoham-Salomon, V. (1990). Interrelating Research Process in Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(3), 295-303.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Weingart, P. (1975). *Wissenschaftsforschung*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Weiss, B. & Weisz, J. R. (1990). The impact of methodological factors on child psychotherapy outcome research: A meta-analysis for researchers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 639-670.
- Weiss, B. & Weisz, J. R. (1995). Relative effectiveness of behavioral versus nonbehavioral child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 317-320.
- Weisz, J. R. & Weiss, B. (1993). *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. Newbury Park: Sage.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Wittmann, W. W. & Matt, G. E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40.

Dokumentation der Podiumsdiskussion

Im Folgenden ist die sich an die Vorträge anschließende Diskussion weitgehend dokumentiert.

M. Thielen: Bei den Psychotherapieverfahren, die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nicht oder noch nicht anerkannt sind, handelt es sich in der Regel nicht um Verfahren für die in Stadtmagazinen wie „Zitty“ geworben wird, sondern um Verfahren mit jahrzehntelanger Tradition und Versorgungsrelevanz wie die Systemische Therapie und Familientherapie, die Gestalttherapie, die Körperpsychotherapie, das Psychodrama, die Neuropsychologie u.a. Das Psychodrama und die Systemische Therapie/Familientherapie wurden vom WBP untersucht und als unwissenschaftlich abgelehnt. Alle erwähnten Psychotherapieverfahren werden im klinischen Bereich angewandt, häufig durch multiprofessionelle Teams. In nicht unerheblichem Umfang wird dort methodenintegrativ vorgegangen, d.h. entsprechend der spezifischen Symptomatik und Problematik des Patienten kommen verschiedene Methoden zur Anwendung. Das methodenintegrative Vorgehen ist in der Regel sehr erfolgreich.

Ich glaube, wir sind uns alle einig am Punkt der Missbrauchsabwehr, den Herr Francke erläutert hat. Doch was heißt das? Hier sehe ich einen Widerspruch zu Ihren Ausführungen, Herr Linden. Heißt Missbrauchsabwehr z.B., dass ich als Körperpsychotherapeut bestimmte Interventionen nicht anwenden darf, obwohl sie wirksam sind und dem Behandlungserfolg zugute kommen könnten?

Meines Erachtens sind die Kriterien des WBP einseitig am Goldstandard der Laborwirksamkeit orientiert, die bereits von einer Reihe von Referenten zu Recht kritisiert wurde. Das Kriterium der Klinischen Bewährtheit und Brauchbarkeit eines Psychotherapieverfahrens müsste höher bewertet werden, ebenso die Anerkennung des Verfahrens in der Profession. Der WBP hat Kriterien erstellt, die die Richtlinienverfahren selbst nicht erfüllt haben, sondern nur die Gesprächspsychotherapie. Aus meiner Sicht gibt es dadurch eine Ungleichbehandlung der Psychotherapieverfahren. Die noch nicht anerkannten Verfahren müssen sich den Prüfkriterien stellen, während die Richtlinienverfahren das nicht tun. Die noch nicht anerkannten bzw. vom WBP als unwissenschaftlich eingeschätzten Verfahren werden in äußerst problematischer Weise an den Rand der Legalität gedrängt. Der WBP sollte nach fünfjähriger Tätigkeit seine Wissenschaftlichkeitskriterien überprüfen und sie dringend reformieren, da sie sich aus meiner Sicht in der Praxis als nicht brauchbar und angemessen erwiesen haben. (Viel Beifall)

M. Linden: Das Psychotherapeutengesetz hat seine zentrale Aufgabe in der Missbrauchsabwehr, es ist in erster Linie ein Patientenschutzrecht. Fragen des Strafrechts spielen auch eine Rolle.

G. Köbke: Müssen die Patienten vor den Psychotherapieverfahren geschützt werden?

M. Linden: Herr Thielen, woher wissen Sie, dass die Familientherapie wirksam ist? (Gegenfrage Thielen: Woher wissen Sie, dass die Verhaltenstherapie wirksam ist?) Die Richtlinienverfahren haben Bestandsschutz, das ist ähnlich wie mit ihrem Abitur. Die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie unterziehen sich der Überprüfung durch den WBP, obwohl ich dagegen war, weil sie es aus Bestandsschutzgründen nicht müssten. Ich habe auch eine gesprächspsychotherapeutische Ausbildung und bin überzeugt, dass die Gesprächspsychotherapie (GPT) wirksam ist. Die Vertreter der GPT hatten dem WBP „Lastwagen voll“ Material geliefert, doch vieles war nicht brauchbar. Häufig hieß es, „die GPT wirkt bei XY“, „wer weiß nicht was“, oder „die GPT wirkt bei XY“, „die GPT wird empfohlen bei...“, „die GPT könnte wirksam sein“, „die GPT wurde diskutiert“. Wenn man dann weiter runtergeht, dann hat man eine einzelne Fallstudie, bei der noch nicht einmal klar ist, ob der Patient wirklich krank war. Das ist das Problem. Wenn Sie also aufstehen und sagen, die Systemische Therapie ist wirksam, dann habe ich nichts dagegen, doch können Sie es beweisen? (Zwischenruf: Was soll das Misstrauen?) Ja Misstrauen ist bei Missbrauchsabwehr notwendig. Keine Therapie ist erst mal besser als Therapie, das ist das Axiom, das dahinter steht. Wer sagt, es ist wirksam, der muss vortreten. Es geht um Interessensvertretung, sie spielt eine legitime Rolle. Nur: Wenn jemand ein Interessensvertreter ist, muss er auch Evidenz vorlegen, das ist dann in Ordnung. Auf diesem Hintergrund bewegt sich die Diskussion, die man nicht wissenschaftlich überhöhen sollte.

Frau aus dem Publikum: Ich möchte Herrn Linden widersprechen, dass das PsychThG primär der Missbrauchsabwehr diene. Es schreibt in erster Linie die Gleichstellung der Psychologischen Psychotherapeuten mit den Medizinern fest. Mit dem Gesetz wurde das ärztliche Delegationsverfahren abgeschafft. Die Hauptwirksamkeit des PsychThG ist die berufliche Gleichstellung der Psychologischen Psychotherapeuten. Es hat auch die Funktion der Missbrauchsabwehr, aber nicht an erster Stelle.

R. Francke: Das PsychThG ist in erster Linie natürlich ein Berufsschutzgesetz, das ist keine Frage. Aber der Berufsschutz darf nur erteilt werden, wenn zugleich eine ausgeglichene Rechtslage zum Patientenschutz hergestellt wird. Insofern sind wir uns einig an diesem Punkt, man sollte nicht so sehr pointieren, wie es gelegentlich gemacht wird. Das PsychThG schützt die berufliche Tätigkeit unter der Bezeichnung Psychologischer Psychotherapeut. Das ist der erste Punkt, daran knüpfen sich eine Reihe von Folgerungen, die Sie –

meine Damen und Herren - u.U. in ihrer Praxis nicht beachten. Aufklärung: Wer von Ihnen klärt seine Patienten über alternative Heilmethoden auf?



Gisela Borgmann (re.) im Gespräch mit Kammermitgliedern

M. Linden: Ein ergänzender Satz: Es ist ein Berufsregulierungsgesetz, doch mehr als nur eine berufsrechtliche Regelung, da es um die Approbation geht. Approbation hat etwas mit Patientenschutz zu tun. Irgendwann – in den letzten Hunderten von Jahren – hat man die Ausübung von Heilkunde eng begrenzt und von der Approbation abhängig gemacht. Eine Berufsrechtsregelung in einem Bereich ohne Approbation ist etwas anderes als eine in einem Approbationsbereich. Psychologische Psychotherapeuten haben jetzt die Approbation und üben damit Heilkunde aus. Das ist schon etwas anderes als nur eine berufsrechtliche Regelung.

R. Francke: Das ist nicht richtig, das ist falsch. Die Psychologischen Psychotherapeuten waren schon vorher als Heilpraktiker tätig, mussten sie ja auch, wenn sie Heilkunde ausgeübt haben. Das PsychThG ist eine spezielle Regelung. Was früher im Heilpraktiker-gesetz geregelt war, wurde für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in diesem Gesetz geregelt.

Es gibt darin keinen Bestandsschutz für Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie. Diesen gibt es allenfalls in den Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen. In den übergangsrechtlichen Regeln nimmt das Gesetz Bezug auf diese Verfahren. Doch für kein Verfahren gibt es Bestandsschutz. Alle Verfahren unterliegen der Wissenschaftsklausel. Und ein Verfahren, das einen Bestandsschutz beansprucht, könnte nach dieser engen Definition sofort rausfliegen.

Wir haben in den Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen ein Indiz dafür, dass die Richtlinienverfahren wissenschaftlich seien und zweckmäßig im Sinne von § 2 Abs. 1, Satz 3 des Strafgesetzbuches V als Parallelkriterium zu wissenschaftlich anerkannt. Das hat der Gesetzgeber in § 12 des PsychThG zum Ausdruck gebracht. Sonst steht im

Gesetz kein Satz zur Verhaltenstherapie und Psychoanalyse drin. Darin ist nur enthalten, was im Delegationsverfahren gemacht wurde und zum übergangsrechtlichen Erwerb der Approbation ausreicht.

Ich halte die ‚Evidenz basierte Medizin‘ für einen großen Segen, da sie viel Zweifelhafes bei den Arzneimitteln und der somatischen Medizin, das dort verabreicht wird, und nur auf der ärztlichen Erfahrung basiert, überprüft, widerlegt und rationalisiert. Doch bei den Psychologischen Psychotherapeuten gibt es keine Einigkeit über die methodischen Grundlagen der notwendigen Prüfkriterien. (Beifall)

M. Buchholz: Ich bin auf keinen Fall wissenschaftsfeindlich. Ich bin durchaus der Meinung, dass Wissenschaft neutral sein sollte. An einem Punkt unterscheide ich mich von Herrn Fliegener.

Von den Mitgliedern des WBP fordere ich, dass sie auch wissenschaftlich sind. Ich kritisiere, dass sie nicht die ganze empirische Befundlage zur Kenntnis nehmen. Wenn Herr Linden fragt, worauf die Wissenschaftlichkeit der Systemischen/Familientherapie basiert, so sollte man 100 Jahre zurückblicken und wird dabei feststellen, dass alle wesentlichen Innovationen in der Medizin über Fallstudien zustande kamen. Was wissenschaftlich ist, wird sich erst in langen Prozessen herausstellen.

Meichenbaum, ein Verhaltenstherapeut, der die sog. „self-modification statement therapy“ als Manual der Verhaltenstherapie entwickelt hat, ist selbst Autor von vielen Studien. Es gibt eine Menge auch vergleichender und RCT-Studien (randomized controlled trial), die die Wirksamkeit belegen. Nun gibt es auch eine Metaanalyse von Dush, D.M. Hirt, M.L. & Schroeder, H. (Self-statement modification with adults: A meta-analysis, Psychological Bulletin 94 (1983), S. 408-422), die nicht nach einzelnen Verfahren, sondern danach gruppiert wurde, wo Meichenbaum als Autor oder Co-Autor erscheint bzw. wo nicht. Von den 69 Studien, an denen Meichenbaum als Autor oder Co-Autor beteiligt war, war die Verhaltenstherapie den anderen Verfahren überlegen, bei den Studien, an denen er nicht beteiligt war, ist es nicht so.

Es gibt auch erhebliche Kritik an den RCT- Kriterien, ob z.B. in der Psychotherapie Doppelblindstudien sinnvoll sind. Nach diesen Anforderungen müssen „no-treatment“ Bedingungen, „Placebo“- Bedingungen und eine „Alternativ“-Bedingung zusätzlich zu der eigentlichen „practice“-Bedingung erfüllt werden. Um die Variationsmöglichkeiten neutral zu halten, was in den besseren Studien auch passiert, (müssen) unter Placebo-, „no-treatment“ und den anderen Bedingungen, Therapeuten arbeiten, die auf das angewendete Verfahren nicht geeicht sind. Z.B. probiert sich ein Verhaltenstherapeut in Psychoanalyse, ein existentialistischer Therapeut in Verhaltenstherapie usw. und sie tun dies auf der Basis von Manualen. Was passiert, darauf hat

u.a. Wamphold hingewiesen, dass alle Therapeuten ihre Patienten in der Behandlung halten wollen. Sie tun also hinreichend genug, um die Patienten in der Therapie zu halten, auch wenn sie eine Richtung vertreten, in der sie nicht ausgebildet sind. Während die anderen Therapeuten, die unter den „treatment“- oder „practice“-Bedingungen arbeiten, eine Variable realisieren, die die Psychotherapieforscher „therapists experience“ nennen, also von der Wirksamkeit ihres Verfahrens überzeugt sind. Umgekehrt sitzen in den Placebo-, „no-treatment“- und Alternativbehandlungen Leute zusammen, wo der Therapeut entweder gar nicht oder überhaupt nicht von dem Verfahren überzeugt ist, das er anwendet. Umgekehrt muss sich der Patient fragen, in welchem Sinnzusammenhang das steht, was der Therapeut mit ihm macht. So ist ein sinnentleerer Raum entstanden.

Wenn man dies alles kennt, so kann man wie Wamphold die Ergebnisse sämtlicher Studien vorhersagen: dass die Therapien unter „no-treatment“- Bedingungen die schlechtesten Ergebnisse, die unter „Placebo“- Bedingungen die zweitschlechtesten und die unter „alternativ“-Bedingungen die drittschlechtesten Ergebnisse haben, während die unter „treatment“- Bedingungen die besten Ergebnisse erzielen. Und tatsächlich die ganze Psychotherapieforschung belegt das. Man kann sich als sehr ernsthaft die Frage stellen, ob diese Art von Forschung nur Artefakte produzieren kann. Ich möchte der Diskussion eine Wende geben, um aus der positivistischen Attraktorfälle herauszukommen. Ich habe mich sehr gefreut, dass Herr Revenstorf eine Reihe von Anregungen gegeben hat, auf die ich auch gekommen bin. Er sprach von der Bildung schulensübergreifender Gremien und von einem Expertenkonsens, mir wäre ein professioneller Konsens lieber. Ich möchte das Wörtchen „regional“ davor setzen, um davon wegzukommen, unterschiedliche Schulen zu evaluieren, sondern stattdessen reale Institutionen. (Beifall)

D. Revenstorf: Es wurde bereits mehrfach Zweifel an der Validität der Psychotherapieforschung geäußert. Vielleicht ist ihr gegenwärtiger Stand mehr eine Notlösung. Das Argument der Missbrauchsabwehr sollte nicht so hoch gehängt werden, mir sind kaum Fälle von Missbrauch bekannt, es sei denn, es handelt sich um realen Missbrauch. Ich halte die Gefahr, dem Patienten durch Therapie zu schaden für nicht so real, wäre es so, müsste Nebenwirkungsforschung betrieben werden. Ich frage mich weiter, wieso z.B. in Österreich und in der Schweiz mehr Verfahren zugelassen sind als in Deutschland. Sind die dort etwa zu schlampig? Es muss die Möglichkeit auch hier geben, das Verfahren ausprobiert werden können, für sie muss eine Übergangsstruktur geschaffen werden. (Beifall)

B. Fliegner: Ich möchte ein Missverständnis von Prof. Buchholz ausräumen. Ich bin auch dafür, dass die Norm bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen hochgehalten wird, möchte aber darauf hinweisen, dass

oft noch andere Einflussfaktoren eine Rolle spielen, die zu Verzerrungen der Ergebnisse führen. Da gibt es z.B. „Alliance“-Effekte in Vergleichsstudien, die der vom Untersucher favorisierten Therapierichtung Vorteile verschaffen. Wissenschaftspraxis wird i.d.R. von sozialen Steuerungsprozessen der scientific community und von beruflichen Karrierewünschen bzw. –zwängen des Wissenschaftlers beeinflusst und geleitet, z.B. von der Bewilligung von Forschungsgeldern oder der Veröffentlichungspolitik der Redaktionen von Fachzeitschriften. Solche Vorgänge sind durch empirische Wissenschaftsforschung bzw. –soziologie belegt. Das führt z.B. zu solchen Effekten, dass die Wahrscheinlichkeit für Studien mit signifikanten Ergebnissen manchmal höher ist als für Studien mit nichtsignifikanten Ergebnissen. In solchen Signifikanztests ist eine akzeptierte Irrtumswahrscheinlichkeit von fünf Prozent üblich. D.h., dabei kommt im Durchschnitt jede zwanzigste Signifikanz zufällig zustande. Man kann sich vorstellen, was das angesichts des eben Gesagten für Verzerrungen produziert. So sind auch die veröffentlichten Effekte in der Vielzahl kleiner Studien höher als in Studien mit großen Stichproben. Dieser Unterschied ist größer als das aus statistischen Gründen der Fall sein dürfte. Veröffentlichungen, die dem eigenen Mainstream entsprechen, werden angenommen, andere aber abgelehnt. Wie sehr auch die Aufrechterhaltung von Lehrmeinungen und methodischen Normen solchen sachfremden Einflussfaktoren unterliegen kann, hat bereits Thomas Kuhn am Beispiel der Physik gezeigt. Wissenschaftliche Erkenntnisse können daher nur in Kenntnis ihres Entstehungs- und Verwendungszusammenhangs beurteilt werden.

Ich bin dafür, dass an den Studien Vertreter unterschiedlicher Richtungen beteiligt sein müssen, um Verzerrungen zu vermeiden.

Zu Herrn Linden: Es gibt vielmehr Studien, als der WBP durch seine Brille wahrnehmen möchte. Seligman, ein in den USA sehr bekannter Psychotherapieforscher, favorisiert die Durchführung von Effectiveness-Studien, d.h. Feldstudien, die Psychotherapien so untersuchen, wie sie tatsächlich im jeweiligen Arbeitsfeld praktiziert werden. (Beifall)

R. Francke: Wir bewegen uns im Kontext der Verwissenschaftlichung der Medizin bzw. der Heilkunde seit ca. 170-180 Jahren, das ist ein irreversibler Prozess. Wenn Interventionen am Patienten gemacht werden, dann wollen wir auch wissen, ob diese Interventionen den beabsichtigten Erfolg mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit haben. Wenn die Öffentliche Hand Geld dafür ausgibt, Beitragsmittel - sagen wir ruhig: Lohnnebenkosten, dann will sie auch Kontrolle. Dass es in der Wissenschaft auch zu fehlerhaften Studien kommt, ist bekannt. Die Deutsche Forschungsgesellschaft weiß das am besten. Doch es geht ja genau darum, diese fehlerhaften Studien zu fassen zu bekommen. In der Medizin ist man sich über das naturwissenschaftliche Paradigma weitgehend einig. Der Gesetzgeber hat im Zusammenhang mit der Erstellung eine Positivliste die

Homöopathie und die Phytotherapie anerkannt und anderen Standards unterworfen als die andere Arzneimitteltherapie. Dass wir bei der Arzneimitteltherapie genau hinschauen müssen, ist unbedingt notwendig, z.B. bei der Chemotherapie bei Brustkrebskrankungen. Sie hat hohe Nebenwirkungen, hat nichts bewirkt, sondern nur den Patientinnen geschadet.

Eine gewisse Parallele in der Vorgehensweise auch in der Psychotherapie kann man nicht zurückweisen. Wie kann man die weitgehenden Differenzen in der Psychotherapie überwinden und die Scharlatane zu fassen bekommen? Eine sorgfältige Evaluationsforschung ist deshalb notwendig. Doch vielleicht ist das jetzige Nadelöhr zu eng. (Beifall) Der WBP hat z.B. dem Psychodrama beschieden, dass der Antrag erhebliche Mängel aufweist, es gibt aber gar kein Antragsteller. Nach dem PsychThG ist nur die Landesbehörde anfrageberechtigt.

Der WBP hat sich zu einer Assessment-Agentur entwickelt. Wo es ein Amt gibt, gibt es auch Aufgaben. Der Gesetzgeber hat diese Entwicklung auch möglich gemacht. Die beteiligten Institutionen, wie Krankenkassen u.a. wollen wissen, wofür sie Geld ausgeben. Die humanistischen und systemischen Verfahren müssen sich einigen und deutlich machen, wie sie mit den Evaluationsanforderungen umgehen wollen.

G. Köbke: Frage an Herrn Linden: Sehen Sie bei den jetzigen Kriterien des WBP eine Chance, dass andere Verfahren anerkannt werden können?

M. Linden: Der WBP ist durchaus sehr heterogen besetzt, in ihm sind auch Gesprächspsychotherapeuten vertreten. Ich habe den Eindruck, dass in der Diskussion einiges unterstellt wird, man muss aber genau hinschauen. Ich bin selbst seit langen Jahren Feldforscher und kenne die aufgeworfenen Problematiken. Es wird mir unterstellt, ich würde als Mitglied des WBP Studien nicht zur Kenntnis nehmen, doch diese liegen nicht vor. Es gibt sie schlicht nicht. Als Gutachter muss man schon konkret werden, da muss man auch vorliegendes Material durchzählen.

Welche Regelungskompetenz hat der WBP? Er hat die Aufgabe die psychotherapeutische Behandlung von Krankheiten zu begutachten. Bei dem, was unter Krankheiten zu verstehen ist, hat er sich an den ICD (i.e.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen) gehalten. Sicherlich ist dieser Bezugsstandard nicht optimal, aber der geltende Rechtsstandard. Er hat zwölf Oberkapitel mit 30 verschiedenen Krankheiten. Genügt es, wenn die systemische Therapie zeigt, dass sie irgendeine Form der Angsterkrankungen erfolgreich behandelt, oder müsste sie nicht eigentlich den Nachweis erbringen, dass sie bei verschiedenen Formen der Phobien wirksam ist? Wie viele Bereiche abgedeckt sein müssen, ob fünf, sechs oder einer, ist tatsächlich eine Frage des Expertentums und wird im Konsens getroffen. Drei Studien für fünf Bereiche ist nicht viel, eine wirklich kontrollierte Studie pro Bereich sollte dabei sein.

Ich wäre heilfroh, wenn ich die kritischen Dinge, die hier heute gesagt wurden, mit in die Diskussion einbeziehen könnte. Es gibt aber keine Daten, anhand deren solche Diskussionen geführt werden könnten.

Zur Frage der Antragsstellung: der WBP lizenziert für das deutsche Gesundheitswesen, nicht für Österreich, nicht für die Schweiz. Psychotherapie ist eine von Personen zu erbringende Leistung. Wenn es also z.B. in der Gesprächspsychotherapie keine Personen gäbe, die sie in Deutschland praktizieren würden, gäbe es auch keine deutsche Gesprächspsychotherapie. Wer steht für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren, z.B. die systemische Therapie. Der WBP sieht es nicht als seine Aufgabe, selbst Literatur, wissenschaftliche Artikel u.a. für das jeweilige Verfahren zu suchen, sondern die Vertreter des Verfahrens müssen die entsprechenden Materialien und Evidenznachweise vorlegen.

M. Thielen: Nachfrage an Herrn Linden: Wieso schafft der WBP nicht die Möglichkeit von Pilotprojekten für Verfahren, die noch nicht ausreichend evaluiert wurden? Warum hat das Kriterium der Laborwirksamkeit den entscheidenden Stellenwert im WBP, obwohl doch bekannt ist, dass so renommierte internationale Psychotherapieforscher wie Seligman den Stellenwert des Kriteriums der klinischen Brauchbarkeit und Bewährtheit eines Verfahrens wesentlich höher gewichtet haben? Diejenigen Verfahren, die im universitären Bereich weitaus weniger als die Verhaltenstherapie bzw. gar nicht beforscht wurden, werden durch die Beiratskriterien deutlich benachteiligt. Für sie müssten zumindest Übergangsbedingungen geschaffen werden.

M. Linden: Ich verstehe zwar Ihre Kritik, doch Sie implizieren, dass etwas da sein sollte, was nicht da ist. Schauen wir uns doch gemeinsam die vorliegenden Studien an, sie sind ja öffentlich. Sie finden Zitierkaskaden, es ist etwas anderes, ob Sie einen wissenschaftlichen Artikel schreiben oder ob sie Evidenz nachweisen. Ein Ausschlusskriterium ist z.B., wenn nicht erkennbar ist, welche Krankheiten behandelt wurden. Das muss aber erkennbar sein, denn hier geht um heilkundliche Psychotherapie.

G. Köbke: Geht es nicht auch um Schutz vor Konkurrenz?

M. Linden: Da bin ich der falsche Ansprechpartner. Ich bin für Konkurrenz, auch im Arzneimittelbereich optiere ich dafür. Allerdings bin ich dagegen, dass in der gegenwärtigen Gesundheitspolitik alles enger gemacht wird. Ich bin für Weiterentwicklung, und es gibt hochinteressante Ansätze, doch die Protagonisten müssen sich ihrer Verantwortung stellen. Der WBP und das PsychThG behindern keine Innovationen in der Psychotherapie.

W. Knobbe: Einerseits gibt es die Meinung, mit einiger Mühe könnte es Kriterien geben, die die Wissenschaftlichkeit von Verfahren abbilden, andererseits hat

auch die Haltung Berechtigung, die ich so zusammenfassen möchte: „Glaube nicht blind einer Statistik“. Aufgrund der Tatsache, dass die Amtszeit des jetzigen WBP im Herbst ausläuft, stellt sich die Frage, wie es weitergehen soll. Es stellt sich die Frage nach den weiteren Perspektiven.

T. Busch: Die nun ca. 100-jährige Geschichte der Psychotherapie ist durch große Multidimensionalität geprägt. Vieles wurde begrifflich gefasst, vieles kann aber auch nicht gefasst werden. Mir liegt eine kleine Studie vor, wonach für die Verhaltenstherapeuten nur bei zwei Prozent die Beziehung und die Klärung der Konflikte mit dem Patienten eine Rolle spielt. Dies ist wissenschaftlich belegt. Die Verhaltenstherapie ist eine bedeutungsvolle und angemessene Therapieform. In der Psychoanalyse, der Humanistischen Psychologie, in der Körperpsychotherapie u.a. ist dies wesentlich anders. In ihnen hat die Beziehung einen ganz anderen Stellenwert. Wenn ein positivistisches Wissenschaftsverständnis bestimmte Items oder bestimmte Dinge, die wissenschaftlich so schwierig zu erforschen sind, unbeachtet lässt, was ist dann mit der Relevanz, der Bedeutung bzw. der multidimensionalen Kraft von Wissenschaft. Ich bin mittlerweile an der Beratungsstelle der Technischen Universität Berlin tätig, dort müssen wir multidimensional vorgehen. Ich finde den Vorschlag gut, mal in die Klinik oder in die Institutionsversorgung der verschiedenen Bereiche zu gehen und dort die Realität adäquat abzubilden. Sie werden dann feststellen, dass es die reine Verhaltenstherapie überhaupt nicht gibt. Wer heute die Borderline-Therapie wissenschaftlich studiert, dem wird auffallen, dass Frau Lineham mit Kernberg zusammen gearbeitet hat, dann hat sie sich mehr abgegrenzt, heute arbeiten sie wieder zusammen und publizieren auch zusammen. Die Verhaltenstherapie hat in der Borderline-Therapie enorm viel von der Psychoanalyse gelernt und die Psychoanalyse hat enorm viel von der Verhaltenstherapie gelernt. Im Wesentlichen sind die neueren Ansätze in der Borderline-Therapie multidimensional. Dies müsste im Grunde genommen, wissenschaftstheoretisch reflektiert, ausgeforscht und publiziert werden. Ein anderes Beispiel: Senf und Broda haben ein: „Lehrbuch der Psychotherapie“ herausgegeben. Dort finden Sie die Verhaltenstherapie neben der Körperpsychotherapie, der Systemischen Therapie u.a. In einem Lehrbuch, das wissenschaftlichen Charakter hat, finden Sie also die Methodenvielfalt. Wie ist es möglich, dass es offensichtlich auch einen anderen Wissenschaftsbegriff gibt, der sagt, das ist wissenschaftlich und das nicht. Wenn man von diesem ausgeht, müsste man die Herren Senf und Broda erobert anschreiben und sagen, wie können Sie in einem Lehrbuch über Wissenschaftlichkeit und wissenschaftliche Methoden schreiben, in dem unwissenschaftlicher Humbug steht. In meiner Stelle, wo zwölf Kollegen arbeiten, haben wir vor Jahren bei den Stellenausschreibung gefordert: Ausbildung in einem Verfahren und Erfahrungen in einem zweiten Verfahren. Mit dieser Doppelqualifikation

haben wir gute Erfahrungen gemacht. Sind jetzt diese Kollegen mit ihrer einen Kopf- oder Körperhälfte wissenschaftlich und mit der anderen Hälfte ganz unwissenschaftlich?

Ich mache den Vorschlag zu erforschen, wie in Praxen und Institutionen Wissenschaftlichkeit handhabbar zu machen ist. Aus meiner eigenen sechsjährigen wissenschaftlichen Erfahrung an der Freien Universität Berlin bin ich wissenschaftstheoretisch von der Notwendigkeit eines Pluralismus überzeugt. Deshalb ist es sehr problematisch, wenn ein positivistisch geprägter Wissenschaftsbegriff zwischen wissenschaftlich und unwissenschaftlich unterscheiden will. Dies ist insbesondere in Deutschland in Anbetracht seiner Geschichte problematisch. (viel Beifall)

M. Buchholz: Es stimmt, wie Herr Francke betont hat, dass in der Medizin seit ca. 180 Jahren ein unglaublich erfolgreiches Modell angewandt wird. Doch es ist fraglich, ob es auf die Psychotherapie übertragbar ist. Ich finde es erfreulich, dass ein Jurist diese Fragen ins Zentrum seiner Überlegungen stellt.

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat 1999 Inventur in der Medizin gemacht und dabei festgestellt, dass nur vier Prozent aller ambulanten und stationären Dienstleistungen den Kriterien belastbarer Evidenz entsprechen, 45 % entsprechen einfachen Evidenz-Bedingungen und für 53 % gibt es keine wissenschaftliche Evidenz.

Viele Hausärzte werden ihnen sagen, dass sie 90 % Ihres Könnens in sechs Wochen lernen können, doch für die restlichen zehn Prozent brauchen sie ein ganzes Studium.

Ich schließe mich der Position des Kollegen aus dem Publikum (T. Busch) an, dass es sinnvoll ist, in einem Grundlagenverfahren ausgebildet zu sein und ein weiteres Verfahren zumindest gründlicher zu kennen. Sie sollten sich weiter darüber im Klaren sein, dass es eine Differenz gibt zwischen professioneller Praxis und wissenschaftlichem Verfahren. (Beifall)

Herr Wild: Als S. Freud vor ca. 100 Jahren vor der ärztlichen Gesellschaft in Wien die These vertrat, dass körperliches Leiden seelische Ursachen hat, war dies ein unglaublicher Skandal. Wie lange hat das gedauert, bis die Thesen Freuds wissenschaftlich ausgearbeitet und akzeptiert wurden? Ist es nicht heute auch ein Skandal, wenn der WBP über einzelne Verfahren entscheidet, ob sie wissenschaftlich sind oder nicht. Bei Herrn Linden vermissen Sie die Akzeptanz und Wertschätzung für andere Positionen und fragen ihn, wann er eine kognitive Wende vollzieht?

R. Brühl: Die Diskussion hat gezeigt, dass es offensichtlich einen Konsens darüber gibt, dass für Forscher und Anwender unterschiedliche Gütekriterien gelten müssen.

An Herrn Lindens Ausführungen kritisiere ich, dass sie einen Mangel an Wertschätzung zeigen. Wieso sollten Psychologische Psychotherapeuten anders behandelt

werden als Organmediziner. Für beide gilt der Grundsatz: „nihil nocere“ (nichts soll Schaden anrichten). Mir fehlt das Wohlwollen in der Diskussion. Ich möchte zurückkommen zu dem alten Sinn des Colloquiums: Das Beste suchen. Wir wollen also herausfinden, was das Beste für die Profession ist.

M. Linden: Natürlich ist Prozessforschung wichtig und wird auch berücksichtigt. Ich will aber auch auf die straf- und haftungsrechtliche Dimension von Psychotherapie hinweisen. Angenommen meine Frau würde bei einem Kollegen Psychotherapie machen und sich suizidieren, dann würde ich sicherlich über einen Anwalt die Therapieunterlagen anfordern und überprüfen, ob der Therapeut einen Behandlungsfehler in Form eines freischwebenden Experiments gemacht hat. Darum geht es: das freischwebende Experiment muss zum Schutze des Patienten ausgeschlossen werden.

B. Fliegner: Die Verantwortung für Psychotherapieforschung lag und liegt bei den Universitäten, dort liegen die Versäumnisse, da viele Verfahren gar nicht beforscht wurden. Ich habe selbst Erfahrungen mit dem Forschungsbetrieb und habe bei einer Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie eine aufwendige Studie zur Gestalttherapie eingereicht, die aber wegen „methodischer Unzulänglichkeiten“ abgewiesen worden ist, da sie deren Efficacy-Kriterien nicht genügte.

Mit Verweis auf die kritische Psychotherapieforschung (Shoham-Salomon, Howard/Orlinski) plädiere ich für mehr Bescheidenheit.

M. Linden: Ich muss Herrn Fliegner widersprechen, dass die Universitäten für die Evaluationsforschung zuständig sind. In der Arzneimittelforschung ist der Hersteller dafür zuständig. Mit der Gründung von Psychotherapeutenkammern geht dieser Auftrag an diese über. Natürlich haben die Fachgesellschaften eine besondere Verantwortung für die Evaluationsforschung ihres Verfahrens.

G. Köbke: Herr Thielen, können Sie uns eine Einschätzung der Veranstaltung geben?

M. Thielen: Ich fand die Referate und die Diskussion pointiert und konstruktiv. Als Konsequenz aus der Diskussion sehe ich gerade im Hinblick auf eine eventuelle Neubesetzung des WBP im Herbst 2003 folgende Aufgaben:

- a) Die Wissenschaftlichkeitskriterien des WBP müssen reformiert werden, die vielfach geäußerte Kritik an dem Kriterium der Laborwirksamkeit müsste Eingang finden.
- b) Die neuen Mitglieder des WBP sollten durch die BPtK gewählt werden, dann wären sie demokratisch legitimiert.
- c) Im WBP sollten Vertreter aller relevanten Psychotherapierichtungen, besonders auch der Nicht-Richtlinienverfahren, vertreten sein.

- d) Die Parität zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einerseits und den Ärztlichen Psychotherapeuten sollte zugunsten der ersteren verändert werden. Für die Ärztlichen Psychotherapeuten hat die Empfehlungspraxis des WBP keine juristische Konsequenz, da sie nicht dem PsychThG unterliegen. (Beifall)

Nach kurzen Abschlussstatements der Referenten endete die Veranstaltung nach ca. drei Stunden.

Autoren

Michael B. Buchholz

Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych.

Professor am Fachbereich Sozialwissenschaften der Universität Göttingen. Niedergelassener Psychoanalytiker in freier Praxis.

Bernd Fliegener

Dipl.-Psych.

Vorsitzender des Ausschusses "Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung" der Psychotherapeutenkammer Berlin. Niedergelassen in freier Praxis. Gestalttherapeut. Ausbilder in der Verhaltenstherapie.

Robert Francke

Prof. Dr. jur.

Professor am Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen.

Michael Linden

Prof. Dr. med., Dipl.-Psych.

Leiter der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik der BfA-Klinik Seehof, Teltow/Berlin. Stellvertretendes Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP).

Dirk Revenstorf,

Prof. Dr. rer.soc., Dipl.-Psych.

Professor für Klinische Psychologie an der Universität Tübingen. Psychotherapieverfahren: Hypnotherapie, Verhaltenstherapie, Körperpsychotherapie u.a.