

punktum.

SBAP.

Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie
Association Professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée
Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata

Mai 2003

Sonderdruck:
**Gutachten über den Begriff
der Wissenschaftlichkeit
in der Psychotherapie**

von Prof. Dr. Jürgen Kriz

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Der SBAP möchte mit diesem **punktum**-Sonderdruck die Diskussion um die Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie und von Curricula für die postgraduale psychotherapeutische Weiterbildung mit der Stellungnahme von Herrn Prof. Dr. Jürgen Kriz erweitern und bereichern.

Herr Prof. Dr. Jürgen Kriz hat die Professur für Psychotherapie und Klinische Psychologie an der Universität Osnabrück inne. Neben zahlreichen Publikationen im therapeutisch-klinischen Bereich (unter anderem das Standardlehrbuch «Grundkonzepte der Psychotherapie», 2001 in 5. Auflage) hat er zahlreiche Literatur zu Statistik und Forschungsmethoden veröffentlicht. Nach einer Professur in Statistik hatte er während 25 Jahren einen Lehrstuhl in Empirischer Sozialforschung, Statistik und Wissenschaftstheorie. Im Sommersemester 2003 ist er dem Ruf der Universität Wien für die internationale Paul-Lazarsfeld-Gastprofessur gefolgt (für weitere Informationen zum Autor siehe: http://dueker.psycho.uni-osnabrueck.de/faecher/klin_ps/kriz/profil.htm).

Im Rahmen der Erarbeitung unseres Konzepts SBAP. «Qualitätsmanagement für Weiterbildung in Psychotherapie» haben wir uns intensiv mit Fragen der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie auseinandergesetzt. Schnell wurde klar, dass es die Position von Wissenschaftlichkeit nicht gibt. Als schweizerische Verbandsvertretung der Angewandten Psychologie ist uns die Praxisrelevanz ein grosses Anliegen.

Das 1998 in der Schweiz in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) verlangt die Überprüfung der Wirksamkeit von medizinischen Leistungen. Diese gesetzlichen Rahmenbedingungen und zunehmend auch ökonomische Gründe führen zu einem Ansteigen der Qualitätsbemühungen bei psychotherapeutischen Leistungserbringern. Die Psychotherapiemethoden, die für sich in Anspruch nehmen, zur Behandlung von psychischen Störungen wirksam zu sein, sind aufgefordert, Wirksamkeitsbelege zu liefern. Politik versus Wissenschaftlichkeit? Der SBAP. meint zusammen mit Prof. Dr. Jürgen Kriz, dass sich die Wissenschaftler als «Lieferanten von Argumenten, Perspektiven und Differenzierungen» für die zu führenden Diskurse sehen können, um damit einer Verengung im hochkomplexen Gebiet der Psychotherapie entgegenzuwirken.

Der Erhalt der Vielfalt wissenschaftlichen Denkens und Handelns in der psychotherapeutischen Praxis im pluralistischen Schweizer Alltag liegt uns sehr am Herzen, und wir hoffen, mit der Stellungnahme von Herrn Prof. Dr. Jürgen Kriz letztlich einen Beitrag zum Erhalt der Methodenvielfalt leisten zu können.

Heidi Aeschlimann,
Präsidentin SBAP.

PROLOG

Die Verteilkämpfe im Gesundheitssystem der Schweiz werden erkennbar härter. Obschon die *psychologische* Psychotherapie einen wichtigen, nicht wegzudenkenden Bestandteil dieses Systems darstellt, herrscht hier weiterhin das Primat der *Medizin* und der *Psychiatrie* vor – nicht immer fachlich, sondern vor allem politisch begründet.

Insbesondere die angekündigte Aufhebung des Kontrahierungszwangs bedeutet nun für die psychologische Psychotherapie eine nicht zu unterschätzende Chance. Es ist davon auszugehen, dass mit dem Wegfallen dieses Abschlusszwangs zunehmend Effizienz und Qualität gefordert werden. Das bedeutet, dass die Disziplin der Psychotherapie, sowohl Ärzte wie Psychologen, aufgerufen sind, ihre Wirksamkeit unter Praxisbedingungen zu belegen (WZW-Nachweis).

Sehr oft werden die Begriffe «Wirksamkeit» und «Wissenschaftlichkeit» in einem Atemzug genannt, und so kann es nicht überraschen, dass mit dem Etikett der Wissenschaftlichkeit einer Psychotherapiemethode suggeriert wird, dass diese auch wirksam sei. Was Wissenschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden aber ausmacht, wird unter einem bestimmten Paradigma diskutiert, das nicht wertfrei ist und immer unter bestimmten politischen und gesellschaftlichen Bedingungen konstruiert und definiert wird. Wissenschaftstheorie ist so immer eingebettet in ein an sich nicht neutrales Gesellschaftssystem.

Was ist «Wissenschaftlichkeit»?

Der starke Wandel in den Psychotherapie-Weiterbildungen führt nun dazu, dass Berufsverbände wie SBAP. oder FSP, wollen sie ernst zu nehmende Aussagen über die Güte der Strukturqualität solcher Weiterbildungsanbieter machen, definieren müssen, was als wissenschaftlich anerkannte Methode gelten kann und was nicht.

Die FSP hat nun ihre Wissenschaftlichkeitskriterien für Psychotherapiemethoden in einem Gutachten von Frau Prof. Dr. Ehler in einem ersten, positiven Schritt definiert. Diese Kriterien orientieren sich an der wissenschaftstheoretischen Position des methodologischen Behaviorismus. Entscheidungsleitend soll das Konzept der Evidence-based Medicine (EBM) über empirisch gut abgesicherte Methoden bestimmen. Es ist folgerichtig abzuleiten, dass dieses Gutachten vor allem die moderne Verhaltenstherapie als empirisch gut abgesicherte Methode stützt, weil sie sich diesem wissenschaftstheoretischen Paradigma von jeher verpflichtet hat.

EBM stellt die Kompetenz klinischer *Erfahrung* in Frage, klinische Entscheidungen zu treffen. Zentrale Grundlage für klinische Entscheidungen sollte stattdessen die in kontrollierter klinischer Forschung gewonnene *Evidenz* sein. Der «Goldstandard» dieser Forschung ist die randomisierte kontrollierte Studie (RCT).

Tatsächlich richten sich aber Therapeuten in ihrem praktischen Handeln – in absteigender Reihung – nach der Therapieausbildung, ihrer klinischen Erfahrung sowie klinisch-theoretischer Literatur und erst ganz zuletzt nach den Ergebnissen empirischer Forschung. Damit stellt diese starke Empirieorientierung eine Revolution dar, weil die Wertigkeit von Information und den damit einhergehenden Vermittlungsprozessen vom Kopf auf die Füsse gestellt wird.

Ebenfalls zu wenig beachtet wird vor allem, dass bisher der Unterschied zwischen – in Forschungskontexten – nachgewiesener prinzipieller Wirksamkeit (*Efficacy*) und der klinischen Wirksamkeit im therapeutischen Alltagshandeln (*Effectiveness*) nicht gemacht wird. Die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis ist komplexer als in der EBM unterstellt (zum Beispiel im Falle des Komorbiditätsproblems). Bei allen Therapieschulen herrscht ein Nachholbedarf von Effectiveness-Studien vor. Auch ist nicht einsehbar, warum Efficacy-Studien einen höheren Stellenwert haben sollen als Effectiveness-Studien.

Ebenso frappant ist die Einsicht, dass der tatsächlich bestgesicherte Wirkfaktor von Psychotherapie, nämlich die therapeutische Beziehung, nicht schulengebunden ist. Metaanalysen, die den rein schulengebundenen technischen Faktoren bloss 15 Prozent Varianzaufklärung für den Therapieerfolg zuschreiben, stellten damit zu einseitig störungsorientiertes Vorgehen in Frage. Fraglich und fragil ist auch die Übertragbarkeit des Konzepts der EBM, das analog der Pharmakotherapieforschung vorgeht und das dem viel komplexeren Gegenstand der Psychotherapie, der sich immer in einem biopsychosozialen Kontext abspielt, nicht angemessen erscheint.

Entsprechend kontrovers wird dieses Konzept in allen Bereichen der Medizin und der Psychotherapie auch diskutiert. Hauptkritikpunkte sind vor allem, dass dieses Konzept noch zu früh komme, die Datenlage inadäquat, die Wirksamkeit der untersuchten Therapieformen begrenzt, ihre Auswahl politisch und durch etwelche Verzerrungen (zum Beispiel unterschiedliche Forschungsorientierung von Therapieschulen) beeinflusst und eingeschränkt sei.

Es ist klar, dass sich einzelne Therapieschulen und auch grosse Teile der Therapiepraxis mit dieser recht engen Auslegung der Wissenschaftlichkeitskriterien für Psychotherapiemethoden nicht angemessen repräsentiert fühlen. Reaktionen aus dem Umfeld der Schweizer Psychotherapie von führenden Vertretern einzelner Therapieschulen bis zu einzelnen Fachverbänden geben empirischen Beleg genug für diese Tatsache ...

Pluralismus statt Eindimensionalität

Das Gutachten von Prof. Dr. Jürgen Kriz, das ein weiterer Baustein in diesem nun hoffentlich fruchtbaren Diskurs sein könnte, bildet nun die andere Seite derselben Medaille ab. So lässt dieses Gutachten auch ein wissenschaftstheoretisches Verständnis von anderen Therapieschulen zu, gewichtet stärker die Praxisrealität und lässt hermeneutisch-qualitative Zugänge als wissenschaftlich gelten. Aus meiner Sicht ist dieses breitere und pragmatischere Wissenschaftsverständnis der jetzigen Situation und dem Gegenstand der Psychotherapie in der Schweiz angemessener.

So ist die grundsätzliche Schwäche der einen Sichtweise wahrscheinlich die grundsätzliche Stärke der anderen – und umgekehrt. Die Frage nach der gerechten Verteilung der Ressourcen ist somit auch eng an die Frage gekoppelt, ob man dem Gegenstand der Psychotherapie gerecht wird. Der Gegenstand der Psychotherapie ist immer komplex, multidimensional, multiperspektivisch und kontextuell zu verstehen. Einseitig reduktionistische Paradigmen sind deshalb in dieser Absolutheit dem Gegenstand der Psychotherapie und deren weiteren Entwicklung nicht förderlich.

Allerdings ist auf der andern Seite vor einer totalen Ablehnung dieser Orientierung an empirischer Evidenz zu warnen. Die systematische empirische Evidenzüberprüfung ist zu lange und zu unbedarft – auch von führenden Vertretern unterschiedlicher therapeutischer Schulen – vernachlässigt worden oder gänzlich ausgeblieben. Wenn nun diese Diskussion um Wissenschaftlichkeitskriterien für Psychotherapie in der Schweiz positiv genutzt werden könnte, um pragmatisch und konsensfähig unterschiedliche Therapierichtungen letztlich in einem breit gefassten Empiriebegriff zu vereinen, so wäre damit der psychologischen Zunft der Psychotherapie viel Gutes getan.

Differenzierung schafft differenzierte Effekte

Förderungsprogramme mit randomisierten Kontrollgruppenstudien, Praxisstudien unter klinischen Alltagsbedingungen, qualitativ hoch stehende Einzelfallstudien sowie permanente praxisgerechte Qualitätssicherung sind zu entwickeln und sollten gleichwertig behandelt werden.

Dies sollte der psychologischen Psychotherapie der Schweiz sicherlich weiteren Zuwachs an Anerkennung und politischem Gewicht geben. Ein zu enger Wissenschaftlichkeitsbegriff birgt die Gefahr in sich, dass viele Therapieschulen und grosse Teile der Praxis sich nicht angemessen repräsentiert und respektiert fühlen und dementsprechend wohlbekannte Spaltungsphänomene sichtbar werden könnten. Spaltungsphänomene, die beispielsweise im jetzigen Psychologengesetzesentwurf erfolgreich überwunden worden sind, drohen nun in einem anderen Bereich wieder im Sinne der alten Therapieschulenkämpfe erneut aufzubrechen.

Meine Ängste gehen dahin, dass mit dieser Diskussion einseitig eine Psychotherapierichtung favorisiert und qualifiziert wird, währenddessen andere qua Definitionsmacht disqualifiziert und in Sonderstellungen zu Unrecht kärglich zu Grunde gehen. Das Kindchen Psychotherapie, das gerade erst dem Laufgitter entwachsen ist, würde so möglicherweise zu früh seiner weiteren potenziellen vielfältigen Entwicklungsmöglichkeit beraubt. Ein Zeichen von Wissenschaftlichkeit ist unter anderem das Zulassen von Pluralität.

Es ist diesem Gutachten von Prof. Dr. Jürgen Kriz zu wünschen, dass es einer unvoreingenommenen kritischen Würdigung standhält und nicht im Sinne einer Gegenposition, sondern eher im Sinne einer weiteren «Mit-Position» integrative Wirkung entfalten kann. Dabei geht es letztlich nicht um Richtig oder Falsch, um Wahr oder Unwahr, sondern um ein konsensfähiges Wissenschaftsverständnis und um politische Umsetzbarkeit.

Das gemeinsame Ziel aller PsychotherapeutInnen sollte letztlich eine qualitativ hoch stehende, kundenorientierte psychologische Psychotherapie sein, um so erhöhte Chancen zum Zugang zur Grundversicherung zu haben.

In diesem Sinne ist dieses Gutachten von Herrn Prof. Dr. Jürgen Kriz als ein «Mit-Gutachten» einer hoffentlich produktiven Diskussion zu verstehen. Es bildet für die WB-Kommission des SBAP, entsprechend dessen praxisorientiertem Wissenschaftlichkeitsverständnis, bis auf weiteres die Grundlage bei der Beurteilung von Weiterbildungs-Curricula.

Prof. Dr. Hugo S. Grünwald,
Hochschule für Angewandte Psychologie (HAP), Zürich

Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie

Inhalt:

Vorbemerkungen

1. Zur (Über-)Prüfung der Psychotherapiemethoden auf Wissenschaftlichkeit
 - 1.1. Für die Schweiz wichtige Aspekte aus der Diskussion um die Kriterien des WB
 - 1.2. Weitere kritische Aspekte im Ehlert-Gutachten
2. Zu den so genannten «allgemeinen Kriterien des Gesundheitssystems» und der «scientific community»
3. Zwischenschritt: Zentrale Aspekte zum Kontext der Psychotherapie
4. Einige Konsequenzen
 - i) Störung und Störungsspezifität
 - ii) Schulen und Richtungen
 - iii) Wissenschaftlichkeit und wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit
 - iv) Indikationsbreite

5. Gesamtresümee

Literatur

Vorbemerkungen

Die folgenden Ausführungen nehmen explizit und implizit Bezug auf die «Stellungnahme und Empfehlungen ...» von Prof. Dr. Ulrike Ehlert vom 8. 7. 2002 – ein Papier (im Folgenden immer kurz als «Ehlert-Gutachten» bezeichnet), das im Auftrag der FSP erstellt und von dieser verteilt wurde und das daher allgemein bekannt sein dürfte.

Es sei betont, dass die Vorlage eines solchen Papiers – trotz oder wegen aller im Folgenden zu formulierenden Kritik daran – von mir als ausserordentlich begrüßenswert gesehen wird. Denn nur solche Vorlagen ermöglichen es, die notwendigen Diskurse aller Beteiligten voranzutreiben und Unterschiede sowie Übereinstimmungen in den Auffassungen überhaupt differenziert diskutieren zu können.

Nicht selten wird heute seitens der Politik, diverser Institutionen usw. «die Wissenschaft» mit Erwartungen und Ansprüchen überfrachtet. Wissenschaft soll Debatten und Auseinandersetzungen über Wert- und Zielvorstellungen entscheiden – sei es, um diese zu verkürzen oder die Verantwortlichkeiten zu verlagern. Sie muss sich daher immer wieder gegen Versuchungen des Missbrauchs wehren, bei dem diese Diskurse faktisch unterlaufen werden und mit Verweis auf eine angeblich einzig richtige Methodik oder endgültig gesicherte Wahrheit die Vielfalt der Werte und Lebensorientierungen zu Gunsten einer bestimmten Perspektive beschränkt wird.

Dem muss immer wieder deutlich entgegengehalten werden, dass seriöse Wissenschaftler sich nicht als Verkünder von Wahrheiten verstehen, denen dann zu folgen wäre. Es ist nicht ihre Aufgabe, Zielvorstellungen als Verbindlichkeiten anderen überstülpen zu wollen. Vielmehr verstehen sie sich als Lieferanten von Argumenten, Perspektiven und Differenzierungen für die notwendig zu führenden Diskurse. Im Zweifelsfall hat Wissenschaft immer für eine Erweiterung der Denk- und Handlungsräume sowie für eine Hinterfragung und gegebenenfalls Begründung scheinbarer Selbstverständlichkeiten einzutreten, statt sich für eine Verengung und Zementierung bestimmter «Standards» vereinnahmen zu lassen.

Dies ist ganz besonders in einem so komplexen Feld wie der Psychotherapie zu beachten – einem Feld mit historisch gewachsenen und in diverse soziale Gruppen eingebetteten Ansichten, Werten, Urteilen, Zielvorstellungen und

Lebensorientierungen, die gerade demokratische, freiheitliche und hochdifferenzierte Gesellschaften auszeichnen. Ich bin überzeugt davon, mich mit der Kollegin Ehlert und allen weiteren seriösen Wissenschaftlern, die sich in dieser Diskussion äussern (werden), in diesem Grundkonsens von intentionaler Bescheidenheit hinsichtlich der Funktion von Wissenschaft zu befinden.

1. Zur (Über-)Prüfung der Psychotherapiemethoden auf Wissenschaftlichkeit

Das Ehlert-Gutachten bezieht sich seinerseits explizit auf die Position des so genannten Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WB) in Deutschland, etwa in seiner «Anlage 1», im Vorschlag, in «5 aus 8» Störungs-Hauptgruppen je drei Wirksamkeitsstudien zur Anerkennung nachweisen zu müssen, oder im Verweis auf den «Goldstandard», das heisst randomisierte, kontrollierte Studien: RCT (= *Randomized Controlled Trial*).

Zwar geht das Ehlert-Gutachten auch in einigen Punkten deutlich über die Positionen des WB hinaus und trägt so zumindest in manchen Aspekten der massiven Kritik am WB Rechnung. Hier ist insbesondere zu nennen, dass im Ehlert-Gutachten nicht ausschliesslich der Aspekt der Labor-Wirksamkeit (Efficacy), sondern auch der Aspekt der klinischen Brauchbarkeit und Bewährtheit (Effectiveness) berücksichtigt wird, der seit der Consumer-Report-Studie eine hohe Bedeutsamkeit in der Diskussion hat. Ferner soll eine gewisse Vielfalt explizit dadurch möglich bleiben, dass auch Psychotherapieansätzen, die den Ehlert-Kriterien nicht entsprechen, zumindest ein «Sonderstatus» eingeräumt werden soll (während sie in der BRD beispielsweise mit faktischen Berufs- und Forschungsverböten belegt sind). Ferner wurde für die Erstellung des Ehlert-Gutachtens mit namhaften Vertretern unterschiedlicher Ansätze gesprochen – auch wenn deren Heterogenität und Pluralität nur schwer in der vorgelegten «Stellungnahme» wiederzufinden sind.

Insgesamt aber ist das Ehlert-Gutachten auch über die erwähnten expliziten Bezüge hinaus – und trotz den eben genannten moderateren Aspekten – mit seiner Zentrierung auf die Standards der Evidence-based Medicine mit RCT-Schwerpunkt an der Position des WB der BRD und dessen klassisch-naturwissenschaftlichem Paradigma orientiert

(und beispielsweise *nicht* an den Verfahrensweisen zur Zulassung in Österreich oder den Niederlanden).

Sofern es darum geht, diese Position als *eine* bedeutsame Perspektive in die angesprochenen Diskurse einzubringen, ist daran wenig aussetzen: Zwar können und werden (unter 1.2.) einige kritische Aspekte und ungelöste Probleme angeführt werden. Insgesamt sind aber im Ehlert-Gutachten die Kernvorstellungen einer positivistischen, klassisch-naturwissenschaftlichen Sichtweise kompetent und prägnant einschliesslich bedeutsamer Implikationen für die Curricula dargestellt. Also.

Das gravierende Problem beginnt dort, wo ein solcher fraglos wichtiger Beitrag zur Diskussion dahin gehend missverstanden wird, nicht *eine* Position, sondern *die* Position von «Wissenschaftlichkeit» darzustellen. Zeigt doch allein der Blick ins Inhaltsverzeichnis fast jedes wissenschaftstheoretischen Lehrbuches bereits, dass zur «Wissenschaft» auch ganz andere Positionen gehören. Zudem müsste man wohl einen grossen Teil (wenn nicht gar den weitaus grösseren Teil) der Fächer an unseren Universitäten als «unwissenschaftlich» eliminieren, wenn es tatsächlich nur diese eine Position zur Beurteilung von «Wissenschaftlichkeit» gäbe. Dies macht klar, dass es ganz offensichtlich ein Spektrum an unterschiedlichen methodologischen Positionen innerhalb der Wissenschaft gibt – die teilweise in fruchtbarer Kooperation miteinander, bisweilen auch in ebenso fruchtbarem Wettstreit zueinander stehen, die sich aber zumindest in der Regel gegenseitig achten. Es kann sich daher nur um ein Missverständnis handeln, wollte man nun entscheiden wollen, welche der wissenschaftlichen Positionen die «wahre» und «einzige» Wissenschaft sei oder welche der Positionen nun allen anderen als verbindlich vorgeschrieben werden sollte.

Kontexte, in denen es um machtpolitische Entscheidungen, um Verteilungskämpfe von knappen Ressourcen usw. geht, sind für solche Missverständnisse allerdings anfällig.

In der Schweiz können vielleicht Fehler und Grabenkämpfe vermieden werden, wenn man die Kritik am WB in Deutschland berücksichtigt. Daher soll zunächst auf einige bedeutsame Aspekte eingegangen werden.

1.1. Für die Schweiz wichtige Aspekte aus der Diskussion um die Kriterien des WB

Neben zahlloser massiver Kritik an der Zusammensetzung und der *Entscheidungspraxis* des WB seitens Juristen (etwa des Verwaltungsrechtlers Prof. Dr. Konrad Redeker oder von dipl. Psych. Dr. iur. Wolfgang Spellbrink, Richter am Bundessozialgericht, Kassel), seitens der sich inzwischen etablierenden Psychotherapeutenkammern auf Länderebene, seitens wissenschaftlicher Fachgesellschaften und psychotherapeutischer Verbände im In- und auch im Ausland sind für die Diskussion in der Schweiz besonders die folgenden Punkte der Stellungnahme der Neuen Gesellschaft für Psychologie (NGfP) vom 19. 12. 1999 bedeutsam, weil sie die *Grundposition* und *Kriterien* betreffen, wie sie auch im Ehlert-Gutachten eingenommen und formuliert werden:

«[...] Diese Vorgehensweise des Wissenschaftlichen Beirates stellt einen wissenschaftspolitischen Skandal dar und veranlasst die NGfP, in der unter anderem viele Hochschullehrer für Psychologie versammelt sind, zu folgender Stellungnahme. Dabei richtet die NGfP ihren Blick nicht auf den

wissenschaftlichen Status der einzelnen Psychotherapieverfahren, sondern auf die Inhalte sowie die Art und Weise, wie der Wissenschaftliche Beirat seine «Wissenschaftlichkeits»-Kriterien formuliert und angewendet hat.

1. *Der Wissenschaftliche Beirat nimmt eine unzulässige Reduzierung der Wissenschaftlichkeit auf kontrollierte und randomisierte Psychotherapiestudien vor.*

Das Vorgehen, prinzipiell nur Psychotherapiestudien anzuerkennen, die sich einer reduktionistischen Labor-Wirksamkeit (Efficacy) beugen, übernimmt unreflektiert methodische Standards (angeblicher Objektivität, Homogenität, Genauigkeit, Kausalität usw.) einer gegenstandsunangemessenen wissenschaftlichen Forschung in der Psychologie. Diese Methodologie erfordert letztlich nach Zufallsprinzipien ausgewählte standardisierte Psychotherapeuten, die an ebensolche standardisierte Patienten streng manualisierte Psychotherapietechniken wie Medikamente verabreichen. Sie kann allenfalls für die Pharmaforschung taugen, jedoch niemals für die Psychotherapie.

2. *Das Wissenschaftsverständnis des Wissenschaftlichen Beirates ist durch mangelhafte Praxisrelevanz in der Psychotherapie gekennzeichnet.*

Die vom Beirat formulierten Kriterien von «Wissenschaftlichkeit» orientieren sich in keiner Weise an dem letztlich entscheidenden Kriterium der praktischen Brauchbarkeit von Psychotherapieverfahren in unserem Gesundheitssystem. Stattdessen unterwirft der wissenschaftliche Beirat die lebendige und erfolgreiche Praxis des psychotherapeutischen Alltags den Kriterien und Karrieremustern der mittlerweile von jeder Form gesellschaftlicher Praxis abgeschotteten Realität des Elfenbeinturms universitärer wissenschaftlicher Forschung.

Entscheidend für eine Beurteilung von Psychotherapieverfahren ist demgegenüber das Kriterium der «ökologischen Validität»: Klinische Brauchbarkeit und Bewährtheit (Effectiveness) als Prüfsteine sind viel bedeutsamer und gegenstandsangemessener für die Psychotherapie als deren Taylorisierung mittels wenig ergiebiger Detailforschung. Der Kardinalfehler kontrollierter und randomisierter Psychotherapiestudien besteht genau darin, dass die Bedingungen psychotherapeutischer Praxis bis zur Unkenntlichkeit verändert werden. Pointiert formuliert: «Psychotherapie in kontrollierten Studien ist im Extremfall als Karikatur von Psychotherapie anzusehen und lässt an das bei Amateuren beliebte Malen oder Sticken nach Zahlenvorlagen denken. Aus solchen Studien Schlüsse für die Praxis ableiten zu wollen, ist in hohem Masse unwissenschaftlich, auch wenn diese Studien ganzen Heerscharen von Forschern Drittmittel und wissenschaftliche Karrieren bescherten. Zu Recht schätzen Praktiker die Ergebnisse dieser Studien für ihre Arbeit als völlig irrelevant ein» (Prof. Dr. Dr. Heiner Legewie, TU Berlin, Vortragsmanuskript 1999).

3. *Der Wissenschaftliche Beirat beseitigt faktisch mit seinem einheitswissenschaftlichen Denkansatz die weithin akzeptierte Vielfalt wissenschaftlichen Denkens und psychotherapeutischen Handelns in der deutschen Psychotherapielandschaft.*

Folge der charakterisierten methodologischen Voreingenommenheiten, die nur numerische und keine sprachlich

vermittelten Daten zulassen, ist, dass die Vielfalt der Psychotherapieverfahren so reduziert wird, dass zukünftig nur noch verhaltensnahe beziehungsweise verhaltensmedizinische Verfahren zum Zuge kommen. Unterstellt wird dabei ein Einheitspatient, der mit Einheitsmethoden behandelt werden soll. Diese Vorgehensweise widerspricht nicht nur der Pluralität wissenschaftlicher Traditionen in der Psychotherapie, sondern auch dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten. Da es nicht zulässig ist, Psychotherapie mit der Verabreichung von Medikamenten gleichzusetzen, muss jeder Patient die Möglichkeit haben, für sich dasjenige Psychotherapieverfahren auszuwählen, das im Rahmen unterschiedlicher wissenschaftlicher Legitimierungen ihm selbst zuträglich erscheint. Nichts wäre gefährlicher, als dass Psychotherapieverfahren, die sich ausschliesslich an der somatischen Medizin orientieren, die Alleinherrschaft auf dem Psychotherapiemarkt eroberten. Das hätte kompensatorisch eine unkontrollierbare Wucherung wissenschaftlich höchst fragwürdiger esoterischer Psychotherapie-zirkel zur Folge. Denn die Durchsetzung einseitiger rationalistischer Denk- und Handlungsmodelle in der Psychotherapie würde das Gefühlsleben der Menschen in irrationalistische Sperrbezirke verweisen.

Dass demgegenüber eine Vielfalt von Psychotherapieverfahren wissenschaftlich anerkannt und gesetzlich geregelt sein kann, ohne dass dies gleich zu einem unkontrollierbaren Wildwuchs an psychotherapeutischen Verfahren führte, zeigt ein kurzer Blick über die Grenzen ins nahe Ausland, zum Beispiel nach Österreich und den Niederlanden. [...] Die Absurdität der Kriterien des WB – als allein gültige Weltsicht – für konkrete Entscheidungen wurde unter anderem deutlich, als am 30. 9. 1999 der Gesprächspsychotherapie (in der Schweiz eher als «Personzentrierte Psychotherapie» bekannt) die Anerkennung der Wissenschaftlichkeit versagt wurde¹, weil (wie der Vorsitzende des WB, Prof. Dr. Sven Olaf Hofmann, ausführte) dieser trotz 13 selbst vom Beirat anerkannten Studien² immer noch *eine* Studie in einer bestimmten Störungskategorie fehle. Wenige Wochen danach erschien aber in der Zeitschrift «Psychotherapeut» ein Beitrag desselben Prof. Hofmann, in dem er bezüglich der «Psychoanalyse» ausführte: «Es gibt in der gesamten Literatur nur *eine* Studie, welche die Wirksamkeit des klassischen psychoanalytischen Verfahrens untersucht und – zum Teil – belegt hat ...»³. Dieser groteske Widerspruch – Kriterien zu entwickeln, nach denen andere Psychotherapieansätze mit einer Vielzahl an Studien scheitern, man selbst aber nur von einer einzigen Studien für das eigene Verfahren ausgeht – wurde durch die besondere machtpolitische Situation in Deutschland ermöglicht: Da die beiden «Richtlinienverfahren» (Psychoanalyse/Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie) sich nicht den von ihren Vertretern im WB entwickelten Kriterien zu stellen haben und zudem die ärztlichen Psychotherapeuten im WB sich ohnedies nicht an die Kriterien und Verfahrensweisen halten müssen, konnten sie solche Kriterien aufstellen.

¹ Seit Ende 2002 endlich als erstes Verfahren anerkannt.

² Zuzüglich 16 vom WB anerkannter «klassischer» empirischer Studien mit gelockerten Kriterien.

³ S.O. Hofmann (2000), S.53.

⁴ Dass die tiefenpsychologischen Verfahren diese Kriterien nicht annähernd erfüllen, zeigt auch die Diskussion von Tschuschke, Kächele und Hölzer mit Grawe im «Psychotherapeuten» 1994/95.

Jenseits machtpolitischer Ränkespiele aber wird deutlich, dass selbst der WB nach Auffassung seines Vorsitzenden die eigenen Kriterien für viel zu einseitig, zu eng und beispielsweise für Verfahren wie Psychoanalyse und Tiefenpsychologie für nicht adäquat hält⁴.

Dies alles sollte in der Schweiz bedacht werden, wenn in den Erörterungen auf die Kriterien des WB in Deutschland verwiesen wird.

1.2. Weitere kritische Aspekte im Ehlert-Gutachten

Es mag liberal und «nicht diskreditierend» (Seite 6) gemeint sein, jenen Therapieschulen, welche den Kriterien im Ehlert-Gutachten nicht genügen, einen «Sonderstatus» (Seite 7) zu ermöglichen.

Dies erscheint mir aber aus zwei unterschiedlichen Gründen wenig wünschenswert:

- a) Es ist *zu* liberal, wenn ohne weiteres Ansehen einfach jeder beliebigen Schule ein «Sonderstatus» eingeräumt wird: Man stelle sich fiktiv eine Schule X vor, die (vielleicht auf Grund sektenartiger Struktur) überproportional ihren Ausbildungskandidaten und/oder deren Patienten Schaden zufügt. Dies kann sicher nicht im Interesse irgendeiner seriös arbeitenden Institution sein. Es bedarf also in jedem Fall Kriterien dafür, was als «unseriös», was als «schädlich» usw. zu gelten hat. Solche Kriterien zu entwickeln (und natürlich gibt es hier längst Vorstellungen und Konsense – es geht eher um eine explizite Darlegung), zu diskutieren und letztlich im gegebenen Fall auch anzuwenden, ist sicher nicht angenehm und nicht einfach. Gleichwohl kann man sich vor dieser Aufgabe nicht drücken, indem man am anderen Ende unter einer bestimmten Perspektive einen «Goldstandard» annimmt und alle anderen in den Topf der Beliebigkeit wirft. Das heisst, die Diskurse müssen so oder so geführt werden.
- b) Es ist aber *zu wenig* liberal und sehr wohl faktisch diskreditierend, nur *eine bestimmte* Position als «wissenschaftlich» zu bezeichnen. Die anderen wissenschaftlichen Positionen erhalten damit zumindest implizit die Wertung «unwissenschaftlich» – und welche Krankenkassen, staatlichen Institutionen gäben solchen Schulen im wörtlichen wie übertragenen Sinne Kredit?

Überaus problematisch ist die Formulierung im Ehlert-Gutachten, dass die (anderen) Schulen auf den Nachweis der Psychotherapiewirksamkeit «*verzichten*».

Es war und ist nämlich nicht Aufgabe von Psychotherapieschulen, Forschung in einem Umfang und gar nach Kriterien zu treiben, wie sie das Ehlert-Gutachten nahelegt. Dies hat keine Richtung geleistet, und es geht auch weit über deren finanzielle 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.

Die Strukturen des Feldes «Psychotherapie» einerseits und die Strukturen des Feldes «Universität/Forschungsinstitutionen» andererseits sind nicht identisch: Die Letzteren hängen mit den dortigen Arbeits-, Publikations- und Zitiermustern zusammen. Besonders diese Strukturen – und nicht etwa nur die inhaltlichen Themen – begünstigen bestimmte Fragen und methodische Zugänge.

«Hunderte von Studien», die oft als besonderes Qualitätsmerkmal einer bestimmten Therapiemethode propagiert werden, sprechen nicht unbedingt für die Brauchbarkeit von Therapiemethode X im Gesundheitssystem, sondern für die Brauchbarkeit dieser Methode im Rahmen universitärer Karrieremuster – zum Beispiel für die leichte analytische Zerlegbarkeit in viele einfache Designs, die im Rahmen von Diplomarbeiten und Dissertationen gut zu erledigen sind.

Es ist also keineswegs so, dass die meisten *Schulen* auf den Nachweis der Psychotherapiewirksamkeit «verzichten» (obwohl es vereinzelt solche geben mag). Vielmehr ist es so, dass die meisten *Wissenschaftler* auf die Untersuchung der Psychotherapiewirksamkeit (und -unwirksamkeit) bei vielen Schulen «verzichtet» haben, deren theoretische Konzepte nicht so gut in die «publish or perish»-Strukturen der Forscherkarrieren passten.

Diese Strukturen des Forschungsfeldes sind übrigens auch dafür verantwortlich, dass die ganz grosse Mehrheit durchgeführter Studien gar nicht Therapiemethode X untersucht, wie oft suggeriert wird, sondern spezielle, gut und klar operationalisierbare Aspekte, die *mit X* irgendwie verbunden sind. Solche Studien wurden zudem an einem spezifischen Patientenkreis unter spezifischen Bedingungen von spezifischen (und keineswegs für X repräsentativen) Therapeuten durchgeführt, mit, bestenfalls, für die Forschungsfrage spezifischen Instrumenten und Messskalen. Sie können und sollen dann aber auch nicht gleichzeitig für «den Erfolg» von X repräsentativ sein. Somit sind, bestenfalls, einzelne wenige der «Hunderte von Studien» für repräsentative Aussagen über X geeignet – indem sie beispielsweise auf eine zumindest repräsentative Auswahl aller X-Therapeuten und eine ebensolche Auswahl von Patienten geachtet haben und indem nicht «nur» Detailfragen beantwortet wurden (wie im Rahmen von Wissenschaft üblich), die irgendwie grob mit X zusammenhängen mögen.

Dies ist ein gravierendes inhaltliches Problem, das durch noch so geschickte formale Lösungen bei Metaanalysen nicht behoben werden kann.

2. Zu den so genannten «allgemeinen Kriterien des Gesundheitssystems» und der «scientific community»

In den Diskursen – so auch im Ehlert-Gutachten – wird oft auf «allgemeine Kriterien des Gesundheitssystems» und der «scientific community» verwiesen. Behauptet wird, dass in der Medizin die Evidence-based Medicine (EM), ausgerichtet (und verengt) auf den «Goldstandard» der RTC, längst gängiger Standard sei und dieser daher auch für die Psychotherapie zu übernehmen wäre, wenn sie im Gesundheitssystem eine entsprechende Rolle spielen wollte (vergleiche etwa Ehlert-Gutachten Seite 7).

Es sei nicht bestritten, dass auch in der Medizindiskussion eine starke RCT-Lastigkeit besteht – gerade dort, wo ebenfalls Verteilungsfragen knapper Ressourcen im Zentrum stehen, wie etwa beim deutschen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder den Kassenärztlichen Vereinigungen. Allerdings muss schon hier beachtet werden, dass im Gegensatz zur «Psychotherapie» im somatischen Gesundheitsbereich konzeptionell klar zwischen *medizinischer* Tätigkeit – als Wissenschaft (mit klarem Bias auf anwendungsbezogener Naturwissenschaft) – und *ärztlicher* Tätigkeit – als Heilkunst (wenn auch wesentlich auf Medizin beruhend) – getrennt wird.

Bedeutsamer ist aber, dass das in manchen Debatten vermittelte Bild so nicht zutrifft:

Der deutsche Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) stellte in seinem Gutachten von 1999 klar, dass eine «Inventur des Evidenz-Bestands» der Medizin sehr ernüchternd gewirkt habe, «weil sie aufzeigte, dass die Bereiche gesicherten Wissens in der Medizin sehr viel kleiner und die Grauzonen sehr viel grösser sind als erwartet».

Gemäss einer Übersicht von 1992 zeigte sich, dass «nur etwa 4 Prozent aller ambulant und stationär erbrachten Dienstleistungen dem Anspruch auf belastbare Evidenz genügen, 45 Prozent genügen einfacheren Evidenzkriterien, und für den «Rest» (rechnerisch 51 Prozent) gibt es heute keine wissenschaftliche Evidenz» (SVR 1999, 79)⁵.

Im Gegensatz zu der im WB vertretenen Richtlinien-Psychotherapie, die ein strikt ätiologisches Krankheitsmodell fordert (Faber/Haarstrick 1999, 11 ff.) und eine «konditionalistische Betrachtungsweise» (13) von Krankheit ausdrücklich ablehnt, kommt der Sachverständigenrat⁶ zu einer ganz anderen Gewichtung: «Vor diesem Hintergrund bedarf das ätiologische Krankheitsverständnis einer Revision zu Gunsten eines konditionalen Krankheitsverständnisses, nach dem Krankheit wesentlich von den Lebensumständen, dem Lebensstil und der patienten-seitigen Interpretation abhängt» (SVR 1999, 68).

In diesem Kontext weist der SVR auf die generellen Probleme der Medizin als angewandter Naturwissenschaft hin und fordert explizit eine Ergänzung der Evidence-based Medicine durch die Narrative-based Medicine (NbM, Greenhalgh 1999), die sich nicht auf Naturwissenschaften, sondern auf Phänomenologie und Hermeneutik stützt: «Die Anwendung der Erkenntnisse verleiht ihr jedoch erst in einem System völlig anderer Denk- und Bewertungsstrukturen, nämlich dem Leben des individuellen Patienten und dem gesellschaftlich-kulturellen Umfeld, ihren Sinn» (SVR 1999, 66).

«In der NbM wird ärztliches Handeln als ein deutender Vorgang betrachtet, der narrative Fähigkeiten erfordert, um die «Geschichten» der Patienten und der Kliniker mit objektivierbaren medizinischen Befunden (zum Beispiel Testergebnissen) zu verbinden. Die Akkumulation fallbezogener Erfahrungen (Case Expertise) befähigt den klinisch tätigen Arzt, bei der klinischen Entscheidungsfindung die angemessenste medizinische Maxime auszuwählen. Case Expertise ist hierbei die Fähigkeit des Arztes, die Geschichten und die «Krankheitsskripte» (aber auch die klinischen Anekdoten der Kollegen) zu verstehen und zutreffend zu deuten. Schwierigkeiten der Ärzte, wissenschaftliche Erkenntnisse im Kontext der klinischen Begegnung mit den Patienten angemessen umzusetzen, entstehen aus der Sicht der NbM vor allem dann, wenn das narrativ-deutende Paradigma aufgegeben wird und sich klinisches Handeln ausschliesslich auf externe wissenschaftliche Evidenz stützt» (SVR 1999, 67).

⁵ Einige der Aspekte in diesem Abschnitt folgen einer Zusammenstellung und Bewertung des SVR-Gutachtens durch Günter Zurhorst: «Evidenz-basierte oder ökologisch basierte Psychotherapie? (Quelle: Homepage des VPP: Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V.: www.vpp.org/asp/artikel.asp?artikelID=241.)

⁶ Dieser ist allerdings im Gegensatz zum WB neben Medizinern mit interdisziplinären Wissenschaftlern besetzt – wie zum Beispiel einem Medizinsoziologen und einem Volkswirtschaftler.

Entsprechend schlägt der SVR, ergänzend zum ätiologischen Modell, systemtheoretische Ansätze (zum Beispiel das Situationskreismodell von v.Uexküll und Wesiack), insbesondere aber auch lebenswelttheoretische beziehungsweise phänomenologisch-hermeneutische Ansätze vor: «Diese Denkrichtungen gehen über den systemischen Ansatz hinaus, indem den Prozessen im System nur eine Funktion innerhalb eines jeweiligen unter Umständen sehr engen Kontextes zugewiesen wird. Es geht darum, den subjektiven Krankheitswert und damit die Ebene des Krankheitserlebens des Patienten ebenso wie die realen Konsequenzen einer Krankheit einzubeziehen. Die Bemühungen der Medizin, Lebensqualität als Folge von Krankheit oder auch einer Therapie zu erfassen, lassen sich hier zuordnen» (SVR 1999, 69).

In einem neuerlichen Gutachten kommt denn auch der SVR zu folgender Aussage, was die «evidenzbasierten Leitlinien» betrifft – Handlungsempfehlungen für Ärzte (und Patienten), um die wissenschaftliche Erkenntnisse auch tatsächlich umzusetzen:

Es «besteht das prinzipielle Problem, dass die auf populationsbezogenen empirischen Befunden basierenden Leitlinien in ihrer praktischen Anwendung auf den individuellen Patienten bezogen werden müssen. [...] Randomisierte, kontrollierte klinische Studien, die lediglich die Effektivität (und gegebenenfalls die Effizienz) einer Massnahme unter artifiziellen Studienbedingungen (Efficacy) beschreiben, werden in vielen Fällen überbewertet» (SVR, Gutachten 2003, Kurzfassung, 87).

Letztlich sei noch darauf verwiesen, dass die rund 60 Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)⁷ im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie schon teilweise Psychotherapierichtungen den Ärzten und ihren Patienten empfehlen, die vom WB für *psychologische Psychotherapeuten* noch mit dem Bann der Berufsverbote in Deutschland belegt sind (wie die Familien- und die systemische Therapie) oder dies bis vor kurzem waren (wie der personenzentrierte Ansatz) – ganz abgesehen davon, dass diese Verfahren, die gegenwärtig in der BRD kein *psychologischer Psychotherapeut* auf Grund des WB und seiner Kriterien als Psychotherapieverfahren lernen kann beziehungsweise darf, an *medizinischen* Kliniken nach wie vor in erstaunlich hohem Masse eingesetzt werden.

So gibt es vom AWMF auch eine Leitlinie zur «Paar- und Familientherapie» (die, man muss es nochmals sagen, vom WB nicht als «wissenschaftlich» anerkannt wurde – und daher in Deutschland für Psychologen als Psychotherapie nicht durchgeführt werden darf und somit zum Beispiel auch kaum weiter erforscht werden kann). Daraus seien wenige Stellen zitiert:

«Leitlinie der Konferenz der leitenden Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den Universitäten der Bundesrepublik Deutschland im Einvernehmen mit den Fachgesellschaften DGPM, DGPT, AÄGP und DKPM
Paar- und Familientherapie

[...] Die Paar- und Familientherapie stellt im Kontext des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eine Besonderheit dar, da sich hier die Leitlinien auf

Behandlungsmassnahmen und nicht auf ein spezielles Krankheitsbild beziehen. Die Beachtung und Einbeziehung des interpersonellen Kontextes in die Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen erscheint aber so wichtig und die Behandlungsmassnahmen sind zugleich so komplex, dass es sinnvoll ist, spezielle Leitlinien zur Paar- und Familientherapie zu formulieren. So sind die Zusammenhänge zwischen interaktionellen Faktoren ursächlicher oder sekundärer Art und psychischen sowie somatischen Störungen mittlerweile gut belegt.

[...] Es wird bei der Formulierung von Leitlinien in der Medizin gefordert, dass die Kriterien der systematischen Literaturanalysen angewendet werden, wie sie durch die Cochrane-3-Initiative und im Zusammenhang mit Bemühungen um eine Evidenz-basierte Medizin formuliert wurden. Im Kern geht es darum, zu beurteilen, ob die Forschung dem aktuellen wissenschaftlichen Standard entspricht, die Arbeiten in Fachzeitschriften mit Begutachtungsverfahren publiziert wurden und ob kontrollierte, randomisierte Untersuchungen vorliegen.»

Doch hierzu wird in einer Fussnote ergänzt: «Die strikte Ausrichtung an Methoden der im engeren Sinne quantifizierend empirisch arbeitenden Forschung, insbesondere die Zugrundelegung randomisierter kontrollierter (experimenteller) Studien, wird in jüngster Zeit kritisch gesehen und auch durch Vorstandsmitglieder APA selbst schon relativiert (vergleiche Kriz, 1999, 2000). Offenbar wurde erkannt, dass für die Psychotherapieforschung die Kriterien zu wirklichkeitsfern sind. Stattdessen werden zunehmend naturalistische Studien und auch qualitative Forschungen in die Untersuchung der Wirksamkeitsnachweise (beziehungsweise Evaluation) von Psychotherapie einbezogen. Bei der Erstellung der vorliegenden Leitlinien wurde so weit wie möglich den strengen Standards gefolgt, um überhaupt eine Aussage darüber zu machen, wie das Feld der Familientherapie methodisch bestellt ist. Jedoch werden auch hier schon in den zitierten Übersichtsarbeiten Studien herangezogen, denen kein randomisiertes Forschungsdesign zu Grunde liegt und zum Teil als «naturalistische» beziehungsweise Konsumentenstudien [...]» angesehen werden können.

Auch die bislang einzige deutsche multizentrische Wirksamkeitsstudie zur Paar- und Familientherapie (Cierpka et al., 1994, 1996) sowie die Studie zur Evaluation von Paarberatungen von Klann et al. (1994) können als naturalistische Studien betrachtet werden. Das Erfahrungswissen der Experten, das in die Leitlinien einfluss und das Lehrbuchwissen als weitere Säule für die Leitlinien soll die Beschränkungen einer einseitigen Ausrichtung an experimentellen Standards ausgleichen. Die Frage der Einbeziehung qualitativer Studien beziehungsweise von Einzelfallstudien wurde in der Konsensuskonferenz diskutiert. Sie kam zu dem Schluss, dass noch zu wenige systematische Bestandsaufnahmen und dafür definierte Kriterien vorliegen, um die qualitativen Studien im breiteren Rahmen hier zu berücksichtigen. Dies muss einer späteren Revision der Leitlinien vorbehalten werden. Einzelne Arbeiten sind allerdings schon in diesem Stadium berücksichtigt worden.

Es liegt auf der Hand, dass diese Positionen so gewichtiger Organisationen im medizinischen Bereich wie der SVR oder der AWMF weder als Randerscheinungen abgetan werden können noch die neueren Diskurse unberührt liessen. So

⁷ Homepage der AWMF: www.awmf-online.de.

wirken in Herausgeberschaft und wissenschaftlichem Beirat des «*Psychotherapeuten*» Vertreter von Richtungen mit, die laut WB als «nicht wissenschaftlich» eingestuft wurden; die neuere «*Psychotherapie im Dialog*» nennt ausdrücklich Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, wobei die ersten beiden die Kriterien des WB nicht erfüllen und die mittlere zudem ebenso explizit nicht zugelassen wurde. Auch neuere Lehrbücher in Psychotherapie vermitteln nach wie vor ein breiteres Spektrum an Verfahren oder öffnen sich sogar dafür (wie die Auflage 2003 des Lehrbuches von Senf – ehemals BR-Mitglied – und Broda). Andere neuere Lehrbücher wie etwa die «*Klinische Psychologie*» von Lothar R. Schmidt kritisieren die zu einseitige Entwicklung, die das Fach bisweilen genommen habe und stellen daher explizit auch alternative Sichtweisen mit heraus.

Es sei angeführt, dass Zurhorst (2003) argumentiert, dass sogar die Verhaltenstherapie (VT) in Widerspruch zum erwähnten Ätiologie-Postulat steht, indem er den Verhaltenstherapeuten Reinecker in einem Lehrbuchbeitrag über VT mit den Worten zitiert: «Im Kontrast zum medizinischen Modell psychischer Störungen wird nicht versucht, so genannte Ursachen dieses Problems zu identifizieren, weil die Ursachen eines psychischen Problems zumeist lange in der Vergangenheit liegen. [...] Das in der Verhaltenstherapie vertretene Konzept der funktionalen Analyse schränkt das Verständnis von «Ursachen» insofern ein, als darunter vorausgehende, begleitende und nachfolgende Bedingungen zu verstehen sind, deren Veränderung zu einer Veränderung des Problems führen» (Reinecker 1997, 116). Zusammenfassend zu diesem Abschnitt bleibt festzuhalten, dass weder «das Gesundheitssystem» mit seinem Hauptspannungsfeld aus medizinischer und ärztlicher Tätigkeit noch die «scientific community» als Kronzeugen und/oder Begründungen für eine Einengung der Psychotherapie-Bewertung auf die vom WB formulierten und im Ehler-Gutachten wesentlich aufgegriffenen Kriterien herangezogen werden können. Diese Kriterien bleiben zwar nach wie vor wichtige Leitlinien für Forschungen unter *einem* bestimmten Paradigma und bestimmten Zielvorgaben – so wie sie für bedeutsame Teile der VT unter Laborbedingungen durchaus dienlich sind⁸.

⁸ Selbst für die VT gilt allerdings, dass beispielsweise die für manche Detailfragen sinnvolle Beschränkung auf reine Störungsgruppen allgemein aufgegeben werden muss, will man über die Mehrzahl jener Patienten die Wirksamkeit der VT untersuchen, welche sich eben nicht nur einer Gruppe zuordnen lassen (so genannte Komorbidität). Und ebenfalls gilt selbst oder gerade für die VT, dass noch erhebliche Stichprobenprobleme zu lösen sind, die eigentlich mehr inhaltliche Kenntnis voraussetzen, als wir derzeit haben (vergleiche Kriz 2000 b). Denn es ist überhaupt nicht klar, was «die VT» überhaupt sein soll, da sie sich – positiv – gerade durch ein sehr grosses Spektrum an überaus unterschiedlichen Einzelvorgehensweisen oder -verfahren auszeichnet (vergleiche Margraf 1996, Linden & Hautzinger 1996): Systematische Desensibilisierung, Aversionstherapien, Biofeedbacktherapie, Reizkonfrontation, Stimuluskontrolle, Token-Programm, Selbstinstruktionstraining, Training sozialer Kompetenz, Rational-Emotive-Therapie (um nur einige zu nennen) entstammen nicht nur recht heterogenen theoretischen Erklärungskontexten von Störung und Veränderung, sondern dürften wohl kaum alle kompetent von einem einzelnen Verhaltenstherapeuten beherrscht werden. Nimmt man die Kriterien der Prüfphase II (Ehler-Gutachten 4.2) ernst: Wie müsste dann ein Versuchsplan aussehen, der gültige Aussagen über «die VT» treffen soll?

Sie sind aber nach übereinstimmender Auffassung der oben angesprochenen Gruppierungen von Wissenschaftlern im Bereich der Psychologie, der Medizin, der Psychotherapie und des weiter gehenden Gesundheitsbereichs viel zu einseitig und zu eng, um allen anderen Ansätzen als Massstab für Wissenschaftlichkeit oder für therapeutische Effektivität übergestülpt zu werden.

3. Zwischenschritt:

Zentrale Aspekte zum Kontext der Psychotherapie

Wissenschaft ist ein soziales Gebilde. Die folgenden, auf ein Minimum beschränkten Hinweise erscheinen notwendig, um den sozialen Kontext, vor dem die Diskurse um die «Wissenschaftlichkeit» und Anerkennung von Psychotherapie (inklusive Psychotherapieschulen und -curricula) zu markieren. Unhinterfragte, scheinbar kontextfreie Pseudoobjektivität kann sich heute auf keine seriöse wissenschaftstheoretische Position mehr berufen.

Freiheitlich demokratische pluralistische Gesellschaften, zu denen fraglos auch die Schweiz gehört, zeichnen sich dadurch aus, dass sie ein breites Spektrum von unterschiedlichen Antworten auf die Frage «Wie wollen wir leben?» zulassen. Die Pluralität der Lebensgeschichten, Vorlieben, Ziele und Werte wird, sofern sie mit den Grundkonsensen der Gesellschaft nicht in Widerspruch stehen, nicht als Bedrohung oder unerwünschte Abweichungen vom Durchschnitt begriffen, sondern als etwas Erhaltenswertes oder gar Förderungswürdiges unserer Kultur.

Diese Pluralität der – kurz genannt – «Weltzugänge» spiegelt sich auch in den Wissenschaften wider: nicht nur in der Diversität unterschiedlicher Disziplinen, sondern auch in Vorlieben für bestimmte Perspektiven, Fragen, Vorgehensweisen, Prioritäten usw. innerhalb einer Disziplin. Selbst in so klar auf einen Forschungsgegenstand bezogenen und formal-methodisch durchstrukturierten Wissenschaften wie der Mathematik oder der Physik gibt es Schulbildungen: Forscher mit ähnlichen Positionen dazu, wie sie bestimmte Fragen angehen möchten, welches die für sie relevanten Aspekte sind, in welchen Kontexten ihre Ergebnisse Bedeutung erlangen usw., lassen sich deutlich von anderen Forschern unterscheiden, die hier andere Vorlieben haben und andere Gewichtungen setzen.

Psychotherapie ist nun aber in einem Ausmass wie keine andere Wissenschaft und professionelle Tätigkeit in die Pluralität der «Weltzugänge» eingebunden. Mehr als andere interventionistische Tätigkeiten (etwa technische Veränderungen, biologische Eingriffe, ja selbst Vorgehensweisen im Bereich der somatischen Medizin) wirkt Psychotherapie in die Struktur von Sinndeutungen hinein. Es geht darum, wie Menschen sich relativ zu einer Sozialgemeinschaft (und ihren Untergruppierungen) biographisch und narrativ in Vergangenheit einordnen und auf Zukunft hin entwerfen. Selbst die Entscheidung, einen als isoliert empfundenen Tic, wie zum Beispiel das Augenbrauenhochziehen, «wegkonditionieren» zu lassen, kommt nicht ohne zumindest implizite Stellungnahme zu Lerngeschichten und zu Bedeutungskontexten aus. Auf der anderen Seite ist Psychotherapie mehr als andere Wissenschaften, die ebenfalls in besonderem Masse Sinn- und narrative Strukturen zum Gegenstand haben, wie zum Beispiel Soziologie, Theologie oder Literaturwissenschaft, auf interventionistische Veränderung⁹ dieser «Lebenswelt» ausgerichtet.

Sowohl die psychotherapeutische Tätigkeit selbst als auch die systematische Reflexion über die Grundstrukturen und Wirkungsweisen dieser Tätigkeit – also die wissenschaftliche (Er-)Forschung der Psychotherapie – spiegeln daher in besonderem Masse diese Pluralität der «Weltzugänge». Denn selbst unter wünschenswerter maximaler Einbeziehung der Erkenntnisse aus anderen Wissenschaften bezieht sich die Psychotherapiewissenschaft im Kern immer auf die oben skizzierte sinnhafte und interventionistische Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten (beziehungsweise Paar oder Familie).

Fragen danach, wie wir leben wollen, was wir für wesentlich erachten, aus welchem Bild vom Menschen wir die Maximen unseres Handelns ableiten usw. betreffen daher nicht nur das therapeutische Handeln selbst, sondern auch dessen Erforschung.

Bei aller Heterogenität und Ausdifferenzierung im Einzelfall werden zumindest vier Grundrichtungen der Psychotherapie unterschieden, denen das Spektrum der Ansätze zugeordnet werden kann (wobei es hier nicht um eindeutige oder überschneidungsfreie Zuordnungen geht, sondern um die Zentrierung auf bestimmte Aspekte, Themen, Konzepte als Ausdruck der «Weltzugänge»):

- a) analytische und tiefenpsychologische Ansätze,
- b) verhaltenstherapeutische Ansätze (einschliesslich der kognitiven VT),
- c) humanistische Ansätze,
- d) systemische Ansätze (einschliesslich der Familientherapie).

Diese haben jeweils nicht nur unterschiedliche Kernkonzepte (und damit unterschiedliche Fokussierungen auf den therapeutischen Prozess und darauf, was «Veränderung» überhaupt bedeuten soll), sondern sind auch unterschiedlichen Paradigmen verpflichtet, was klinisch-therapeutische «Realität» ausmacht – und damit, was als «Fakten» zu verstehen ist.

Aus rein theoretischer Sicht wäre es zwar wünschenswert¹⁰, dass ein Patient Veränderungen in folgenden «Realitäts»-Aspekten durchläuft (entsprechend den Kernkonzepten der vier Hauptrichtungen), also:

- a) die biographische Eingebundenheit seiner spezifischen Konflikt(abwehr)dynamik in deren symptomgebenden (kompromissbildenden) Auswirkungen versteht,
- b) gelerntes Verhalten und/oder die zu Grunde liegenden kognitiven Prozessstrukturen ändert und neue Kontingenzen aufbaut,
- c) die als Angst gespürte und in Vermeidungsverhalten manifestierte Inkongruenz zwischen seinem organismischen Erleben und seinem «Selbst» zumindest in den symptomgenerierenden Auswirkungen durch Reintegration des Nichtzugänglichen ins «Selbst» vermindert,
- d) seine destruktiven narrativen Konstruktionen über seine Beziehungen zu sich, zu anderen und zur Welt und deren

⁹ «Interventionistisch» ist hier sehr allgemein zu verstehen – würde somit selbst extrem nicht direktive Positionen mitbeinhalten, wie die gezielte Bereitstellung günstiger therapeutischer Bedingungen, welche Veränderung ermöglichen. Es geht aber in der Therapie nie nur um nicht interventionistische Rekonstruktion von Sinn (wie es zum Beispiel in der Literaturwissenschaft möglich wäre), sondern es soll etwas bewirkt werden.

¹⁰ In gewissem Ausmass sind viele Aspekte als jeweilige «Nebeneffekte» durchaus praktisch vorzufinden.

gegenseitige Stabilisierung in den Interaktionen bedeutungsvoller (zum Beispiel Partner oder Familie) verflüssigt und zu neuen Sinn- und Interaktionsmustern («Attraktoren») in den jeweiligen Systemdynamiken findet.

Obwohl hier nur einige Aspekte der Kernkonzepte exemplarisch zur Sprache kamen (und beispielsweise Individuation, Lebenspläne, falsches Reasoning, Kontaktzyklus, Problemsysteme usw. als jeweils bedeutsame spezifische Konzepte fehlen) und obwohl es ferner wissenschaftlich-theoretisch überaus wünschenswert ist, als Leitziel eine integrative Theorie zu entwickeln, aus der alle diese Konzepte (und die damit thematisierten Phänomene) rekonstruierbar sind, kann kein Therapeut alle diese Aspekte handlungsrelevant im Kopf haben. Und selbst wenn er dies könnte, würde sich – auf dem gegenwärtigen Forschungsstand – wenig Praktisches daraus ergeben: Er müsste sich letztlich in einer konkreten Situation und im Hinblick auf die Beschwerden des Patienten entscheiden, ob er zum Beispiel eher regressive Prozesse und Übertragungsdynamiken fördern, einen sokratischen Dialog oder eine systematische Desensibilisierung beginnen, durch empathische Begegnung oder Focusing unbewusstes organismisches Erleben ins Selbst integrieren oder über zirkuläres Fragen, paradoxe Intervention oder lösungsorientiertes Interview bestimmte narrativ-interaktive Muster verändern will (um wieder nur wenige Aspekte zu nennen).

Das Bemühen um ein einheitliche Theorie für die *Rekonstruktion* therapeutischen Handelns steht somit nicht in Widerspruch zur schulmässigen Diversifikation dieses Handelns selbst. Denn hier gehen auch die jeweiligen Vorlieben, Fokusse, Lebensvorstellungen der Therapeuten ein, die ja auch in die Pluralität der Gesellschaft eingewoben sind. Und bekanntlich gibt es trotz grossen Forschungsbemühungen auf dem gegenwärtigen Stand höchstens in Ausnahmen akzeptierte Zuordnungen zwischen «Störungen» (siehe 4. Kapitel) und den unterschiedlichen Richtungen. Vielmehr zeigt sich, dass die konzeptuelle Identität des Therapeuten *innerhalb* einer bestimmten Schule nützlich ist und unterschiedliche Schulen differenzielle Effekte in der Therapie hervorbringen – die allerdings nicht so einfach eindimensional auf «höhere oder geringere Effektivität» reduziert werden können (vergleiche exemplarisch Eckert & Biermann-Ratjen 1990).

4. Einige Konsequenzen

Vor diesem Hintergrund sind insbesondere folgende Differenzierungen bei einigen Kernpunkten in den Diskursen zu beachten, die oft unzulässig verkürzt diskutiert oder deren unterschiedliche Aspekte miteinander vermengt werden.

i) Störung und Störungsspezifität

Die «Störungen oder Erkrankungen» des ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) haben den Stellenwert von *beschreibenden, taxonomischen Bündelungen* und sind nicht mit *medizinischen Ätiologien*¹¹ vergleichbar. Es geht – auch bei psychologischen Tests – um die Strukturierung von *subjektiven Befindlichkeiten* und nicht von *objektiven Befunden* im Sinne der Medizin.

¹¹ Vorhandene Ätiologieannahmen von psychischen Störungen sind allesamt umstritten und derzeit bestenfalls als vorläufig zu sehen.

Die sehr grosse Zahl so genannt «komorbider» Patienten belegt, dass eben nicht Patienten, sondern Beschwerden klassifiziert werden. Sollen alle diese Patienten unbehandelt bleiben (oder ist es Vorschrift, entsprechend schlampig zu diagnostizieren, um pseudoreine Störungsgruppen zu erhalten), nur um einer bestimmten Form von «Wissenschaftlichkeit» zu genügen?

ii) Schulen und Richtungen

Nicht nur die erwähnten vier Grundrichtungen, sondern auch die in Lehrbüchern darunter beschriebenen «Richtungen» (*beziehungsweise Schulen*) sind ebenfalls beschreibende, taxonomische Bündelungen (deren historisch-strukturelle Vernetzung aber rekonstruierbar ist).

Im Zusammenhang mit Curricula und Information der Bevölkerung geht es aber nicht um artifizielle Bündelungen, sondern um *reale Ausbildungsinstitutionen*.

Das österreichische Modell, hinsichtlich der Ausbildung und Zulassung nicht über imaginäre Therapie-«Richtungen», sondern über reale Ausbildungsinstitutionen zu befinden, sollte für die Schweiz unbedingt in Erwägung gezogen werden. (Natürlich müssen diese ihre theoretische und praktische Fundierung in einer «Richtung» – oder integrativ mehreren – nachweisen.)

Die ganz überwiegende Anzahl von Studien, die in den Metaanalysen und Diskursen um die «Wissenschaftlichkeit» von Therapie-«Richtungen» angeführt wurden, sind weder als repräsentative Stichproben aus den Therapeuten dieser «Richtungen» zu werten, noch waren sie überhaupt auf ein solches Ziel hin angelegt.

Qualität der Ausbildung, Fundierung der Curricula usw. können nicht im Hinblick auf kumulativ-imaginäre «Richtungen» diskutiert werden, sondern für reale Institutionen. So gibt es in Österreich unter den derzeit 18 zugelassenen psychotherapeutischen Organisationen, die auch Ausbildungen anbieten, zum Beispiel allein 3 im Feld «Personzentrierter Ansatz»/«Gesprächspsychotherapie» – die sich eben durch je eigene Schwerpunktsetzung unterscheiden und jeweils für die Qualität von Therapien und Ausbildungen verantwortlich sind.

iii) Wissenschaftlichkeit und wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit

Wissenschaft beinhaltet das reflektierte, zielgerichtete Herausarbeiten zu Grunde liegender Strukturen und ihrer entfaltenden Wirkungen in einem bestimmten Gegenstandsbereich. Im Falle von Psychotherapie ist dieser Gegenstandsbereich die Patient-Therapeuten-Beziehung, die ihre Wirkung vor allem in der Veränderung der leidvollen Prozesse des Patienten zu entfalten hat.

Das Herausarbeiten geschieht im Rahmen einer und in Rückwirkung auf eine Theorie. Je nach wissenschaftstheoretischer Position kann es sich aber zum Beispiel um eine nomologische beziehungsweise denotative Theorie handeln, die unter anderem falsifizierbare Prognosen ermöglicht. Oder aber es geht um eine interpretative beziehungsweise konnotative Theorie, die vor allem das rekonstruktive Verstehen in Gesamtsinnzusammenhängen zum Ziel hat (vergleiche Schüle 2002).

Da «Wissenschaft» eine soziale Institution ist, sind auch Diskurse nach bestimmten Regeln, Publikationen, Kongresse usw. als Aktivitäten der «scientific community» wichtiges Merkmal.

Ansätzen, die in gängigen Lehrbüchern zur Psychotherapie vertreten sind (und gar noch in anderen psychologischen Standardwerken wahrgenommen werden), zu denen es viele wissenschaftliche Publikationen gibt, über die wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten werden, die an Universitäten und Hochschulen durch explizite Stellen oder im Prüfungskontext vertreten sind, kann man die Wissenschaftlichkeit wohl kaum absprechen (wie in der BRD geschehen).

Wissenschaftlichkeit hat somit mit der Einbettung in die Regeln und Aktivitäten der «scientific community» (allerdings nicht nur einer bestimmten Untergruppe davon) zu tun.

Zu unterscheiden ist davon *wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit*. Diese ist besonders dann zu fordern, wenn die Sozialgemeinschaft für Kosten aufkommt (sonst würde ja der Nachweis der Nichtschädlichkeit genügen). Aus letztgenanntem Grunde sind allerdings Studien zu bevorzugen, welche diese Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden an *realen Patienten* (also nicht nur jener Teilmenge, die als Repräsentanten «reiner» Störungsgruppen aufgefasst werden können) und unter *realen Bedingungen* (also nicht nur im Labor) belegen.

Entsprechend ist der RCT-«Goldstandard» in seiner Bedeutung erheblich zu relativieren. Dieser wurde vor allem als Modell der pharmakologischen Forschung eingeführt und diente dazu, die Wirksamkeit einer applizierten (technisch kontrolliert hergestellten und damit objektiv gleich bleibenden) Substanz gegen Störgrößen abzusichern, wozu insbesondere die Ausschaltung sozial-sinnhafter Effekte gehören (Placeboforschung).

Psychotherapie wird aber grundsätzlich (1.) nicht technisch kontrolliert, konstant hergestellt, sondern ist situationsspezifisch. Sie wird (2.) nicht appliziert, sondern entsteht erst in der Begegnung Patient–Therapeut. Sie ist damit (3.) grundsätzlich sozial-sinnhaft. Zusätzlich muss (4.) auch festgehalten werden, dass selbst die bereits kurz erwähnte Placeboforschung nach neueren umfangreichen Reanalysen der Originalstudien in ihren Daten – vorsichtigst formuliert – nicht nachvollzogen werden kann und extreme Ungereimtheiten aufweist (Kienle 1995, Kienle & Kiene 1998). Was Kiene (2001) in einer Übersicht resümiert:

«Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die verbreiteten Literaturangaben zu Grösse und Häufigkeit des Placeboeffektes unbegründet und in hohem Masse übertrieben, wenn nicht gänzlich falsch sind. Es ist sogar die Frage zu stellen, ob nicht die Existenz des so genannten Placeboeffektes grösstenteils, oder sogar insgesamt, eine Illusion ist» (137).

Es ist daher zu fragen, ob selbst unter einer naturwissenschaftlich-reduktionistischen Forschungsperspektive der übliche RCT-«Goldstandard» überhaupt noch eine wissenschaftlich Grundlage für die Psychotherapieforschung hat oder aber zu modifizieren ist.

Hinzu kommt, dass die in diesem Ansatz so stark betonte «Effektstärke» ebenfalls stark relativiert werden muss: Die Effektstärke ist ein Mass für die *mathematisch-statistische Diskriminierfähigkeit* der Datenverteilungen – sie ist nicht mit der Stärke beziehungsweise dem Ausmass *klinisch-therapeutischer (inhaltlicher) Effekte* identisch (wird aber in vielen Diskursen fälschlich so verwendet, vergleiche Kriz 2000).

Die therapeutische Wirksamkeit ist daher – neben einem sehr vorsichtigen Einsatz von der Labor-Wirksamkeit und RCT-Methoden – vor allem wissenschaftlich nachzuweisen über:

- Consumer-Report-Studien – von Seligman 1995 im Kontrast zur Labor-Efficacy als Effectiveness (= *klinische Brauchbarkeit und Bewährtheit*) eingeführtes Kriterium. Deren kritische Diskussion ist allerdings zu berücksichtigen; ferner wären hier Ergänzungen um Befunddaten wünschenswert: zum Beispiel Medikamentenverbrauch, Kliniktage, Krankheitszeiten usw.
- systematisch aufbereitete Einzelfallstudien. Diese sind auch relativ einfach von kleineren Schulen/Organisationen zu erbringen. Zu beachten sind gegebenenfalls selektive Stichprobeneffekte (die es allerdings auch beim RCT gibt – nur auf anderer Ebene!).
- systematisch aufbereitete Fälle aus der supervidierten Therapie im Rahmen der Aus-/Weiterbildung.
- Berücksichtigung der Vorschläge zur ökologisch basierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung (Legewie 2000), insbesondere auch dialogische Forschung auf der Basis der Grounded Theory (Glaser/Strauss 1967, Strauss/Corbin 1996 – vergleiche auch die Diskussion in Zurhorst 2003).
- Beteiligung an «regionalen Prozess-Erfolgs-Studien», wie sie Legewie vorgeschlagen hat (im Folgenden aus Zurhorst 2003 zitiert):

«Design einer umfassenden Studie zur regionalen psychotherapeutischen Versorgung (Legewie)»

* Prospektive Verlaufsstudie: ca. 6 – 10 Jahre

Population: z.B. Bevölkerung von 1 – 2 (Standard-) Versorgungsgebieten (möglichst unterschiedliche demografische Daten und Versorgungsstrukturen)

* Fallidentifikation: Breites Spektrum (z.B. F 4/F 45)

Quantitative Evaluation (möglichst Totalerhebung)

* Eingangsphase: Wahre Prävalenz/Inzidenz erheben (zumindest Stichprobe, z.B. N = 1000)

* Dokumentation pro behandelten Fall:

– alle Behandlungsmassnahmen und Hilfen

– alle Krankheits- und Sozialkosten (Datenbanken der Kostenträger)

– Diagnosen, Symptomatik, Befinden, soziale Anpassung, Arbeit (z.T. Skalen)

* Statistische Auswertung: Kosten-Nutzen-Analysen vor/nach unterschiedlichen Interventionen

Qualitative Evaluation (5 – 10% der Fälle, auch unbehandelte Fälle):

* Theoriegeleitete Stichproben: möglichst kontrastierende Gruppen

* Quasi-experimentelle Vergleiche: z.B. Kassenstandard versus optimale Behandlung ausgewählter Fälle

* Naturalistische Erhebungsmethoden: Interviews, teilnehmende Beobachtung (+ harte Daten!)

* Grounded-Theory-Auswertung: Rekonstruktion der Verlaufsbio graphien mit/ohne Psychotherapie»

Letztlich sollten alle an Wissenschaftlichkeit und Qualität im Bereich Psychotherapie und ihrer Ausbildung Interessierte darauf hinwirken, dass die starke einseitige Ausrichtung der Forschungsinstitutionen auf optimal in deren Arbeits- und Karrierestrukturen integrierbare Designs zu Gunsten einer gleichgewichtigeren Beforschung der tatsächlichen Therapieangebote und -nachfragen, deren Wirkungen, aber auch Schwächen und Gefahren verschoben wird.

Beide «Verzichtshaltungen» – jene mancher Psychotherapieschulen, sich Forschungsfragen in angemessener Weise zu stellen, sowie jene mancher Forschungsrichtungen, sich mit den inhaltlichen Fragen, Konzepten und Vorgehensweisen des Spektrums an bedeutsamen Schulen zu beschäftigen – sollten in konzertierten Aktionen überwunden werden. Hierzu müssen von den gesellschaftlichen Einrichtungen allerdings Ressourcen und Rahmenbedingungen bereitgestellt werden.

iv) Indikationsbreite

Es ist zu unterscheiden zwischen Ansätzen beziehungsweise Schulen, die ein breites Spektrum an Beschwerden und Störungen behandeln, und andererseits recht spezifischen Ansätzen und Curricula. Dies liegt sowohl im Interesse der Information von Patienten und Institutionen im Gesundheitsbereich als auch im Interesse seriöser spezifischer Anbieter selbst, da mit Spezialisierung häufig eine besondere Kompetenz einhergeht.

So ist nicht einzusehen, warum es nicht zum Beispiel spezifische Suchttherapeuten mit entsprechenden Curricula geben soll, die in einem Modell, das den Nachweis über Wirksamkeit in einem breiten Beschwerdespektrum fordert, keine Anerkennung erhalten könnten. Selbstverständlich müssen in den Curricula Fragen der Abgrenzungen und Abklärungen sowie der wünschenswerten Kooperationen mit anderen therapeutischen Einrichtungen geregelt werden (Modell wäre hier die wechselseitige Befundabklärung zwischen Psychotherapeuten und Ärzten).

Das ICD 10 erscheint als Bezugssystem durchaus geeignet, wenn dessen Stellenwert als beschreibende Taxonomie berücksichtigt wird. Das heisst insbesondere, dass so genannte «Komorbidität» (= Mehrfachzuordnung) explizit in den zu erbringenden Nachweisen berücksichtigt wird; ferner dass nicht eine feste Zahl von Kategorien abgedeckt sein muss – unabhängig von ihrer Behandelbarkeit und vor allem der realen Häufigkeit in der Bevölkerung. Vielmehr sollten «affektive Störungen», «Angststörungen» und «Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten» ein ganz besonderes Gewicht haben, weil diese drei Bereiche 70 Prozent oder mehr aller Indikationen der Psychotherapie umfassen.

Nicht vermengt werden sollten bei der Indikation Fragen der Finanzierung von Psychotherapie mit denen der Berufsausübung. Die Einengung des ehemals sehr viel weiteren Verständnisses von Psychotherapie auf die Behandlung von so genannten «krankheitswertigen» Störungen ist auf Grund der gesellschaftlichen Entwicklungen und Bedürfnisse hinzunehmen. Auch wenn meines Erachtens bedauerlich ist, dass damit professionelle und kompetente Beiträge zu (darüber hinausgehenden) Persönlichkeitsentwicklungen im weitesten Sinne nun anderen Professionen überlassen wird (etwa im Rahmen von Coaching) oder dieser Bereich gar für Scharlatane als Tummelplatz frei gemacht wurde.

Noch wichtiger ist aber, dass die Indikationsabgrenzungen nicht so klar sind, wie sie erscheinen mögen. So kann eben zum Beispiel Paar- oder Familientherapie auch dann, wenn (noch) keine «krankheitswertige» Störung vorliegt, eine wichtige prophylaktische Massnahme sein, um einer solchen sich abzeichnenden Entwicklung vorzubeugen. Ein anderes Beispiel ist die Tatsache, dass selbst bei einem klar

somatischen Asthma bekanntermassen das Ausmass des «Stresses» in einer spezifischen Situation mitentscheidend sein kann, ob unter sonst gleichen Bedingungen ein Anfall (mit zusätzlicher Medikation) gerade noch verhindert werden kann oder eben nicht. Gemeint ist hier die typische nicht-linear-kausale Verknüpfung zwischen bedeutsam unterschiedlichen Verläufen («Anfall» versus «kein Anfall») und gegebenenfalls vergleichsweise geringen Beeinflussungen einer Moderatorvariablen (hier: Stress). Neben klassischen therapeutischen Massnahmen wie Entspannungstrainings usw. zeigt sich, dass gerade auch die aktuelle Familiendynamik – die sich oft um «chronische Krankheit» in besonderer Weise organisiert – den Stress beeinflusst. Sind daher nun familientherapeutische Massnahmen indiziert oder nicht?

Es geht hier nicht nur um die Frage der kassenrechtlichen Erstattung – vielmehr geht es zuerst um Fragen, ob solche Therapien überhaupt zugelassen werden¹².

5. Gesamtresümee

Die Frage der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie (-schulen) und der damit verbundenen Zulassung von Aus- und Weiterbildungscurricula ist nicht eindimensional und kategorial (oder gar metrisch), sondern nur mehrdimensional und komplex zu beantworten.

Dem verständlichen Wunsch von Weiterbildungskommissionen, Zulassungsinstanzen usw. nach möglichst objektiven, einfachen, allgemein gültigen Kriterien – deren Erfüllung klar ersichtlich wäre und womit die Entscheidungen im Extremfall ausgezählt werden könnten – kann so nicht entsprochen werden: Weiterhin sind das Expertentum und die Fachkompetenz der entscheidenden Gremien (oder der vorbereitenden Gutachter) notwendig, die sich gerade darin zeigen, mit nicht reduzierbarer Komplexität umgehen zu können.

Der im Ehlert-Gutachten dankenswerterweise unternommene Versuch einer solchen operationalen Reduktion hat dies mit zu grosser Einengung und Einseitigkeit der zentralen Bestimmungsgrössen erkaufte: Weder die Pluralität der Zielvorstellungen noch die Pluralität der wissenschaftstheoretischen Hauptpositionen, noch die Vielfalt der damit verbundenen Methodologien und Methoden, noch die unterschiedlichen Vorstellungen über Störungskonzepte und richtungsspezifische Verständnisunterschiede von klinisch-therapeutischer «Realität» und ihren «Fakten» konnte so angemessen berücksichtigt werden.

Es ist so der unglückliche Eindruck entstanden, als wollte eine spezifische Richtung mit Hilfe dieser operationalen Reduktion allen anderen ihr Weltbild aufzwingen. Das ist deswegen besonders brisant, weil dies in der BRD realpolitisch versucht wurde und «im Namen der Wissenschaftlichkeit» faktische Berufs- (und damit auch Forschungs-) Verbote für fast alle Psychotherapierichtungen ausgesprochen wurden.

Bei genauer und methodenkritischer Anwendung der vorgeschlagenen (und am WB der BRD orientierten) Kriterien würden auch in der Schweiz nicht nur *fast* alle Schulen und Richtungen bei der Zulassung scheitern. Es ist vielmehr zu bezweifeln, dass selbst die VT, die in der Forschung von den in den Kriterien benannten Prinzipien am stärksten Gebrauch macht, zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Kriterien letztlich erfüllen könnte: Die ungelösten Stichprobenprobleme, Zuordnungsfragen, ökologisch unvaliden Störungsgruppen und andere, hier teilweise kurz angesprochenen Probleme (vergleiche Kriz 1996a,b, 2000b) geben begründeten Anlass, selbst für die VT die Erfüllung der Kriterien in Zweifel zu ziehen.

Daher wurde in den Abschnitten 1 und 2 gezeigt, dass sowohl innerhalb der psychologischen und psychotherapeutischen «scientific community» als auch im medizinisch-ärztlichen Bereich des Gesundheitssystems die zentralen Pfeiler dieser Kriterien wegen ihrer Einseitigkeit ohnedies massiver Kritik ausgesetzt sind. Sie werden sowohl hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit als auch hinsichtlich ihrer Angemessenheit für die Beurteilung des breiten Spektrums an Psychotherapierichtungen bezweifelt. Manche zu Grunde liegenden Annahmen – etwa der Placeboeffekt als Begründung für die lautstarke Forderung nach Kontrollgruppen – müssen nach neueren Erkenntnissen gar revidiert werden.

Im 3. Abschnitt wurde kurz die Bedeutsamkeit einer pluralistischen Zugangsweise begründet, welche die pluralistischen «Weltsichten» der Patientenpopulationen in komplexen Gesellschaft widerspiegelt und daher als Qualitätsmerkmal der therapeutischen Versorgung zu werten ist. Dies steht dem gleichzeitigen Bemühen um eine einheitliche *rekonstruktive* Theorie therapeutischer Prozesse nicht entgegen.

Im 4. Abschnitt wurde an einer Reihe von Kernkonzepten in den Debatten um Wissenschaftlichkeit, Zulassungen, Curricula usw. kritische Differenzierungen vorgenommen. Diese könnten als wesentliche Ergänzungen und teilweise als Korrekturen der Vorschläge im Ehlert-Gutachten zusammen mit allenfalls weiteren Vorstellungen in eine Art *Leitlinien* für die Entscheidungen einfließen. Diese betreffen zum Beispiel jene zentralen Fragen, die Curricula bei der Beantragung um Zulassung behandeln müssen – einschliesslich der Hinweise, wie bestimmte Nachweise zu führen sind. Sie haben aber nach meinem Verständnis eher Ähnlichkeit mit den Leitfäden zur Erstellung von Anträgen auf Zulassung einer Psychotherapie als mit algorithmisierter Vorgehensweise: Eine grosse Flexibilität und Heterogenität muss gewährleistet bleiben, die der Besonderheit des jeweiligen Ansatzes genauso Rechnung trägt wie dem Bedürfnis, eine sachlich begründete und nachvollziehbare Entscheidung über Annahme oder Ablehnung fällen zu können.

Die *Leitlinien* müssen daher – entsprechend den Ausführungen – unscharf, multidimensional und komplex bleiben. Sie können darüber hinaus nur unter Beteiligung aller bedeutsamen Positionen und Institutionen im Gesundheitssegment der Psychotherapie entwickelt werden. Expertentum ist bei den Entscheidungen weiterhin gefragt.

¹² Ihre Wirkung auf Asthma lässt sich sicher nicht durch ein RCT-Design im Rahmen einer Dissertation belegen und einfach in statistischen Effektstärken messen. Aufwändige Forschung aber wäre unopportun, weil mit dem gleichen Aufwand die Untersuchung vieler kleiner anderer Fragen mit einfachen Designs zu vielen Publikationen führt. Trotz noch klassisch ungesicherter Beweislage werden allerdings in dem wesentlich in Osnabrück mit entwickelten BRD-weiten Konzept der «Asthma-Akademien» Familiengespräche integriert (Könning et al. 1997).

Literatur

- Cierpka M., Zander B., Seide L., Balck F., Conen ML., Martens-Schmid K., Michelmann A., Scheib P., Wirsching M. (1994): Multizentrische Studie zur Versorgungsrelevanz und Effektivität der Paar- und Familientherapie – der aktuelle Stand. *System Familie* 7 (3): 173–177.
- Cierpka M., Zander B., Anton S., Balck F., Conen ML., Hiss I., Michelmann A., Scheib P., Strack M., Wirsching M. (1996): Multizentrische Studie zur Versorgungsrelevanz und Effektivität der Paar- und Familientherapie/-beratung. *Das Basisdokumentationssystem. Schwerpunkt Familientherapie der Universität Göttingen*.
- Eckert J.; Biermann-Ratjen E.-M.: Ein heimlicher Wirkfaktor: Die «Theorie» des Therapeuten. In: Tschuschke V., Czogalik D. (Hrsg.): *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* 272–287. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1990.
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10*. Huber, Bern.
- Faber/Haarstrick (1999): *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (5. Aufl. von Faber/Dahm/Kallinke), Urban & Fischer, München/Jena.
- Glaser B. G., Strauss A. (1967): *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Aldine, Chicago.
- Grawe K. (1995): Welchen Sinn hat Psychotherapieforschung? Eine Erwiderung auf Tschuschke, Kächele & Hölzer (1994). *Psychotherapeut* 40, 281–297.
- Greenhalgh T. (1999): Narrative based medicine in an evidence based world, in: *BMJ* Vol. 318, 30.1.1999.
- Hofmann S.O. (2000): Psychodynamische Therapie und Psychodynamische Verfahren. *Psychotherapeut* 45, 52–54.
- Kiene H. (2001): *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung*. Springer, Berlin.
- Kienle G.S. (1995): Der sogenannte Placeboeffekt. Illusion, Fakten, Realität. Schattauer, Stuttgart.
- Kienle G.S., Kiene H. (1998): The placebo effect: a significant critique. *Complementary Therapies in Medicine* 6: 14–24.
- Klann N., Hahlweg K. (1994): *Beratungsbegleitende Forschung – Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und ihre spezifischen Anwendungen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Band 48.1. Kohlhammer, Stuttgart.
- Kriz, Jürgen (1996a): Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In: Hutterer-Krisch R. et. al.: *Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik*, Bd. 5 der «Serie Psychotherapie» (Hrsg.: G. Sonneck), Facultas, Wien: 15–160.
- Kriz, Jürgen (1996b): Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 4, 163–168 (Nachdruck in: *Systema* 11,1, 42–50, 1997, und in: *Existenzanalyse* 15, 1, 33–37, 1998).
- Kriz, Jürgen (1998): Die Effektivität des Menschlichen. Argumente aus einer systemischen Perspektive. *Gestalt Theory* 20, 131–142 (Abdruck auch in: *bdp* (Hrsg.): *Reader*, 3. Landes-Psychologinnen-Tag Schleswig-Holstein: «Zwischen Effektivität und Menschlichkeit – Fragen an die Psychologie», Nachdruck in: *Systema* 12, 3, 277–288).
- Kriz, Jürgen (1999): Von der «science-fiction» zur «science». *Methodologische und methodische Bemerkungen zur Frage der «Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren»*. *Report Psychologie* 24, 21–30.
- Kriz, Jürgen (2000a): Fragen und Probleme der Wirksamkeitsbeurteilung von Psychotherapie. In: Petzold H., Märtens, M. (Hrsg.): *Wege zu effektiven Psychotherapien*. Leske & Budrich, Opladen: 273–281.
- Kriz, Jürgen (2000b): Perspektiven zur Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie. In: Hermer M. (Hrsg.): *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. DGVT, Tübingen: 43–66.
- Kriz, Jürgen (2002): Kritische Reflexion über Forschungsmethoden in den Künstlerischen Therapien. In: Petersen P. (Hrsg.): *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge*. Mayer, Stuttgart/Berlin: 69–94.

- Könning J. et al. (Hrsg.) (1997): Die Betreuung asthmapranker Kinder im sozialen Kontext. Enke, Stuttgart (2. Aufl.).
- Legewie H. (2000): Psychotherapie unter Rationalisierungsdruck, in: Psychomed 2.
- Linden M., Hautzinger M. (Hrsg) (1996): Verhaltenstherapie 3. Springer, Heidelberg.
- Margraf J. (Hrsg) (1996): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer, Heidelberg.
- Reinecker H. (1997): Verhaltenstherapie, in: Senf W., Broda M. (Hg.): Praxis der Psychotherapie. Thieme, Stuttgart/New York.
- Schülein J.A., Reitze S. (2002): Wissenschaftstheorie für Einsteiger. WUV/UTB, Wien.
- Seligman M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. *Amer. Psychologist* 50, 965–974.
- Senf W., Broda M. (Hrsg.) (2003): Praxis der Psychotherapie. Thieme, Stuttgart (3. Aufl.).
- Strauss A., Corbin J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- SVR (1999): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, BT-Drs. 14/5661 vom 21.3.2001.
- SVR (2003): Gutachten 2003. Kurzfassung (Quelle: Homepage des SVR).
- Tschuschke V., Kächele H., Hölzer M. (1994): Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 29, 281–291.
- Tschuschke V., Hölzer M., Kächele H., (1995). Ach, du liebe «Güte». Eine Einladung statt einer Erwiderung. *Psychotherapeut* 30, 304–308.
- Zurhorst G. (2003): Evidenz-basierte oder ökologisch basierte Psychotherapie? Quelle: Homepage des VPP: Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V.).

Redaktionskommission:

Heidi Aeschlimann
Lilo Fauser
Fred W. Hürlimann
Doris Wüthrich

MitarbeiterInnen dieser Ausgabe:

Heidi Aeschlimann
Hugo S. Grünwald
Jürgen Kriz

Auflage:

700 Exemplare

Druck und Ausrüsten:

Druckerei Peter + Co, Zürich

Lektorat:

Thomas Basler, Brugg

Konzept und Gestaltung:

greutmann bolzern zürich

Adresse:

SBAP, Geschäftsstelle
Merkurstrasse 36
8032 Zürich
Tel. 043 268 04 05
Fax 043 268 04 06
info@sbap.ch
www.sbap.ch