

# **Ausschuss für Wissenschaft und Forschung der Psychotherapeutenkammer Hessen**

**Mai 2006**

## **Leitlinien für die psychotherapeutische Behandlung**

### **1. Die Bedeutung der Thematik**

Der Ausschuss für Wissenschaft und Forschung der LPPKJP Hessen sieht in der Entwicklung von ‚Leitlinien für die psychotherapeutische Behandlung‘ durch verschiedene Fachgesellschaften sowie durch die ‚Planungsgruppe Nationale Versorgungsleitlinien‘ eine für die gesamte Psychotherapie hoch bedeutsame Thematik. Besondere Brisanz erhält das Thema durch die (rechtsverbindliche) Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement, der in § 3 die Ausrichtung der Versorgung u.a. an fachlichen Standards und (nicht rechtsverbindlichen) Leitlinien vorschreibt.

Mehrere Fachgesellschaften haben bisher Leitlinien für die psychotherapeutische Behandlung vorgelegt. Diese sind unterschiedlich aufgebaut und haben auch unterschiedliche Zielsetzungen (siehe dazu Anlage 1 und 2: ‚Zwischenbilanz zum bisherigen Diskussionsstand‘, und ‚Anmerkungen zu Leitlinien‘). Leitlinien sind (im Unterschied zu ‚Richtlinien‘) derzeit zwar grundsätzlich nicht rechtsverbindlich und können somit auch keine Entscheidungsgrundlage bei gerichtlichen Auseinandersetzungen darstellen, jedoch ist eine Entwicklung in diese Richtung nicht auszuschließen.<sup>1</sup> Auch wenn von Leitlinien in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss (siehe Leitlinien-Definition von AWMF und ÄZQ), ist davon auszugehen, dass sie als generalisierte Behandlungsempfehlungen auch normative Bedeutung bekommen können. Für eine zunehmende Bedeutung von Leitlinien spricht auch die Entscheidung der ‚Planungsgruppe Nationale Versorgungsleitlinien‘ (AWMF, ÄZQ, BÄK, KBV) für die Entwicklung einer ‚Nationalen Versorgungsleitlinie Depression‘; die vor allem im Falle der Entwicklung eines ‚DMP Depression‘ an Relevanz gewinnen dürfte.

Der Ausschuss regt daher an, dass sich die LPPKJP Hessen wie auch die Bundeskammer ausführlich mit dieser Thematik befassen. Im Sinne einer einheitlichen Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung wäre eine entsprechende Befassung auch seitens der Ärztekammern wünschenswert.

Eine länderübergreifende Veranstaltung wäre ein geeigneter Schritt, um diese Thematik in der Fachöffentlichkeit zu diskutieren. Außerdem spricht sich der Ausschuss dafür aus, dass sich die Kammer für eine ausreichend starke Beteiligung psychotherapeutischer Praktiker an der Entwicklung von Leitlinien einsetzt.

### **2. Inhaltliche Gesichtspunkte:**

Übereinstimmung besteht im Ausschuss in folgenden Punkten:

Leitlinien können eine Hilfe für Psychotherapeuten in Ausbildung bzw. mit noch geringer Praxiserfahrung sein, um Theoriewissen abzuwägen und in der psychotherapeutischen Situation ein fachgerechtes Handeln zu sichern. Insbesondere können sie dazu beitragen, gra-

---

<sup>1</sup> Ein Indiz hierfür findet sich in einem Hinweis des Deutschen Ärzte-Verlags auf das Buch „Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter“: „Wer sich bei Diagnostik und Therapie an den Leitlinien und zugehörigen Evidenzgraden orientiert, hat im juristischen Konfliktfall gute Argumente für sein therapeutisches Vorgehen.“ (Flyer des Verlags).

vierende Behandlungsfehler zu vermeiden. In diesem Sinne können sie ein Instrument sein, um die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer professionellen Haltung zu unterstützen. Leitlinien können jedoch den komplexen diagnostisch-therapeutischen Prozess nicht ausreichend abbilden; sie geben wenig handlungsrelevante Hilfen bezüglich der komplexen Nutzung des Erfahrungs-, Situations-, Emotions- und Interaktionswissens und können die individuelle Behandlungskonzeption nicht ersetzen. Darüber hinaus kann eine enge Fassung und Auslegung von Leitlinien zu einer tendenziellen Erstarrung psychotherapeutischer Handlungsmöglichkeiten („Orthodoxie“) beitragen. Außerdem besteht die Gefahr, dass Leitlinien durch die lange Dauer ihrer Entwicklung schnell veralten.

Eine einengende ordnungspolitische, einseitig kurzfristigen ökonomischen Interessen (insbes. der Krankenkassen) folgende Ausrichtung und Nutzung von Leitlinien in gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen würde daher das Ziel einer fachgerechten psychotherapeutischen Versorgung verfehlen.

Unterschiedliche Auffassungen bestehen im Ausschuss insbesondere in der Frage der wissenschaftlichen Fundierung von Leitlinien und ihrer gegenwärtig weitgehenden Orientierung an der ICD-10 sowie hinsichtlich der Bedeutung von psychotherapeutischen Schulen (Verfahren) und ihrer Vielfalt. Keine Übereinstimmung besteht auch bezüglich der Aussage, dass unterschiedliche psychotherapeutische Methoden und Techniken in den Leitlinien zu berücksichtigen sind, um eine auf den jeweiligen Patienten, auf seine Voraussetzungen, Möglichkeiten und Ziele zugeschnittene Behandlung zu sichern. Da nur fünf der sechs Ausschussmitglieder der entsprechenden Formulierung<sup>2</sup> zugestimmt haben, ist diese Aussage im Abschnitt „Unterschiedliche Auffassungen“ aufzunehmen.

Diese kontroversen Positionen werden in den Stellungnahmen einzelner Ausschussmitglieder deutlich. Der Ausschuss hat sich entschieden, diese als Anlage (Anlage 3 – 6) beizufügen und sie damit als Material für die Gremien der Kammer zur Verfügung zu stellen.

Anlagen:

Anlage 1: ‚Zwischenbilanz zum bisherigen Diskussionsstand‘ (Prof. Dr. Fritz Matthejat)

Anlage 2: ‚Anmerkungen zu Leitlinien‘ (Jörg Hein)

Anlage 3: Stellungnahme von Dr. Renate Frank

Anlage 4: Stellungnahme von Mathias Hebebrand

Anlage 5: Stellungnahme von Prof. Dr. Fritz Matthejat

Anlage 6: Stellungnahme von Dr. Gisela Wiegand

Für den Ausschuss Wissenschaft und Forschung der Psychotherapeutenkammer Hessen:

Mathias Hebebrand

(Vorsitzender des Ausschusses)

---

<sup>2</sup> Der Passus des zur Abstimmung gestellten Textes lautete: „Um eine auf den jeweiligen Patienten, auf seine Voraussetzungen, Möglichkeiten und Ziele zugeschnittene Behandlung zu sichern, sind unterschiedliche psychotherapeutische Methoden und Techniken in den Leitlinien zu berücksichtigen.“

## **Leitlinien-Wuf: Zwischenbilanz zum bisherigen Diskussionsstand**

F. Matzejat

### **Ausgangspunkt**

Diskussionen im Kammerausschuss WuF (siehe Protokolle) und in mehreren schriftlichen Diskussionsbeiträgen von Dr. R. Frank, J. Hein, M. Hebebrand, Prof. Dr. F. Matzejat, Dr. G. Wiegand.

### **Grundinformationen**

Leitlinien (practice guidelines / treatment guidelines / practice parameters) gewinnen in der Gesundheitsversorgung der westlichen Länder eine zunehmende Bedeutung. Eine Übersicht zu Leitlinien/Richtlinien findet sich auf der Internet-Seite des zpid. Die Entwicklung in Deutschland entspricht einem internationalen Trend (insbes. USA und UK).

Leitlinien (practice guidelines / treatment guidelines / practice parameters) sind in der Gesundheitsversorgung in Deutschland insbes. durch äzq und AWMF repräsentiert (siehe die entsprechenden Internet-Seiten). Eine wichtige Basislektüre ist in diesem Zusammenhang das von äzq und AWMF herausgegebene „Leitlinien-Manual“. Auf der Internetseite der AWMF finden sich Verweise auf mehrere hundert Leitlinien. Seit 1999 wird von BÄK, KBV und anderen Organisationen das „Leitlinien-Clearingverfahren“ durchgeführt (s. Papier v. J. Hein).

Leitlinien, die für Psychotherapeuten von unmittelbarer Bedeutung sind, wurden in Deutschland vorgelegt von den in der AWMF organisierten Fachgesellschaften (insbes. DGPPN und DGKJP).

Für den psychotherapeutischen Bereich wurden in Deutschland auch von Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie Vorschläge für störungsspezifische Leitlinien vorgelegt und es wird z.Zt. im Auftrage der DGPs (und in Abstimmung mit Fachgesellschaften) an solchen Leitlinien weitergearbeitet.

Die Psychotherapeutenverbände (GKII) streben mit Unterstützung und in Abstimmung mit der DGPs und der Bundespsychotherapeutenkammer an, bei der Entwicklung der Leitlinien für den „P-Bereich“ gleichberechtigt mitzuwirken.

### **Das Leitlinien-„Angebot“**

Eine Inspektion der Leitlinien-„Angebote“ zeigt, dass das Feld sehr heterogen ist; die Leitlinien sind sehr unterschiedlich aufgebaut, haben eine unterschiedliche Zielsetzung und Qualität.

- Am häufigsten können wir diagnosenspezifische Leitlinien finden, die sich an den gängigen Klassifikationsschemata ICD/DSM orientieren,
- darüber hinaus finden wir Leitlinien zu umschriebenen klinischen Auffälligkeiten oder Symptomen (ohne Bindung an ICD oder DSM), z.B. Suizidalität
- weiterhin auch Leitlinien zu spezifischen Fragestellungen bzw. Problembereichen der medizinischen und psychosozialen Versorgung (z.B. von allgemeinen Hygienestandards bis zu gerichtliche Begutachtung von sexuell missbrauchten Kindern)
- methodenspezifische Leitlinien (z.B. Methylphenidat-Medikation bei Kindern und Jugendlichen; Paar- und Familientherapie)
- und sog. Versorgungs-Leitlinien, in denen Abläufe im System der Gesundheitsversorgung spezifiziert werden
- und schließlich „Patienten-Leitlinien“, durch die Patienten informiert werden sollen.

Eine Inspektion der Leitlinien-„Angebote“ zeigt außerdem, dass das Feld schon jetzt nicht mehr leicht zu überschauen ist (z.B. viele unterschiedliche Leitlinien zum selben Thema). Dazu kommt, dass es offizielle Verlautbarungen und Statements gibt, die nicht als „Leitlinien“

Anlage 1: Zwischenbilanz zum bisherigen Diskussionsstand, Prof. Dr. Fritz Mattejat bezeichnet werden, aber eine ähnliche Funktion haben. [Beispiel: ADHS/HKS-Bereich; anderes Beispiel: „Empirically Supported Treatments“ bis hin zu „Facts for families“].

Zusätzlich zu den Leitlinien selbst findet man eine große Zahl von Arbeiten über die Entwicklung, die Qualitätssicherung von Leitlinien, weiterhin über die Kriterien, die Leitlinien erfüllen sollen. Einzelne Leitlinien umfassen nicht selten über 50 Seiten (vgl. auch die Clearingberichte der äzq).

Eine wichtige Zielsetzung bei der Erstellung von Leitlinien - die konzentrierte und übersichtliche Zusammenfassung des vorhandenen Wissens im Sinne einer Informationsverdichtung (Überschaubarkeit/Transparenz) - ist durch diese Entwicklung in Frage gestellt.

### **Mögliche Fragestellungen für WuF**

⇒ Können/sollen überhaupt Leitlinien für den „P-Bereich“ formuliert werden?

Grundsätzliche Erwägungen zu Leitlinien (z.B. Wiegand-Papier)  
Argumente für Notwendigkeit und Nutzen von Leitlinien;  
Hinweise auf Gefahren/Probleme (vgl. z.B. WuF-Diskussion, Quaschner-Artikel)

⇒ Auf welche Fragen kann/sollten sich Leitlinien beziehen?

Welche Fragen sollten durch Leitlinien beantwortet werden  
Typen von Leitlinien (relativ wenig Literatur vorhanden)

⇒ Wie sollten Leitlinien gestaltet sein, damit sie nützlich sind (Ziele)?

Beispiele für bes. gelungene Leitlinien  
Beispiele für wenig hilfreiche Leitlinien

⇒ Wie kann der Prozess der Leitlinien-Entwicklung gestaltet werden?

Kriterien, an denen sich Leitlinien orientieren sollten (=Leitlinien-Metaliteratur)  
Organisation des Entwicklungsprozesses: Wer kann soll Leitlinien entwickeln?

⇒ Bevor wird diese Fragen diskutiert: Welcher positiver Beitrag kann von WuF ausgehen?

Stellungnahme in Analogie zur Stellungnahme zum Techniker-Modell?  
Wie kann das Arbeitsziel konkretisiert werden?  
Vorschlag für Gremien auf Bundesebene (effektive Wirksamkeit).

⇒ Und: Was haben wir bisher im Rahmen des Ausschusses WuF selbst gelernt?

# Anlage 1: Zwischenbilanz zum bisherigen Diskussionsstand, Prof. Dr. Fritz Matthejat

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: Leitlinien zur Depressionsbehandlung - Mozilla Firefox

http://www.dgvt.de/Leitlinien\_zur\_Depressionsbeha.1930.0.html

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

## Leitlinien zur Depressionsbehandlung

### Bericht über die erste Konsensrunde zur Erstellung von S3-Leitlinien zu depressiven Störungen am 1. Juni 2005 in Frankfurt am Main

Auf Einladung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und moderiert von Frau PD Dr. Kopp von der AWMF fand am 1. Juni 2005 die erste Konsensrunde zur Entwicklung von S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie unipolarer depressiver Störungen statt. Insgesamt waren ca. 30 Fachgesellschaften und Patientenverbände vertreten. Ziel dieser Entwicklung ist es, eine von breitem Konsens getragene Leitlinie zur Behandlung depressiver Störungen zu entwickeln, die bisher vorliegende Leitlinien (etwa der DGPPN und der Fachgruppe Klinische Psychologie der DGPs) mitberücksichtigt. Da die Erstellung einer Nationalen Versorgungsleitlinie Depression angestrebt wird, ist der Prozess von hoher praktischer Bedeutung.

In der Sitzung am 1. Juni wurde zunächst das Vorhaben erläutert – die Leitlinienentwicklungsgruppe von der Universitätsklinik Freiburg (Prof. Mathias Berger, Prof. Martin Härter) hatte umfangreiches Material in Form bisher vorliegender Leitlinien (national und international) zur Verfügung gestellt. In Vorträgen wurde der aktuelle Entwicklungsstand von Leitlinien zur Behandlung der Depression vorgestellt. Neben den Leitlinien, die im Jahr 2000 von der DGPPN entwickelt wurden, liegen noch verschiedene andere deutschsprachige Entwürfe vor (z. B. Arzneimittelkommission, Kompetenznetz Depression, tiefenpsychologische Entwürfe, Fachgruppe Psychologie der DGPs), die jedoch insgesamt methodischen Anforderungen nicht vollständig gerecht werden. Im internationalen Raum liegen mehrere, teilweise sehr hoch entwickelte Leitlinien vor (NICE: Großbritannien; Kanada etc.), bei denen jedoch die Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation fraglich ist.

S3-Richtlinien zeichnen sich dadurch aus, dass sie evidenzorientiert sind, nach dem Konsensus-Prinzip unter Beteiligung aller relevanten Fachgesellschaften sowie von Patientenverbänden und Kostenträgern verabschiedet wurden und einen ausführlichen Methodenreport umfassen. In einem ersten Arbeitsschritt wurden die von der Leitliniengruppe erarbeiteten Schlüsselfragen diskutiert und durch alle anwesenden Fachgesellschaften hinsichtlich ihrer Relevanz eingeschätzt.

Für die Erstellung der Leitlinie wird mit einer Zeit von ca. einem Jahr gerechnet. Für die DGVT werden Rudi Merod und Thomas Heidenreich als Delegierte des Vorstands regelmäßig an den Sitzungen teilnehmen und an dieser Stelle über den Stand berichten.

*Thomas Heidenreich*

AWMF online - Welcome / Leitseite - FRAME-Version - Mozilla Firefox

http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/

## AWMF online

Arbeitsgemeinschaft der  
Wissenschaftlichen  
Medizinischen  
Fachgesellschaften




### Leitlinien für Diagnostik und Therapie Guidelines for diagnostics and therapy

## Dokumentation

### 16. Leitlinien-Konferenz der AWMF

Zeit: am Freitag, 9. 12. 2005 von 9<sup>45</sup> bis ca. 16<sup>00</sup> Uhr  
Ort: im Hörsaal des Langenbeck-Virchow-Hauses der DGCh,  
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin (Mitte)

### Programm und Vorträge

9 <sup>45</sup> - 10 <sup>00</sup>	Begrüßung (H.K. Selbmann, Tübingen)	
10 <sup>00</sup> - 10 <sup>15</sup>	Grußworte (H. Bauer, Berlin; A. Encke, Frankfurt)	 

# Anlage 1: Zwischenbilanz zum bisherigen Diskussionsstand, Prof. Dr. Fritz Mattejat

AWMF online - Welcome / Leitseite - FRAME-Version - Mozilla Firefox

http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/

LEO Synonyme Rechtschreibung Google Google Scholar DB Reiseauskunft Teleauskunft ELWERT Hauptseite - Wikipedia

Bitte wählen Sie ↓

**Hauptmenue:**

- Gesamt-Index
- Mitgliedsgesellschaften
- AWMF-Präsidium
- Leitlinien-Datenbank
- AWMF-Publikationen
- Service-Seiten
- AWMF-Veranstaltungen
- AWMF/BÄK-DRG-Forum
- eMail-Abo AWMFintern
- gms e-Journal
- AWMF online Homepage

© AWMF online


**Sitzungsleitung A. Encke**

10<sup>15</sup> - 11<sup>45</sup> **Leitlinien im Gesundheitswesen: Kompetenzen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten**


- Position des G-BA (R. Hess, Siegburg)
- Position der AWMF (H.K. Selbmann, Tübingen)
- Position der ärztlichen Körperschaften BÄK und KBV (G. Ollenschläger, ÄZQ Berlin)
- Position des IQWiG (P.T. Sawicki, Köln)
- (keine Folien oder Manuskript abgeben)**
- Leitlinienmethodik: Strategien der AWMF (I. Kopp, Marburg)

11<sup>45</sup> - 13<sup>00</sup> **Wahrgenommene Wirklichkeit und zukünftige Erwartungen - Diskussion**

BMGS (H. Kastenholz), BÄK (G. Jonitz), KBV (B. Gibis), DKG (N. Schlottmann), IQWiG (P.T. Sawicki), MDS (J. Windeler), AWMF (A. Encke), Vertreter der Patienten (M. Danner)  
**Moderation: H.K. Selbmann**



13<sup>00</sup> - 13<sup>45</sup> **Pause und Suppe**



**Sitzungsleitung I. Kopp**

13<sup>45</sup> - 14<sup>45</sup> **LL-Koordinierung am Beispiel von "Modell"-Leitlinien**

- S3 Leitlinie Enterale Ernährung (L. Valentini, Berlin)

Fertig

Start Posteingang für mattejat... Leitlinien-Wuf Fazit.doc... AWMF online - Welco... 11:27

AWMF online - Welcome / Leitseite - FRAME-Version - Mozilla Firefox

http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/

LEO Synonyme Rechtschreibung Google Google Scholar DB Reiseauskunft Teleauskunft ELWERT Hauptseite - Wikipedia


Bitte wählen Sie ↓

**Hauptmenue:**

- Gesamt-Index
- Mitgliedsgesellschaften
- AWMF-Präsidium
- Leitlinien-Datenbank
- AWMF-Publikationen
- Service-Seiten
- AWMF-Veranstaltungen
- AWMF/BÄK-DRG-Forum
- eMail-Abo AWMFintern
- gms e-Journal
- AWMF online Homepage

© AWMF online

13<sup>00</sup> - 13<sup>45</sup> **Pause und Suppe**



**Sitzungsleitung I. Kopp**


13<sup>45</sup> - 14<sup>45</sup> **LL-Koordinierung am Beispiel von "Modell"-Leitlinien**

- S3 Leitlinie Enterale Ernährung (L. Valentini, Berlin)
- S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie der Colitis Ulcerosa (J.C. Hoffmann, Berlin)
- S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie unipolarer depressiver Störungen (in Entw.) (Härter, Freiburg)
- Nationale Versorgungsleitlinie Asthma (M. Lelgemann, Berlin)

14<sup>45</sup> - 15<sup>45</sup> **Implementierung von Leitlinien**

- Implementierung von Leitlinien - Übersicht (G. Ollenschläger, Berlin)
- Praktische Erfahrungen: DEGAM-Leitlinien (F.M. Gerlach, Frankfurt)
- Praktische Erfahrungen: Mammakarzinom (I. Schreer, Kiel)
- Vortrag von der Autorin bisher nicht freigegeben

15<sup>45</sup> - 16<sup>00</sup> **Schlusswort** (H. K. Selbmann, Tübingen)



Zurück zur [Leitlinien-Startseite](#) Back to [Guidelines-Homepage](#)  
Zurück zur [AWMF-Leitseite](#) Back to [AWMF-Welcome-Page](#)

Zuletzt aktualisiert am 24.01.2006; 12:58:54  
© AWMF online

Fertig

Start Posteingang für mattejat... Leitlinien-Wuf Fazit.doc... AWMF online - Welco... 11:28

Jörg Hein  
28. 9. 2005

Mein Herr, Fakten sein wie Kühe. Wenn man sie nur scharf ansieht, laufen sie im Allgemeinen weg.  
Dorothy L. Sayers  
zit. nach Knorr Cetina

## Anmerkungen zu Leitlinien

### Leitlinien-Definition von AWMF und ÄZQ

Leitlinien sind definiert als „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessenen ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Gute Leitlinien eignen sich dazu, die kontinuierlich zunehmende Informationsmenge an wissenschaftlicher Evidenz sowie an Expertenmeinungen über „gute medizinische Praxis“ den Leistungsträgern im Gesundheitswesen (Ärzten, Pflegekräften und anderen Fachberufen) und der Öffentlichkeit zu vermitteln.

Vorrangiges Ziel von Leitlinien ist die Bereitstellung von Empfehlungen zur Erreichung einer optimalen Qualität der Gesundheitsversorgung.

Leitlinien haben dabei die Aufgabe, das umfangreiche Wissen (wissenschaftliche Evidenz und Praxiserfahrung) zu speziellen Versorgungsproblemen zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren, wobei als relevante Zielgrößen (Outcomes) nicht nur Morbidität und Mortalität, sondern auch Patientenzufriedenheit und Lebensqualität zu berücksichtigen sind. (Leitlinien Manual der AWMF und der ÄZQ, 2001)

Und:

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

### Definition des Begriffs „Richtlinie“

Richtlinien sind Handlungsregeln einer gesetzlich, berufsrechtlich, standesrechtlich oder satzungsrechtlich legitimierten Institution, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich ziehen kann.

Richtlinien unterscheiden sich im Hinblick auf diese Verbindlichkeit deutlich von „Leitlinien“. Diese Unterscheidung ist **spezifisch für den deutschen und europäischen Sprachraum**. Im Sprachgebrauch der USA werden in der Regel sowohl Richtlinien als auch Leitlinien als „guidelines“ bezeichnet und nicht hinsichtlich der Verbindlichkeit differenziert, im europäischen Sprachraum (insbesondere in der Amtssprache der EU) gilt: „guideline“ = „Leitlinie“, „directive“ = „Richtlinie“. (AWMF)

### 1.) Wer erstellt Leitlinien?

Zahlreiche Fachverbände und Fachgesellschaften haben bereits Leitlinien für ihren Fachbereich erstellt. Darüber ist sehr schwer ein Überblick zu gewinnen. Es ist aber unverkennbar, dass v. a. medizinische Gesellschaften hier hervorgetreten sind.

## Anlage 2: Anmerkungen zu Leitlinien, Jörg Hein

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychologie hat eine Arbeitsgruppe (Prof. Dr. Renate de Jong-Meyer/Prof. Martin Hautzinger/PD Dr. Christine Kühner/Dr. Elisabeth Schramm) Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen vorgelegt. Die DGPs hat Leitlinien zu weiteren Störungsbildern angekündigt.

Von besonderer Bedeutung sind die **AWMF** (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) und die **ÄZQ** (Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung). Beide Stellen beanspruchen nicht nur Leitlinien zu entwickeln, sondern bereits vorliegende Leitlinien zusammenzuführen.

Die ÄZQ hat dazu ein Leitlinienclearingverfahren entwickelt ([leitlinienclearing.de](http://leitlinienclearing.de)), sie strebt nationale Leitlinien an. Dazu werden in Leitlinien-Clearingberichten Gesichtspunkte und Forschungsergebnisse zusammengestellt, Probleme definiert und Forderungen an zukünftige (nationale) Leitlinien formuliert. So umfasst der Leitlinien-Clearingbericht „Depression“ der ÄZQ 211 Seiten (ähnlich umfangreich sind die Berichte zu anderen (medizinischen) Themen: z. B. Hypertonie 171 Seiten, Asthma bronchiale 173 Seiten etc.). Allein die **Zusammenfassung** der Vorschläge zu den Inhalten einer nationalen Leitlinie „Depression“ umfasst 14 (engzeilige) Seiten.

Das Leitlinien-Clearingverfahren wurde 1999 von der BÄK und KBV in Partnerschaft mit den Spitzenverbänden der gesetzl. Krankenkassen (GKV) eingerichtet. Ab 2002 traten die Gesetzliche Rentenversicherung (VDR und BfA) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) dem Verfahren bei. Mit der Novellierung des SGB V in 2003 wurde das Clearingverfahren als eine der Aufgaben des neu geschaffenen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gesetzlich festgeschrieben (§139a). Daraufhin traten GKV und PKV Ende 2004 aus der Arbeitsgemeinschaft aus. Derzeit wird das Clearingverfahren durch BÄK, KBV, DGK, VDR und BfA weitergeführt.

Bestandteil des Verfahrens ist die Bemühung, Interessenkonflikte bei den am Verfahren beteiligten Experten auszuschließen.

Die AWMF definiert ein dreistufiges Vorgehen zur Erarbeitung von Leitlinien. Sie betont, dass nicht nur wissenschaftliche Ergebnisse, sondern auch Praxiserfahrung in die Bewertungen eingehen sollen. Beide Institutionen haben ein Manual zur Leitlinien-Erstellung (Leitlinien-Manual) herausgegeben im Umfang von 84 Seiten, das derzeit überarbeitet wird.

### **2.) Welche Arten von Leitlinien gibt es?**

Es werden zu sehr unterschiedlichen Themenbereichen Leitlinien vorgelegt. Im Vordergrund stehen Leitlinien zur Behandlung bestimmter Störungs- oder Krankheitsbilder. Es gibt aber auch Leitlinien zur Versorgung, Leitlinien für Patienten oder Leitlinien für bestimmte therapeutische Vorgehensweisen oder settings (z. B. AWMF-Leitlinie zur Familien – und Paartherapie).

### **3.) Leitlinien als neue Form der Kommunikation fachlichen Wissens**

Die Clearingberichte der ÄZQ sind derartig umfangreich, dass sie bereits großen Themenkapiteln in Lehrbüchern entsprechen, wobei sie allerdings nur zum Teil inhaltliche Darstellungen geben, sondern v. a. Probleme definieren und diesbezügliche Vorschläge für zu erstellenden nationale Leitlinien vorlegen. Es ist aber offenkundig, dass zukünftige Leitlinien, die diesen Ansprüchen genügen wollen, von Umfang und Ausrichtung her Lehrbuchcharakter haben. Man kann daher kaum mehr von einer kurz gefassten orientierenden Systematik sprechen. Es ist zu bewerten, was es für die Pluralität der fachlichen Diskussion bedeutet, wenn Leitlinien, die beanspruchen, den aktuellen Wissenstand zu bestimmten Themenbereichen auf nationalem und z. T. internationalem Niveau wiederzugeben, als Ersatz oder zumindest schwerwiegende Konkurrenz klassischer Lehrbücher auftreten.



#### **4.) Normative Vorgaben**

##### **a) Evidenzklassen**

Üblicherweise werden 3-5 Evidenzklassen definiert, die von einer höchsten Evidenzklasse – meist definiert durch das Vorliegen von 2 oder mehr RCT-Studien voneinander unabhängiger Forschungsgruppen mit dem Nachweis überlegener Wirksamkeit einer oder mehrerer Therapieformen – bis zu einer niedrigsten Evidenzklasse, die durch Expertenmeinungen, Einzelfallstudien, klinische Verbreitung etc. definiert ist bzw. therapeutische Vorgehensweisen als überhaupt „ohne Wirksamkeitsnachweis“ bewertet.

##### **b) Selektion**

Zu bewerten ist, in welcher Weise relevante Arbeiten als Grundlage für Leitlinien ausgewählt werden. Exemplarisch soll dies an den Leitlinien der DGPs zu Affektiven Störungen verdeutlicht werden. Dort finden sich seitenlange Darlegungen zur Auswahl von Studien. Diese gehen zunächst von Störungsdefinitionen nach ICD oder DSM aus, d. h. sie blenden Arbeiten aus, die andere Störungsdefinitionen zugrunde legen, z. B. solche, die theoriebezogen sind („frühe Störungen“, Strukturelle bzw. konfliktbezogene Störungen, Rollenpathologien etc.) Ganz außer Betracht bleiben Störungen interpersoneller Systeme.

Weiter kommen naturalistische Studien und Studien mit langfristigen Katamnesen kaum oder gar nicht vor. Im Vordergrund stehen Studien, die (meist manualisierte) Kurzzeitbehandlungen (10-20 Sitzungen) gegen Kontrollbedingungen prüfen, die von vornherein einen beobachtbaren Effekt kaum erwarten lassen.

Gemäß der Ausgangsdiagnostik werden Komorbiditäten additiv und nicht strukturell verstanden, so dass auch nur darauf bezogene therapeutische Ansätze zum Zuge kommen.

Ebenso werden theoretische oder aus anderen Fachgebieten stammende Arbeiten, die für das Störungsverständnis wichtig sein könnten, nicht berücksichtigt. Beispielsweise gibt es relativ ausführliche epidemiologische Angaben über die Zunahme von Depressionen, aber keinerlei Erklärungsversuche für dieses Phänomen und dessen mögliche Bedeutung für die Störungstheorie.

#### **Offene Fragen**

##### **a) Wissenschaftliche Referenzgruppen**

Durch die Selektionsmechanismen der als relevant erachteten Studien werden automatisch Wissenschaftler bzw. Forschungsgruppen nicht einbezogen, die sich zwar mit klinisch oder inhaltlich für die Leitlinienthematik bedeutsamen Arbeiten befassen, aber von anderen Ansätzen ausgehen. Daraus entsteht der kaum abweisbare Eindruck einer methodologischen und inhaltlichen Homogenität der Forschergruppen, auf die Bezug genommen wird.

b) Die therapeutischen Präferenzen der jeweiligen Forscher werden an keiner Stelle thematisiert oder problematisiert, so dass ein Bias vermutet werden muß.

c) Ungeklärt sind zahlreiche implizite Annahmen, die den ausgewählten Studien zugrunde liegen. So z. B. die Homogenitäts- bzw. Konstanzannahme in Bezug auf die durchgeführten Therapien, durch die als selbstverständlich unterstellt wird, dass in verschiedenen Therapien desselben Verfahrens das Gleiche abläuft. Dies wird unausgesprochen durch die Manualisierung als verbürgt unterstellt. Dem stehen Befunde gegenüber, wodurch Therapien erfahrener Therapeuten schlechter werden, wenn sie aus forschungsmethodischen Gründen manualisiert arbeiten sollen.

Ebenso liegt die implizite Vorstellung zugrunde, dass in Therapien entweder das „Richtige“ oder das „Falsche“ geschehe, das es dann auszuschalten gelte. Komplexe Prozessverläufe mit u. U. längerfristigen Rückkopplungsschleifen und Interferenzen mit äußeren psychosozialen Gegebenheiten werden nicht abgebildet.

#### **Bewertung**

1.) Die hier ins Auge gefassten Leitlinien der ÄZQ sind für übersichtliche Handlungsorientierungen viel zu umfangreich. Sie haben eher Lehrbuchcharakter und es ist zu befürchten, dass sie mit der in Anspruch genommenen Autorität, den Stand der internationalen Wissenschaft darzustellen, als gültige Lehrmeinungen angesehen werden und damit in Konkurrenz

zu Lehrbüchern treten mit beeinträchtigenden Folgen für die Pluralität der wissenschaftlichen Diskussion.

2.) Die Bemühung um die Definition des „internationalen Forschungsstandes“ unterstellt einen Wahrheitsbegriff, der unter wissenschaftssoziologischen Gesichtspunkten der „Fabrikation“ von Erkenntnis (Knorr Cetina) durch eine tendenziell homogene scientific community hochgradig fragwürdig ist.

3.) Kontrollierten Studien der geforderten Art wird gewöhnlich ein hoher Grad interner Validität, aber ein geringer Grad externer Validität zugeschrieben. In diesem Sinne bilden die hierarchisch verstandenen Evidenzklassen nur die interne Validität ab, die externe ist eher bei den niedrigen Evidenzklassen zu suchen und für die professionelle Praxis relevanter.

4.) Derzeit scheint der weit überwiegende Teil der Leitlinien aus dem ärztlichen Bereich zu kommen, hauptsächlich bezogen auf organische Erkrankungen. Soweit Leitlinien sich auf das psychotherapeutische Feld beziehen, scheinen psychologischerseits Leitlinien vor allem von den DGPs vorangetrieben zu werden oder im Rahmen medizinischer Institutionen und Rahmenbedingungen formuliert zu werden.

5) Die Weiterentwicklung von Leitlinien und deren wohl zunehmende Verbindlichkeit scheint einen quasi-naturgesetzlichen Charakter anzunehmen. Man kann dabei den Eindruck haben, dass dabei Vorstellung „neuer ist besser“ wegweisend ist.

### **Schlussfolgerungen**

Die Hauptproblematik von Leitlinien liegt in der vorherrschenden Abwertung der Praxis, die nach dem Anspruch vieler Leitlinienverfasser auf das Niveau wissenschaftlicher Leitlinien erst zu heben sei. Dabei stellt sich das Problem der internen und externen Validität. Tatsächlich besteht kein Anlaß den (verbesserungsbedürftigen) Erkenntniswert der Praxis geringer zu schätzen als den der (gleichermaßen verbesserungsbedürftigen) Wissenschaft. Insofern ist zu fordern, dass qualifizierte Praktiker gleichrangig mit den Wissenschaftlern an der Ausarbeitung von Leitlinien beteiligt werden. Dem ist beim bisherigen Stand (z. B. bei den AWMF-Leitlinien zur Familientherapie) durch die Einbeziehung auch praktisch tätiger Wissenschaftler (häufig Direktoren von Unikliniken o. ä.) nicht ausreichend Rechnung getragen. Nur so ist es möglich, der Komplexität der psychotherapeutischen Praxis ohne die Gefahr einer dramatischen Verarmung des Fachs gerecht zu werden.

Renate Frank  
08. November 2005

### **Leitlinien, ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie**

Nachdem Jörg Hein bereits auf die Definition von Leitlinien, Richtlinien und Standards gemäß AWMF und ÄZQ eingegangen ist (<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF>) und zusammengefasst hat, wer Leitlinien erstellt, möchte ich der Frage nachgehen, was Leitlinien leisten sollen und das, was sie leisten können, mit Fokussierung von Therapeuten in Ausbildung vs. erfahrene Therapeuten beschreiben.

#### **Was können Leitlinien leisten?**

Ausgangspunkt für die Einführung von Leitlinien waren auffällige versorgungsepidemiologische Befunde, die Unter-, Über- und Fehldiagnosen und –behandlungen bei medizinischen Diagnosen und Maßnahmen feststellten.

Dies scheint auf eine unwirtschaftliche Nutzung von finanziellen Mitteln hinzudeuten (vgl. im deutschen Bereich: Praxiserhebung von Wittchen et. al., 2000. Nur die Hälfte der Patienten aus medizinischen Allgemeinpraxen, die nach Fragebogen-Ergebnissen depressiv waren, wurden von den behandelnden Ärzten richtig diagnostiziert, ein Viertel von ihnen sogar überhaupt nicht als psychisch krank erkannt. Von den richtig diagnostizierten Patienten erhielten nur ein Drittel die erforderliche spezifische Antidepressionsbehandlung. Interpretiert wird dies zusammenfassend, dass weniger als 20% der Fälle fachgerecht behandelt wurden und viele der Behandelten eine inadäquate Behandlung erfuhren, also möglicherweise finanzielle und personelle Mittel nicht adäquat eingesetzt wurden).

Aufgrund solcher Befunde entstand der Eindruck, dass Ärzte vielfach eine nicht fachgerechte Behandlung durchführen. Es wurde angenommen, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten nicht in hinreichendem Maße aktuelle medizinischen Standards vermittelt.

Eine Verbesserung der Qualität ärztlichen Handelns sollte über Leitlinien, Richtlinien und gesetzliche Regelungen und ein intensiveres Monitoring der ärztlichen Tätigkeit sowie Disease-Management-Programme erzielt werden.

Diese Überlegungen zur Qualitätssicherung wurden auch auf die Qualitätsverbesserung von Psychotherapie ausgeweitet.

#### **Warum wird erwartet, dass Leitlinien zu fachgerechterem Handeln führen als andere Formen des Wissenserwerbs und der Handlungsanleitung?**

- Leitlinien werden in einem transparenten Konsensprozess von einer Expertengruppe erstellt und sind fachlich verbindlich
- Sie werden systematisch entwickelt (Cochrane-Verfahren)
- Sie gehen vom aktuellen Wissensstand aus und sollen sich dabei auf die beste, aktuell verfügbare empirische Evidenz stützen
- Sie sind knapp, beschränken sich auf das Wesentliche, zielen auf eine Lösung ab (Verfahrensvorschriften), die als diagnostisch-therapeutische Algorithmen, in Form linearer Heuristiken (Entscheidungsbäume) oder als Checklisten-Heuristik gefasst sind

## **Welche Rolle spielen Leitlinien beim Erwerb von Fachwissen und der Entwicklung von professioneller Expertise?**

Klinisches Grundlagenwissen (Psychologie des Denkens, der Emotion/Motivation, des Handelns, physiologischer / neurobiologischer / psychoneuroimmunologischer Prozesse, psychisches Störungswissen, Behandlungswissen) für die psychotherapeutische Arbeit wird im Rahmen des Psychologie-Studiums erworben und durch die nachfolgende klinisch-therapeutische Theorievermittlung während der Psychotherapie-Ausbildung vertieft.

„Learning by many masters“ wird dabei als günstig angesehen. Unterstützt durch selbstinitiiertes Lernen (Lesen von Lehrbüchern, Zeitschriftenartikeln; Übersichtsartikeln) kann das Wissen zeitnah an den aktuellen Standard angepasst werden.

Die Umsetzung der erworbenen Kenntnisse in wirkungsvolles therapeutisches Handeln ist allein durch die jeweiligen Anforderungen aus der Praxis nicht zu erreichen, wenngleich vielfältige Herausforderungen, die erfolgreich bewältigt werden können, die Entwicklung von Expertise begünstigen.

Systematisch und in ausreichendem Maße entwickelt sich therapeutische Expertise aber nur durch angeleitete und feedbackgesteuerte Praxistätigkeit, d.h. z.B. durch Reflexionen zur Fallkonzeptualisierung, Vorgabe von Modellen (z.B. Videomodelle, Beobachtung erfahrener Kollegen, optimierte Problemlösungen in Form von Manualen), fallspezifische Supervision und Rückmeldung von Patienten.

Therapeutische Anfänger müssen ihr praktisch-psychotherapeutisches Handeln zunächst ausschließlich an ihrem Wissen orientieren (wissensgestütztes Können). Sie handeln dabei anfangs nach kontextfreien Regeln ohne kohärentes Verständnis für die gesamte diagnostisch-therapeutische Aufgabe, ohne prozessuales Verständnis und übernehmen dabei nur begrenzt Verantwortung für das eigene Handlungsergebnis.

Leitlinien, die Checklisten vorgeben, Entscheidungsbäume enthalten und Verfahrensvorschriften beinhalten, sind (ähnlich wie Manuale) folglich gerade für Therapeuten in der Ausbildung eine wertvolle Orientierungshilfe. Als verdichtete Wissensbasis ermöglichen sie systematische Entscheidungen und wissenschaftlich begründetes diagnostisch-therapeutisches Vorgehen bei spezifischen psychotherapeutischen Problemen. Sie erleichtern die Umsetzung komplexen Wissens in lösungsorientiertes Handeln durch knapp gehaltene, prozessorientierte Verfahrensschritte. Sie markieren wichtige Reflexionspunkte, dienen der Selbstüberprüfung und helfen damit, Fehlentscheidungen zu verringern. Leitlinien strukturieren (was Anfängern schwer fällt), sie führen zur Ableitung von generalisierenden Regeln und geben Sicherheit, wie dies Therapeuten in der Ausbildung suchen. Eine Orientierung an Leitlinien kann folglich die Entwicklung von Expertise systematisch und gezielt fördern. Mittels konsensbasierter, evidenzorientierter Leitlinien kann regelgesteuertes Handeln weit besser, transparenter und konsequenter angeleitet werden, als dies durch (einzelne) Lehrende möglich ist. Der Erwerb von Meta-Regeln und eine kontinuierliche Integration von Wissen und Handeln wird durch Leitlinien erleichtert.

Festzuhalten ist, dass Praxiskontakt allein lediglich zu unsystematischer Praxiserfahrung, nicht aber zu ausreichender Expertise führt. Gezielte Hilfen zur Erfahrungsbildung sind nötig. Leitlinien leisten hier wirkungsvolle Hilfe.

## **Werden Leitlinien komplexen psychotherapeutischen Entscheidungen gerecht?**

Aus Sicht von therapeutischen Experten mit großem erfahrungsgebundenen Wissen werden Leitlinien als verkürzte Verfahrensvorschriften empfunden, die den komplexen Therapiealltag nicht angemessen abzubilden vermögen.

## Anlage 3: Stellungnahme Dr. Renate Frank

Beschreibt man den diagnostisch-therapeutische Prozess, dann ist von einem mehrschrittigen, rückgekoppelten Vorgang auszugehen, der mehrdimensional bedingt ist, Prognosen mit Risikoabwägung erfordert, Situationswissen (Einzelfallkenntnis und Kontextwissen) einschließt, durch emotionale Komponenten mitbestimmt wird (Orientierung am *nil-nocere* Prinzip oder an Heilungschancen) und interaktionale Komponenten (Patientenwünsche) berücksichtigen muss. Leitlinien können diesen komplexen Vorgang nicht angemessen abbilden. Sie helfen vorwiegend dabei, Theoriewissen abzuwägen, können aber wenig handlungsrelevante Hilfen bezüglich der Nutzung des Erfahrungs-, Situations-, Emotions- und Interaktionswissens geben.

Als Maßnahmen der Qualitätssicherung werden Leitlinien von erfahrenen Therapeuten folglich eher als Belehrungs- und Reglementierungsinstrumente wahrgenommen und deshalb abgelehnt, obgleich sie partiell auch bei ihnen gut zur Selbstüberprüfung und als kritisches Korrektiv genutzt werden könnten.

### Fazit

Leitlinien können insbesondere bei Therapeuten in der Ausbildung therapeutisches Handeln unterstützen und gezielt verbessern, sie stoßen bei erfahreneren Therapeuten durch ihren vorschreibenden, reglementierenden Charakter aber oftmals auf spontane Ablehnung und schüren die Befürchtung, dass Kostendämpfungsmaßnahmen damit verbunden sein könnten.

Es bleibt empirisch zu überprüfen, ob Leitlinien ihr Ziel einer verbesserten Patientenbehandlung tatsächlich auch bei erfahrenen Therapeuten erreichen, in dem Sinne dass Patienten von leitlinienorientierten Behandlern andere Behandlungsergebnisse erzielen als Patienten von leitlinien-naiven Behandlern. Einer Studie von Linden et al. (2000) zufolge führt eine Leitlinienvorgabe wirklich mit begrenzter Wirkung in diese Richtung. Linden plädiert jedoch dafür, dass Leitlinien erst dann publiziert werden sollten, wenn empirisch überzeugend belegt ist, dass sie ihr Ziel einer besseren Patientenversorgung auch tatsächlich erreichen.

### Literatur:

- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S.E. (1986). Five Steps from novice to experts. In H.K. Dreyfus & S. S. Dreyfus (Eds.). *Mind over machine: The power of human intuition in the era of the computer* (pp. 16-51). N.Y.: Free Press.
- Domma, J. & Frank, R. (2005). Förderung von psychotherapeutischen Kompetenzen durch kriterienorientierte Supervision. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 37, 3, 517-528.
- Frank, R. (1998). Qualitätssicherung durch Psychotherapie-Supervision. In A.-R. Lairaiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch* (S. 647-682). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Frank, R. (2003a). Bestandteil der Ausbildung: Supervision. In A. Kuhr & G. Ruggaber (Hrsg.). *Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge* (S.115-127). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Frank, R. (2003b). Looking for the best ways to develop professional psychotherapeutic expertise. 33<sup>rd</sup> Congress of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Prague. *Psychiatrie, Casopis pro Moderni Psychiatrii, Roknik 7, Supplementum 4*, 47.
- Lambert, M. J., Whipple, J.S., Smart, D.W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S.L. & Hawkins, E.J. (2001 b). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- Linden, M. (2005). Leitlinien und die Psychologie medizinischer Entscheidungsprozesse bei der Behandlung depressiver Erkrankungen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 73, 249-258.
- Lutz, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychotherapy Research*, 12, 251-272.

### Anlage 3: Stellungnahme Dr. Renate Frank

Orlinsky, D.E., Botermans, J.F. & Rønnestad, M.H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousands therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36, 139-148.

Rønnestad, M.H. & Skovholt, T. (2005). Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeuten während der Ausbildung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.). *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 102-120). Göttingen: Hogrefe.

Wittchen H.U., Winter, S., Höfler, M., Spiegel, B., Ormel, H., Müller, N. & Pfister, H. (2000). Hausärztliche Interventionen und Verschreibungsverhalten bei Depressionen. Ergebnisse der „Depression-2000“-Studie. *Fortschritte der Medizin*, 118 (Sonderheft I), 31-39.

## **Stellungnahme zu der Thematik „Leitlinien für die psychotherapeutische Behandlung“**

**Mathias Hebebrand (November 2005, überarbeitet April 2006)**

### **1.**

#### **Leitlinien für die psychotherapeutische Behandlung – aktuelle Tendenzen**

Mit zunehmender Tendenz werden seit den neunziger Jahren Leitlinien für die psychotherapeutische Behandlung entwickelt. Diese unterscheiden sich erheblich in ihrer Zielsetzung, ihrem Aufbau und in der Orientierung an professionellem Erfahrungswissen und unterschiedlichen wissenschaftlichen Methoden. Die Bandbreite reicht dabei u.a. von Empfehlungen für die Behandlungsführung, in die klinische Erfahrung und Forschungsergebnisse gleichermaßen eingehen, bis hin zu Leitlinien, die eindeutige Aussagen über das zu wählende Behandlungsverfahren treffen und auf einem bestimmten Wissenschafts- und Forschungsverständnis (sog. „Gold-Standard“ als höchste Stufe der Evidenzbasierung) beruhen.

Ein Beispiel für erstere stellen die Leitlinien dar, die innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) Mitte der neunziger Jahre von der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) entwickelt wurden.

Dem stehen z. B. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gegenüber, die in Gestalt von Flußdiagrammen auf Grund eines Entscheidungsalgorithmus zu Aussagen sowohl über die Art der medikamentösen Behandlung als auch des gegebenenfalls zu wählenden psychotherapeutischen Verfahrens kommen. Dieser Algorithmus beruht auf einer Abstufung in fünf Evidenzklassen (mit Unterklassen), wobei Untersuchungen nach dem sog. „Gold-Standard“ (randomisierte kontrollierte Studien [„RCT“]) die höchste Evidenzstufe zugesprochen wird. Ebenfalls an diesem Konzept der Evidenzbasierung orientiert ist die Entwicklung von Leitlinien durch die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGP), so z. B. für affektive Störungen (Vortrag von Prof. Hautzinger auf dem 3. Hessischen Psychotherapeutentag).

Somit besteht die Funktion mancher Leitlinien nicht in der Orientierung für – insbesondere weniger erfahrene – Psychotherapeuten und überweisende Institutionen, sondern zielt auf eine Neuordnung der gegenwärtigen „psychotherapeutischen Landschaft“ auf dem Boden eines bestimmten Wissenschafts- und Forschungsverständnisses. Auf die Problematik solcher Leitlinien wird im folgenden Punkt eingegangen; anschließend wird das Spannungsfeld von Orientierung, standardisierter Behandlungstechnik und „Orthodoxie“ angesprochen, in dem Leitlinien stehen, die sich im engeren Sinne auf die Gestaltung der Behandlung beziehen.

### **2.**

#### **Leitlinien – Förderung einer qualitativ hochstehenden Vielfalt der Psychotherapie oder Einengung und Verarmung psychotherapeutischer Möglichkeiten**

In dem Anspruch, die Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Verfahren zu untersuchen und nachzuweisen, übernehmen viele Psychotherapieforscher das in Naturwissenschaft und vielen Gebieten der Medizin vorherrschende Paradigma, wonach randomisierte kontrollierte Studien (RCT) wissenschaftliche Kriterien am besten erfüllen und den sichersten Nachweis über Wirksamkeit bzw. Nicht-Wirksamkeit erbringen. Ein solcher Nachweis gewinnt auf dem Hintergrund von Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen und den hiermit verbundenen Verteilungskämpfen besondere Bedeutung als Legitimation gegenüber den Kostenträgern.

Die Anwendung dieser Forschungskonzeption auf das Gebiet der Psychotherapie wird im wissenschaftlichen Diskurs jedoch auch als dem Gegenstand nicht angemessen kritisiert:

#### Anlage 4: Stellungnahme Mathias Hebebrand

Die aus der Naturwissenschaft entlehnten Ideale von Objektivität, Kontrolle bzw. Ausschaltung von Störvariablen und interner Validität führen zu Untersuchungsdesigns, die weder die Komplexität seelischer Prozesse (einschließlich der Interaktion der meist zahlreichen Symptome) noch wesentliche Wirkfaktoren der Psychotherapie nicht bzw. nur unzureichend erfassen können.

Darüber hinaus gehen in die Konzeptualisierung der Untersuchung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren Annahmen über die Bedeutung der Symptomatik bzw. der störungsspezifischen Ausprägung der seelischen Erkrankung ein. Hier gibt es vor allem zwischen den therapeutischen Methoden/Schulen erhebliche Unterschiede, die sich auch in unterschiedlichen Forschungsstrategien niederschlagen. Die Bandbreite reicht von einer Focussierung auf Veränderungen der Symptomatik (meist in Anlehnung an den ICD10) bis zur Focussierung auf Veränderungen von seelischen Wahrnehmungs- und Erlebensweisen sowie persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten, die als der seelischen Erkrankung zugrunde liegend angenommen werden.

Auf Grund der methodischen Anforderungen von RCTs ist es nicht überraschend, daß mit diesem Forschungsdesign wesentlich häufiger Kurzzeitbehandlungen (20-30 Sitzungen) als Langzeitbehandlungen untersucht werden. Zugleich ist die aus dem vorrangigen Bemühen um interne Validität resultierende Manualisierung der Behandlung mit der Behandlungstheorie und -praxis der verschiedenen psychotherapeutischen Methoden/Schulen nicht in gleicher Weise vereinbar.

Es ist daher zu erwarten, daß bestimmte psychotherapeutische Verfahren keine oder nur geringere Berücksichtigung finden, wenn sich die Entwicklung von Leitlinien an dem sog. „Gold-Standard“ und der Focussierung auf die Symptomatik nach dem ICD10 orientiert. Eine hieraus resultierende Reduktion der Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren in der Gesundheitsversorgung würde zugleich bedeuten, daß nur solche Sichtweisen des Menschen in der psychotherapeutischen Versorgung wirksam sind, die denjenigen Verfahren zugrunde liegen, die nach dem „Gold-Standard“ als „wirksam“ beurteilt wurden.

Psychotherapie setzt in besonderer Weise an der Selbstreflexivität des Menschen an, und diese ist nicht von der Vielfalt der in unserer Kultur und Gesellschaft vorhandenen Sichtweisen des Menschen zu trennen. Dieser Vielfalt entspricht die Verschiedenartigkeit des Selbst- und Krankheitsverständnisses und der Entwicklungsziele der Patienten. Ob eine Reduzierung der Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren gewollt ist, ist daher nicht nur eine wissenschaftliche, sondern auch eine gesellschaftspolitische und kulturelle Frage.

Da für die in der ambulanten Gesundheitsversorgung tätigen PP und KJP die Ausübung ihres Berufes an die jeweilige Fachkunde (bzw. vertiefte Ausbildung) gebunden ist, würde eine Ausgrenzung bestimmter psychotherapeutischer Verfahren darüber hinaus die berufliche Existenz großer Teile der beiden Berufsgruppen PP und KJP (und auch der ärztlichen Psychotherapeuten) gefährden.

Gerade weil bei der gegenwärtigen Entwicklung von Leitlinien eine hohe Praxisrelevanz angestrebt wird, ist der gleichrangige Einbezug von naturalistischen Untersuchungen sowie die Berücksichtigung der dem jeweiligen Verfahren möglichst angemessenen Forschungsmethoden geboten. Dies würde auch den von der DV der LPPKJP Hessen verabschiedeten „Grundsätzen der Kammerarbeit der hessischen Psychotherapeutenkammer“ entsprechen, in denen „die Akzeptanz und Förderung unterschiedlicher Forschungsstrategien in der Untersuchung des Gegenstandes und der Weiterentwicklung der Psychotherapie“ betont wird. Weiter heißt es hier: „Diese Pluralität verpflichtet uns auch zu einer kritischen Reflexion derjenigen wissenschaftlichen Methoden, mit denen psychotherapeutisches Handeln gegenüber der Gesellschaft und der Politik zu begründen ist.“

Darüber hinaus ist zu fordern, daß professionelles Erfahrungswissen Eingang in die Entwicklung von Leitlinien findet, da dieses Wissen die Komplexität der Alltagsentscheidungen (insbesondere den jeweiligen Patienten betreffend) oftmals besser erfassen kann als solche Studien, die zwar durch ihr Design eindeutige Aussagen erlauben, mit denen jedoch gerade deswegen oftmals nur sehr reduzierte Fragestellungen untersucht werden können.



**3.**

**Leitlinien im Spannungsfeld von Orientierung, Behandlungstechnik und „Orthodoxie“**

Leitlinien, die sich nicht auf die Wahl des Behandlungsverfahrens, sondern auf die Gestaltung der psychotherapeutischen Behandlung beziehen, beanspruchen eine Orientierungsfunktion, insbesondere für weniger erfahrene Psychotherapeuten. Eine solche Orientierung ist vor allem dann gefragt, wenn Wünsche und Ängste des Patienten und dessen seelische Dynamik bei dem Psychotherapeuten eine schwer erträgliche Unsicherheit auslösen und dieser in einen unreflektierten „Handlungsdialog“ hineingezogen zu werden droht. Das dürfte insbesondere dann der Fall sein, wenn aus der Behandlungstheorie keine angemessene Intervention ableitbar ist oder wenn der Psychotherapeut in der Unmittelbarkeit der therapeutischen Situation die Behandlungstheorie nicht kreativ nutzen kann. In solchen Situationen können Leitlinien einen – tendenziell schematisierten – Haltepunkt darstellen, auf den sich der Psychotherapeut bezieht.

Diese hilfreiche Funktion hat jedoch auch eine Schattenseite, wenn der Psychotherapeut damit den Zustand der „Unwissenheit“ zu vermeiden sucht und stattdessen „Zuflucht“ in einem Vorgehen findet, das mehr oder weniger schematisiert ist und dem jeweiligen Patienten u. U. nicht gerecht wird. Dieses Problem liegt der Kritik an Leitlinien als eines „technizistischen“ Hilfsmittels in der Behandlung zugrunde.

Damit ist zugleich die Frage berührt, inwieweit heutige Psychotherapieausbildungsgänge angesichts eines auch hier wirkenden ökonomischen Drucks den Aufwand für Supervision, Kasuistik-Seminaren etc. unangemessen zu begrenzen suchen und damit gerade der Verbindung von Behandlungstheorie und wissenschaftlichen Untersuchungen mit der Behandlungspraxis nicht ausreichend Raum geben.

Ein weiteres Problem besteht darin, daß Leitlinien einerseits auf Grund der langen Dauer ihrer Entwicklung schnell veraltet sein können, andererseits aber auch eine normative Funktion bekommen können. Diese wirkt dann als eine Einschränkung sowohl hinsichtlich bereits bestehender, aber auch in Bezug auf erst noch zu entwickelnde Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten. Damit stehen solche Behandlungsleitlinien in dem Spannungsfeld des Strebens nach Sicherheit und Vermeidung schwerwiegender Behandlungsfehler einerseits und einer gewissermaßen konservativen Tendenz andererseits, die sich zu einer „Orthodoxie“ ausweiten kann.

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, daß viele Leitlinien zur Gestaltung der Behandlung offenbar eine von psychotherapeutischen Schulen bzw. Verfahren unabhängige Bedeutung und Gültigkeit beanspruchen, und selbstverständlich gibt es wichtige Gesichtspunkte in der Behandlung psychischer Erkrankungen/Störungen, die unabhängig von dem jeweiligen psychotherapeutischen Ansatz existieren. Jedoch wird über Inhalt und Begrifflichkeit der Behandlungsleitlinien zumeist deutlich, daß diese gleichwohl einer bestimmten psychotherapeutischen Schule verpflichtet sind oder ihr zumindest nahestehen. Daran ist nicht das Geleitetsein durch ein theoretisches Vorverständnis zu kritisieren, sondern gewissermaßen ein Mangel an Ehrlichkeit, durch den ein bestimmtes psychotherapeutische Vorgehen als schulunenabhängig erscheint und auf diese Weise Allgemeingültigkeit zu beanspruchen scheint.

**Stellungnahme zur Diskussion von Leitlinien  
im Ausschuss WuF der Psychotherapeutenkammer Hessen  
15.11.2005**

F. Mattejat

**1. Zu berücksichtigende Hintergrundsaspekte**

**Kostendruck**

In Zeiten knapper finanzieller Mittel verstärkt sich bei Krankenkassen und anderen Kostenträgern, die Tendenz bei den Kosten zu reduzieren; ein Weg dies zu erreichen, besteht darin, unnötige oder unwirksame Leistungen zu streichen. Hieraus ergibt sich die Argumentation der Kostenträger und Leistungserbringer, die Qualität, Effektivität und Nützlichkeit der eingesetzten Methoden offenzulegen bzw. nachzuweisen. Dies ist per se keinesfalls eine unmoralische Forderung, die prinzipiell zurückzuweisen wäre. Dies gilt insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung, die sich auf eine solidarische Finanzierung stützt; Wenn Menschen gesetzlich verpflichtet werden, Beiträge zu bezahlen, dann ist es auch aus ethischen Gründen zu fordern, dass der Umgang mit diesen finanziellen Mitteln rational begründet wird. Die Kriterien, die dabei anzuwenden sind, sind gesetzlich verankert.

**Gesetzliche Grundlagen**

insbes. der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Deutschland (SGB V). Der Gesetzgeber hat definiert, welchen Kriterien die Leistungen in der öffentlichen Gesundheitsversorgung genügen müssen: Sie sollen

- Dem **Stand der wiss. Erkenntnisse** entsprechen und
- in der **fachlich gebotenen Qualität** erbracht werden.
- Die Versorgung muss außerdem **ausreichend und zweckmäßig** sein,
- sie darf das **Maß des Notwendigen nicht überschreiten** und
- muss **wirtschaftlich erbracht** werden.

**Wissenschaftlicher Aspekt**

Grawe (2005, S. 204): „Psychotherapie soll wirksam sein. Darüber herrscht Einigkeit.“ Von den meisten werden als Kriterien akzeptiert: Besserung der Symptomatik, Besserung des Wohlbefindens, Erfüllung der subjektiven Behandlungsanliegen des Pat., bessere Funktionsfähigkeit im privaten und beruflichen Leben.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit sind gut kontrollierte Studien unverzichtbar. Bei der Beantwortung der Frage (Fonagy 2004, S. 205)

„Bei welchen Störungen und Behandlungen kann denn nun von Psychotherapeuten im Normalfall erwartet werden, dass sie über die fachliche Kompetenz verfügen, eine geeignete Intervention vorzunehmen?“

ist es sinnvoll, sich im Wesentlichen, aber nicht ausschließlich auf die Ergebnisse von randomisierten kontrollierten Studien zu stützen (vg. Fonagy 204, S. 205).

Anmerkung: Die Notwendigkeit, den Therapieerfolg mit empirischen Methoden zu messen ist „von vielen Psychotherapeuten nur widerwillig erst unter dem Diktat der QS und der immer drängenderen Forderung nach empirischer Validierung eingesehen worden.“ (Grawe, 2005, S. 204). Ich persönlich sehe das noch nicht ganz so optimistisch wie Grawe, denn ich habe nicht den Eindruck, dass hierzu unter Psychotherapeuten schon Konsens besteht. Besonders psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten haben Schwierigkeiten mit der Forderung nach empirischer Validierung. Vgl. hierzu Fonagy (S. 310): „Psychoanalytiker sind mehr denn je zuvor, aber noch immer nicht voll und ganz der systematischen Erhebung von Daten verpflichtet, die lang gehegte Ideen potenziell in Frage stellen und widerlegen sowie bestätigen können.“

## 2. Leitlinien

### 2.1 Prinzipiell

Grundposition bei Fonagy: Evidenz spricht nicht für sich, sondern sie kann nur dann nutzbringend angewandt werden, wenn sie durch eine Gruppe unvoreingenommener Experten geprüft und integriert wurde (Fonagy, 2004, S. 312). „Klinische Leitlinien ... sind ein entscheidender Schritt, der in der Vergangenheit nur allzu häufig versäumt wurde, als Evidenz einzig und allein aus dem Erfahrungskontext der Verwaltung interpretiert wurde.“ (Fonagy, 2004, S. 312) Dabei können die Leitlinien natürlich nicht klinische Kompetenz und Erfahrung ersetzen (S. 312). Fonagy (S. 205) bezeichnet es als „hilfreich“, dass in GB „nationale politische Leitlinien entstehen, die mit großer Sorgfalt und auf Konsensbasis entwickelt werden.“ Er verweist dabei u.a. auf die in GB entwickelten Versorgungsleitlinien.

### 2.2 Notwendigkeit von Leitlinien

**Menge und Komplexität des Wissens:** (Wissens- und Entscheidungsmanagement)

Verzögerter Wissenstransfer in die (Fach)öffentlichkeit / Praxis. Angesichts der Menge und Komplexität des Wissens ist es wünschenswert, Orientierung für alle Beteiligten zu ermöglichen; Ther., Pat., Kostenträger Weiterhin ist es wünschenswert, die Schlussfolgerungen aus dem vorhandenen Wissen anhand von expliziten, gemeinsame Kriterien darzustellen (Verständigung und Transparenz; dies für PsyTh ebenso wie für Intensivmed.).

**Ethische Dimension:**

- Bestmögliche Behandlung für Patienten
- Schutz der Patienten vor Schädigung
- Bestmögliche Information/Transparenz für Patienten
- Selbstbestimmung und Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten

### 2.3 Nutzen von Leitlinie

Leitlinien

- fördern den Dialog zwischen Forschung und Praxis
- versuchen den Forschungsstand für die Praxis zu integrieren

- formulieren Minimalstandards für die Therapie
- helfen dadurch Schädigungen/Kunstfehler zu vermeiden
- geben wichtige Hilfestellungen für Anfänger,
- stellen aber auch einen wichtigen Maßstab (Checkliste, Erinnerungshilfe, update) für erfahrene Praktiker dar (Beispiel Anorexie-Therapie; Enuresis-Therapie; kjp-Leitlinien Prüfung bei Abweichung von Leitlinie)
- informieren und orientieren Betroffene (Aufklärung von Patienten/Eltern)
- stellen Transparenz und Offenheit her; Möglichkeit der kritischen Prüfung/des kritischen Hinterfragens /mündige Patienten.

#### **2.4 Fehlinterpretationen (Leitlinien sollten nicht missverstanden oder überstrapaziert werden)**

Leitlinien

- sind keine Handlungsmanuale (geben keine direkten Handlungsanweisungen)
- sie ersetzen nicht die individuelle Fallkonzeption
- sie ersetzen nicht die Bestimmung der therapeutischen Maßnahmen auf den Einzelfall und
- sie können nicht die persönliche therapeutische Kompetenz ersetzen.

#### **2.5 Gefahren und „Nebenwirkungen“ von Leitlinien**

bei der Entwicklung und bei der Rezeption und Verwendung von Leitlinien.

Beispiele:

- Schädliche Einengung des beruflichen Handlungsspielraumes
- „Checklistenpsychotherapie“
- Mechanische und unkritische Übertragung von Forschungsergebnissen
- Verfallsdatum (Können angesichts eines relativ schnellen Forschungsfortschritts schnell veralten)
- Einsatz als (juristisches) Disziplinierungsmittel; Einklagbarkeit; Verrechtlichung der Therapiebeziehung.

#### **2.6 Realisierung/Erstellung und Nutzung/Anwendung von Leitlinien: Empfehlungen /Forderungen/Hinweise des WuF**

Bezüglich Kriterien / Procedere etc. stehen wir noch in vielen Hinsichten am Anfang. Vorschlag: Der WuF-Ausschuss sollte sich hiermit beschäftigen und diese Arbeit auf Bundesebene koordinieren.

Beispiele:

- Zuständige Organisationen
- Zusammensetzung der Gremien
- Sicherung der Rückmeldung
- Empirische Überprüfung

**Literatur:**

**Fonagy /Roth: Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen . Psychotherapeutenjournal, 3, 2004, S. 204-218 und 300-314.**

**Grawe: Wie kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? Psychotherapeutenjournal, 1, 2005, S. 4 - 11.**

**Dr. phil. Gisela Wiegand, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Kassel, Oktober 2005**

## **Aspekte zur aktuellen Diskussion um Leitlinien in der Psychotherapie**

### **1. Spar- und Kontrollzwänge**

Spezifisch für das Gesundheitssystem der Bundesrepublik im Bereich der ambulanten Versorgung ist, dass zwischen Leistungserbringer und Kostenträger die Kassenärztliche Vereinigung als öffentlich rechtliche Institution geschaltet ist, sodass bis auf Ausnahmen den Kassen ein unmittelbarer Einfluss auf Art und Umfang der Gesundheitsleistungen nur über staatliche oder quasi staatliche Interventionen möglich ist. (Behörden der Länder sind im Bereich der Institutionen zuständig)

Während die eine Hälfte der Psychotherapie zu Zeiten der Kostenerstattung unmittelbar von den Kassen mitgesteuert wurde und dieser Bereich dann auch gegenüber der Richtlinien-Psychotherapie besser honoriert wurde, verloren die Krankenkassen durch das PTG 1999 Einfluss auf Umfang und Art der Erbringung psychotherapeutischen Leistungen. In Zeiten von zunehmendem Spardruck sahen die Kassen allerdings nun die Möglichkeit die Psychotherapie so ganz aus den Facharzt Budgets der KVen finanzieren zu lassen und somit die nie bezifferten Kosten für die Kostenerstattung einzusparen. Die Folge war der 30% Honorarverlust der Psychotherapeuten ab 1999.

Die der KV zusätzlich aufgebürdeten Kosten führten von beiden Seiten -Kassen und Kven (Ärzten) zu einer überaus kritischen Haltung der Psychotherapie gegenüber, durch die undurchsichtige und aufgeteilte Art der Honorierung hatte die Psychotherapie vorher sozusagen ein Schattendasein im gesamten Gesundheitsmarkt gespielt. Es kursierten sehr unterschiedliche wenig verlässliche Daten: z. B. Psychotherapieleistungen umfassten ca. 2% der Gesamtleistungen. Die Anzahl der nun approbierten Leistungserbringer und ihre Leistungen ließen sich plötzlich beziffern und quantifizieren.

Die Forderung von Qualitätskontrolle und der Nachweis der Effizienz bezüglich von Transparenz und Sicherheit für Patienten - beides selbstverständlich legitime Anliegen- wurden überaus heftig gestellt. Wie auch im Bereich der Naturheilverfahren zeigte sich im Bereich der Psychotherapie, dass die Lobby der Schulmediziner in den Gremien der Kassen und KVen gerade den ganzheitlichen und übergreifenden, daher schwer einzuordnenden Ansätzen im Gesundheitsbereich eine besondere Kontrolle zukommen ließ und somit auch erwünschte Kosteneinsparung betrieben. Bemerkenswert gegenüber dem tradierten Bereich der Apparate- und Labormedizin, dessen Auswüchse zwar sichtbar wurden, aber immer noch eine Rechtfertigung und vergleichsweise moderate Beschränkungen erfuhren.

(Dabei geht es in der gesundheitspolitischen Debatte auch immer wieder darum die unter zweifelhaften historischen Bedingungen gewachsene Macht der KV, der sogenannten ärztlichen Selbstverwaltung, zu beschneiden.)

Im Zuge dieser gesundheitspolitischen Bewegungen und Verwerfungen wurde die wissenschaftliche Legitimation der psychotherapeutischen Leistungen von Kassen und KVen in einem möglichst engen Sektor von Überprüfbarkeit und Verwertbarkeit gesteuert. Besonders die Beibehaltung des Gutachterverfahrens nahm den Kassen nach wie vor die Möglichkeit Art und Umfang der psychotherapeutischen Leistungen selbst zu kontrollieren. Die Arbeitsweise der Gutachter erschien durch ihren unabhängigen Status - anders als etwa im medizinischen Dienst, wenig durchschaubar, besonders die Kassen haben ein deutliches Interesse daran, das Gutachterverfahren argumentativ zu kippen und die Gutachter/Wissenschaftler einzubinden. Die wechselseitigen Kontrollbemühungen von Kven und Kassen führen zu überbordenden bürokratischen Verordnungen, die das Gegenteil von Effizienz bewirken und das Therapeut- Patient -Verhältnis nachhaltig beeinträchtigen, beide Seiten werden entmündigt. So ist auch der Beschluss des Bundesausschusses zur „Qualitätsmanagements-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung“ (Okt.2005) zu verstehen, ein Konglomerat, das neben einer Reihe von selbstverständlichen Standards zur Betriebs- und Personalführung auch mit der Festlegung von Leitlinien vermeintlich einfach definierbare Behandlungsstandards vorschreiben will.

## 2. Gesetzliche Vorgaben kanalisieren und produzieren Wissenschaft

Die Forderung nach Qualitätskontrolle und Effektivierung ist somit in der derzeitigen Entwicklung des Gesundheitssystems elementar mit Fragen von Wirtschaftlichkeit, der ständigen Suche nach Einsparpotentialen und der Entwicklung von stärker weisungsgebundenen Strukturen verbunden.

In den letzten 10 Jahren entwickelten sich also zahlreiche Gremien und Institutionen, die bestückt wurden mit mehr oder weniger hochkarätigen Wissenschaftlern aus dem Bereich der Psychotherapie, mit dem Ziel den vorher vorhandenen unübersichtlichen Markt nach allgemein anerkannten Kriterien der Gesundheitsbürokratie neu zu organisieren. Argumentiert wurde selbstverständlich im Interesse der Patienten und den von ihnen erbrachten Kosten.

Die Beiträge von Wissenschaft und Forschung wurden im Rahmen von auftragsgebundenen Projekten (z.B. TK Modell) oder auch der Einbindung von Personen (z.B. wissenschaftlicher Beirat) zielgerichtet angefordert. Derart auftragsgebundene Forschung und ihre Netzwerke unterliegen etwa bei der von Vergaben für Expertisen und der Auswahl von Fachleuten somit unmittelbaren gesundheitsökonomischen Zwängen, sie müssen sich den vorgegeben Strukturen anpassen.

Im Bereich der Medizin setzte sich zunehmend ein Forschungsparadigma durch, dass Medizin eindeutig ausschließlich im Bereich der Naturwissenschaften verortet und Nachweisverfahren im Bereich der evidenzbasierten Medizin ausschließlich an den strengen Regeln naturwissenschaftlichen Forschungsmethoden ausrichtet. Auf der Strecke blieben ganzheitliche Paradigmen der Naturheilkunde. (Vorrang der Methoden der Pharmaforschung. (siehe auch Pharma Forschung und Politik in den USA, taz 6.11.05)

Die Übertragung dieser Schemata auf die Psychotherapie folgt also dem gesundheitspolitischen Zeitgeist und den handhabbaren Kriterien der unmittelbaren Verwertbarkeit. Die seit Jahrzehnten in der Psychologie ausgetragene Kontroverse zwischen Forschungsparadigmen (Kontroverse Wellek / Eysenck, XIV Internationaler Kongress der Psychologie Montreal 1957, Jüttemann et al.1985), deren Erklärungsansätze einerseits letztendlich auf mathematisch formulierten Gesetzen beruhen und Ansätzen, die sich eher einer geistwissenschaftlich-philosophisch orientierten Methodik verbunden fühlen, erhielt nun im Bereich der öffentlichen Auftragsvergabe im Nachklang des Psychotherapeutengesetzes eine neue Bühne. Das verstehend-erklärende Forschungsparadigma gerät gegenüber einem Paradigma, das eher an Input-Output Verknüpfungen interessiert ist, ins Hintertreffen. Dabei wird mit unsachlichen, ideologischen Argumenten gearbeitet um berufspolitische Vorteile zu erzielen. Doch selbst Skinner (1953) wies auf die Beschränktheit der funktionalen Perspektive hin: „The objection to inner states is not that they do not exist, but they are not relevant in a functional analysis... We cannot account for the behavior of any system while staying wholly inside it; eventually we must turn to forces operating upon the organism from without“ (Skinner, zitiert nach Weingart 1975) Sowohl hermeneutische als auch neurobiologische Forschungsansätze haben sich inzwischen erfolgreich mit den “inner states” beschäftigt und Ergebnisse vorgelegt, die aber oft zu sperrig sind als, dass sie unmittelbar in Behandlungsrichtlinien und Checklisten umgesetzt werden könnten.

Der Streit der psychotherapeutischen Verfahren untereinander muss also auf dem Hintergrund von Gesundheitsökonomie neu eingeordnet werden. Das Label und die Inhalte der Verfahren sind für Verwertungsinteressen unerheblich. Wichtig sind quantifizierbare Standards, die den Erfordernissen von bürokratischer Kontrolle Rechnung tragen. In vielen besonders nicht-ärztlichen Bereichen wie der Pflege wurde durch den Faktor Zeit eine arbeitsökonomische Kategorie zur Gestaltung von Effizienz und Kontrolle eingeführt.

Auch für den Bereich der Psychotherapie, der sich im Moment noch als sperrig erweist, sind solche Vorgaben denkbar. Sie verknüpfen sich mit Vorgaben der oben erwähnten objektiven Verfahrenstradition innerhalb der Psychologie, ein Leistungs-Test z.B. kategorisiert um anschließend zu quantifizieren und ist an Zeitvorgaben gebunden.

Der theoretische Diskurs der psychotherapeutischen Verfahren ist längst ein anderer: die affektive und systemische Wende in den Kognitionswissenschaften, sowie das Interesse an den biologischen Grundlagen (Neurowissenschaften) und metakognitiven Verknüpfungen (Fonagy) in den psychodynamischen Verfahren, lässt die derzeitige verfahrensorientierte Debatte um Manualisierung und Leitlinien anachronistisch erscheinen.

Die Praxis soll –so die Auflagen der Kostenträger- mit dem Anspruch einer objektiven Wissenschaft auf quantifizierbare Methoden festgelegt werden. Dabei führen die Erfordernisse der Gesundheitsbürokratie dazu, dass bestimmte psychodynamische Forschung nun nicht mehr hauptsächlich in dem eher passenden Bereich der qualitativen Forschung arbeitet, sondern sich „fremde“ Methoden aneignet, die eher aus dem Bereich der Kognitionswissenschaften und der streng empirischen Forschung stammen.

Selbstverständlich gibt es auch eine empirische, Verhalten kategorisierende Forschungstradition innerhalb der Psychoanalyse (z.B. Bowlby), solche Ansätze wurden bisher vom Mainstream nicht besonders geschätzt, sie erfahren jetzt eine Aufwertung. Letztendlich zeigt sich, dass natürlich sämtliche Angelegenheiten menschlichen Verhaltens und Leidens sich auf Hypothesen reduziert und in Variablen formuliert empirisch beforschen lassen, so auch psychoanalytische Denkansätze.

Nachdem sich auch die „Orientierung an Therapiemethoden als Sackgasse“ (Grawe 2005) für die Forschung herausgestellt hatte, wurde vom „Wissenschaftlichen Beirat“ „als weiteres Ordnungsmerkmal die Störung eingeführt“ (Grawe ebenda). Grawe ist beizupflichten, wenn er von „Legitimationsforschung“ spricht, die –allerdings bezogen auf alle sogenannten Schulen—der „Aufrechterhaltung des gegenwärtigen Regelungssystems (im Gesundheitswesen G.W:) dienen“.

### **3. Instrumentelles Lernen in den Heilberufen?**

Die Diskussion um Leitlinien und Manualisierung lässt sich also im oben dargestellten Kontext einordnen. Bei der Legitimation der Kontrollmethoden wird von Seiten der Kostenträger zunehmend auch juristisch mit Fragen der Haftung argumentiert. ( ein mit dem Paradigma der Pharmaforschung aus den USA importiertes Argument, wo die Fragen der Haftung eine ungleich höhere Bedeutung haben und Versicherungen für hiesige Therapeuten unbezahlbar wären).

Wenn Leitlinien an den Therapeut/die Therapeutin gebracht werden müssen - mit dem Hinweis in juristischen Konfliktfall „auf der sicheren Seite zu sein“ - so wird deutlich, dass es nicht nur um gesundheitsökonomische Verwertungsinteressen sondern auch um neue gesundheitsjuristische Regelwerke geht.

Anregungen zur Diskussion um psychotherapeutische Leitlinien sind aus der Debatte innerhalb der Medizin zu erhalten. Wenn es etwa um die Leitlinie zum Asthma bronchiale für Hausärzte geht ( KV Hessen 7/2005, der psychosomatische Aspekt der Asthma Erkrankung taucht in den Leitlinien nicht auf) so wird in folgenden kritischen Auseinandersetzungen von Ärzteseite festgehalten, dass es mit der Festlegung der Behandlung auf Leitlinien nicht mehr um den klinischen Blick und die individuelle Arzt-Patient- Beziehung gehen kann, sondern Regelwerke Patient und Arzt zu programmierbaren Objekten und die Behandlung zu einem planbaren Mechanismus degradieren. Das medizinische Personal muss eben austauschbar sein.

Die Ausformulierung von störungsspezifischen Ansätzen, Leitlinien und Manualen hat zu einer nicht mehr verantwortbaren Reduktion von Sichtweisen und Einengung von Handlungsfeldern geführt, wir befinden uns heute in einer Situation in der plötzlich neuere Studien zur „Komorbidität“ (Helle, Vortrag 2005) erstellt werden. Für den Praktiker eine Banalität, die aufzeigt, dass Extraktion auf eine Störung als isolierte Variable an die Grenze des Unsinnigen geraten ist. Es liegt auf der Hand, dass letztlich jeder Mensch vom Säugling bis zum Greis multimorbide ist und die Definitionsmacht, was eine Leitsymptomatik sein kann und sollte nicht so einfach und fernab vom subjektiven Empfinden des Patienten her getroffen werden kann. Ein klinischer Befund kann mit subjektivem Leiden verbunden sein oder auch nicht, aber immer ist das subjektive Leid das Kriterium für den Behandlungsbedarf.

Ein Gespür dafür was erforderlich ist und was nicht macht das hohe Maß der Professionalität aus, letztendlich die „Heilkunst“.



Wenn argumentiert wird, dass gerade für Berufsanfänger Leitlinien als Orientierung in einem komplexen Praxisfeld hilfreich sein sollten, dann wird auch hier bemängelt, dass Medizinstudenten nicht mehr für den klinischen Blick ausgebildet werden, sondern sich Prüfungskataloge ohne Handlungsrelevanz verinnerlichen (Physikum mit 6000 Multiple-Choice-Fragen) die scheinbar wissenschaftlich abgesichert sind. Mit dem Verschwinden der Lehrbücher und dem Einpacken von Fragenkatalogen verschwindet auch die Herleitung von unterschiedlichen Lehrmeinungen und Forschungstraditionen. Es verschwindet bedauerlicherweise auch das Meister-Schüler-Verhältnis mit seinen reichen kommunikativen Korrekturmöglichkeiten.

Auch die Ausbildungskandidaten der Psychotherapeutischen Institute werden nun zum Zwecke der Approbation derartigen „Legitimationsprüfungen“ unterzogen, die weitab von jeglicher Praxisrelevanz teilweise groteske Inhalte als wissenschaftlich geprüft abverlangen. In der Medizin und Psychotherapieausbildung sollte es nicht um die Anhäufung von abfragbarem Wissen gehen, sondern gerade um ein Lernen in Beziehungen, die nach wichtigen Vorgaben reflektierbar sind (überschaubare Ausbildungsinstitute).

Die Beziehung zum Patienten ist asymmetrisch, Arzt und Psychotherapeut haben eine Machtposition, deren Handhabung sich unmittelbar auf den Heilerfolg auswirkt. Persönlichkeitsfaktoren des Behandlers kommen im komplexen Beziehungsgefüge des Gesundheitssystems zu tragen. Diese Strukturen erfordern ständig auch persönliche Reflexionen, denen in den Ausbildungsgängen Rechnung getragen werden muss. Eine Check-Listen-Medizin und -Psychotherapie schafft keinesfalls mehr Transparenz, allenfalls fühlen sich Patient und Therapeut gleichermaßen als Opfer eines Systems.

#### **4. „Ingenieurwissenschaftliche Utopien“ (Altmeyer)**

Die im Moment aus dem Boden sprießenden Leitlinien für alle Bereiche therapeutischen Handelns suggerieren, dass ein Heilungsprozess unabhängig von der Person des Behandlers, mit Hilfe professioneller Handlungsstrategien, die absolut kausal und linear gegliedert sind, zum einem messbaren Erfolg führen. Die Anleitung der Wartung einer Auto-Elektronik erscheint oft differenzierter.

Der Ausstieg aus den mittlerweile kafkaesken Regelungsbedarf, den uns die Gesundheitsbürokratie aufgebrummt hat, sehe ich allerdings im Gegensatz zu Grawe nicht im Wegweiser einer himmlischen Wissenschaft, die alles zu erleuchten im Stande ist, sondern in der einfachen Beantwortung der Frage an den mündigen, aufgeklärten Patienten: „Hat es Dir geholfen?“

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Behandlung von Leiden, d.h. das Angebot einer heilenden, haltenden Beziehung oft schon an sich wirkt, anders sind Studien die, die Effektivität von Placebo-Operationen nachweisen, nicht zu verstehen. Somit gerät in den zentralen Punkt jeglicher Behandlung die spezifische intersubjektive Beziehung, die sich vielfältig gestaltet und daher auch mit vielfältigen differenzierten Fragestellungen und Methoden erforscht werden muss. So wie dies in den Sozialwissenschaften unangefochten schon lange Gang und Gäbe ist und auch im Rahmen von staatlicher Auftragsforschung akzeptiert wird.

Besonders das bundesrepublikanische Gesundheitssystem zeichnet sich aber durch eine extreme Abhängigkeit des Patienten von den Regelwerken der Kassen und KVen aus. Gelder, die jetzt in fragwürdige Wirksamkeitsstudien gesteckt werden, sollten lieber in die Unterstützung und Beratung von Patienten investiert werden, die sich eine für sie passende Behandlung auswählen, denn nur eine akzeptierte Behandlung ist eine erfolgreiche Behandlung.

Demokratisierung des Gesundheitssystems, Abbau unnötiger Bürokratien, die durch unübersichtliche Regelwerke die Datenfluten sowie so nicht mehr beherrschen können, sollte die Zielrichtung sein. In keinem anderen Land wird ein so großer Anteil an vom Versicherten aufgebrachten Kosten in die Verwaltung und eben nicht in seine Behandlung gesteckt. Zweitens ist eine neue Beziehungsgestaltung gefragt, zurückgehend auf die Anfänge des modernen Gesundheitswesens, in dem es um „caritas“, das Dienen und Lieben für den Leidenden ging. Diese emotionalen Kategorien sind kaum leitlinienkompatibel. Die Ansätze der Psychoanalyse, die die intersubjektiven Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt ihrer Krankheitslehre stellen, sind hier neu gefragt.

## Anlage 6: Stellungnahme Dr. Gisela Wiegand

### Literatur:

Martin Altmeyer: Vortrag Dreieich 2003

Klaus Grawe: (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden,  
PTJ 1/2005

Gerd Jüttemann (Hrsg). Qualitative Forschung in der Psychologie Heidelberg 1989

Leitlinien Asthma Bronchiale in KVH aktuell 10 Juni 2005

Peter Weingart (Hrsg): Wissenschaftsforschung, Frankfurt 1975