

Begrüßung zum 8. HPT durch Präsident Alfred Krieger

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich sehr, sie zum 8. Hessischen Psychotherapeutentag im Namen des Kammervorstands begrüßen zu dürfen. Bevor ich ein paar einleitende Worte zum Tagungsthema sage, möchte ich einige Gäste namentlich begrüßen. Erst einmal unseren heutigen Festredner, Herrn Prof. Solms! Sie hatten eindeutig den längsten Weg hierher nach Frankfurt und deshalb möge man mir verzeihen, wenn ich sie etwas außerhalb der Etikette zuerst willkommen heiße. Ich freue mich begrüßen zu dürfen Frau Prof. Brühl, Vizepräsidentin der Goethe-Universität Frankfurt, Herrn Ministerialdirigent Dr. Hölz als Vertreter des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration und den Leiter des Gesundheitsamts der Stadt Frankfurt, Herrn Prof. Gottschalk.

Weiter begrüße ich den Landtagsabgeordneten Herrn Schaus, den Präsidenten der Landestierärztekammer, Herrn Dr. Stammberger, die Vizepräsidentin der Landesärztekammer, Frau Buchalik, und den Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung, Herrn Dr. Richter. Der Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, Frau Ackermann, dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des BKK Landesverbandes Süd, Herrn Thiesen, und dem Geschäftsführer der Vitos GmbH, Herrn Belling, ein herzliches Willkommen. Dies gilt auch für den Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Herrn Kappauf und die Vizepräsidentin, Frau Dr. Benecke, und den Vizepräsidenten der Bayerischen Psychotherapeutenkammer, Herrn Dr. Waldvogel.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Auf dem letzten Psychotherapeutentag vor zwei Jahren ging es um die Frage „Burnout – out?“. Wir waren uns nicht so sicher, ob der Hype um das sogenannte Ausgebranntsein den psychisch kranken Menschen und der Psychotherapie insgesamt dienlich ist. Dieses Mal erkennen Sie an dem Ausrufungszeichen hinter „Psychotherapie wirkt!“, dass wir uns sehr sicher sind.

Zweifeln an der Wirksamkeit von Psychotherapie gehört zu den 10 Todsünden, die von der Bundespsychotherapeutenkammer hart bestraft werden, nämlich mit der Lektüre des Heftes „10 Tatsachen zur Psychotherapie“. Falls Sie jetzt neugierig auf die anderen Verfehlungen sind: Lesen Sie doch einfach die Broschüre. Verraten darf ich Ihnen aber schon, dass auch die Mythen widerlegt sind, Psychotherapeuten würden erstens nur leichte Erkrankungen behandeln und zweitens dabei auch noch zu wenig arbeiten.

Bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie wird in den „10 Tatsachen“ festgestellt: „Psychotherapie ist ... wirksamer als viele Behandlungen körperlicher Erkrankungen. Patienten mit psychischen Erkrankungen brechen außerdem eine psychotherapeutische Behandlung deutlich seltener ab als eine medikamentöse Behandlung. Ferner haben psychotherapeutische Behandlungen im Vergleich zu pharmakotherapeutischen Behandlungen nachhaltigere Effekte. Die Behandlungserfolge halten bei einem größeren Teil der Patienten weit über das Therapieende hinaus an.“

Warum dann noch diese Veranstaltung? Würde eine Pharma-Firma sich nicht lächerlich machen, wenn sie eine Tagung veranstalten würde zum Thema „Psychopharmaka wirken“?

Ich meine, dass es sich lohnt, sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie zu befassen. Denn für die Profession ist wichtig, die gut geprüften Ergebnisse in die politische Diskussion einfließen zu lassen, um einseitige, interessen geleitete Ergebnisdarstellungen zu verhindern. Dies ist tendenziell so in der aktuellen Diskussion über die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker bei den laufenden Beratungen zum Versorgungsstärkungsgesetz VSG. Eins der zentralen Ziele des VSG ist die Verkürzung von Wartezeiten, die im Bereich der Psychotherapie besonders lang sind. Bei der Diskussion um den Gesetzesentwurf habe ich den Eindruck, dass schnelle Interventionen wie Sprechstunden und Kurzzeittherapien besonders befördert werden. Dahinter steckt das Kalkül, eine Erhöhung des Durchsatzes oder Durchlaufes könnte das Problem langer Wartezeiten beheben.

Meine Sorge ist, dass die hohe und gut belegte Wirksamkeit von kurzen Behandlungen dazu führt und verführt, Kurzzeittherapien unter dem bestehenden Versorgungsdruck pauschal den Vorzug zu geben und differentielle Indikationskriterien unberücksichtigt zu lassen. Unter Umständen wird auch fälschlicherweise der Schluss gezogen, wenn Kurzzeittherapien ausreichen, verstopfen Langzeittherapien den Durchlauf. „Durchlaufzeit“ ist übrigens ein zentraler Begriff der Fertigungssteuerung. Bei der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist es nicht erstaunlich, dass diese Terminologie beispielsweise von Krankenkassen verwendet wird.

Hier kommt zusätzlich ein methodisches Problem ins Spiel, weil Langzeitbehandlungen schwerer zu untersuchen sind als Kurzzeitbehandlungen. Das liegt an der schlechteren Kontrollierbarkeit von Wirkfaktoren, so dass Ergebnisse weniger klar ausfallen. So schrieb Margraf 2008: „Angesichts methodischer Probleme, für die noch keine allgemein akzeptierten Lösungen existieren, und des großen Aufwandes ..., ist es wenig wahrscheinlich, dass ein wissenschaftlich allgemein akzeptierter Nachweis der Wirksamkeit von Langzeittherapien in naher Zukunft erfolgen wird.“ Inzwischen existieren allerdings eine Handvoll methodisch hochwertiger Studien, die den Nutzen von Langzeittherapien belegen. Dazu werden wir morgen Näheres hören.

Für Kurzzeittherapien gibt es zahlreiche Studien auf hohem methodischem Niveau. Das heißt u.a., dass Patienten nach Zufallsprinzip einer Behandlungsgruppe oder einer Kontrollgruppe zugeteilt und die Ergebnisse miteinander verglichen werden. Patienten mit Mono-Symptomatik sind geeigneter als multimorbide Patienten. Die Interventionen sind dadurch standardisiert, dass sie Manualen folgen. Diese Studien sind RCT-Studien (randomized controlled trial). Der Schwerpunkt liegt hier auf klar umrissenen Störungsbildern oder Symptomen. Effekte bei multimorbid erkrankten Patienten sind schwerer zu untersuchen. Die Leitfrage bei RCT-Studien ist: „Was kann wirken?“ Zur Benennung dieser spezifischen Wirkung einer spezifischen Methode auf ein spezifisches klinisches Phänomen wird die englische Bezeichnung Efficacy verwendet. Viell. kann man sagen, dass diese Wirksamkeitsmessungen unter Laborbedingungen erfolgen.

Wird dagegen die patientenrelevante Wirksamkeit eines Therapieverfahrens unter realen Bedingungen untersucht (engl. Effectiveness), wird von naturalistischen Studien gesprochen. Leitfrage ist hier: „Was wirkt in der Versorgungsrealität?“

In der Forschungsrealität und vor allem bei der Erstellung von Leitlinien gelten RCT-Studien als höherwertig. Was durch diese Studien als wirksam belegt werden kann, wird zum „Goldstandard“ erhoben. Und was ist mit naturalistischen Studien? Sind sie „Silberstandard“ oder vielleicht sogar gar kein Standard?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte verstehen Sie mich nicht falsch: Ohne RCT-Studien sähen die Leitlinien zur Behandlung psychischer Störungen ganz anders aus, nämlich überwiegend pharmoktherapeutisch und mit geringen Anteilen an Psychotherapie.

Es sind eben beide Arten von Studien notwendig. Nach Margraf (2009) besteht zwischen beiden Arten von Wirksamkeit ein komplementäres Verhältnis. „Die Evaluation eines Verfahrens unter den Bedingungen der Alltagsroutine kann nicht als Nachweis der spezifischen Wirksamkeit des angewendeten Therapieverfahrens interpretiert werden und umgekehrt kann nicht aus dem positiven Ergebnis in einer randomisierten kontrollierten Therapiestudie automatisch auf die Wirkung unter Alltagsbedingungen geschlossen werden.“

Aber lassen Sie sich von dem Wort „Komplementarität“ nicht täuschen. Die einseitige Propagierung von RCT-Studien und den danach empfohlenen Behandlungen als „Goldstandard“ kann zu Fehlentwicklungen in der Versorgung führen. Multimorbid erkrankte Patienten werden nicht in dem Maß untersucht, wie sie tatsächlich in die Praxen kommen. Dabei sind sich Psychotherapeuten aller Verfahren einig: Bei komplexen und chronifizierten Störungen und zur effektiven Rückfallprophylaxe sind längere Behandlungen nötig.

Aufgabe der Psychotherapeutenkammer ist es, hier Position zu beziehen. Mein Vorgänger, Herr Hardt, hätte von einer im besten Sinn des Wortes „exzentrischen Position“ gesprochen. Nicht die Verwertbarkeit von Forschungsergebnissen für die weitere Ökonomisierung des Gesundheitswesens kann unsere Sache sein, sondern der fachliche Diskurs mit der Zielsetzung, qualitativ hochwertige Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu gewährleisten. Im gesellschaftlichen Diskurs hat die Kammer die Aufgabe, Entwicklungen dann entgegenzusteuern, wenn sie der Versorgung psychisch kranker Menschen abträglich sind.

Ich will abschließend noch einmal auf den letzten hessischen Psychotherapeutentag zum Thema Burn out und die dort konstatierte gesellschaftliche Tendenz zur Beschleunigung von Prozessen zurückkommen. Kurz gesagt ist dem entgegenzuhalten: Psychotherapeutische Behandlungen brauchen Zeit. Sonst besteht die Gefahr der „Veroberflächlichung der Therapie“, wie es der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio ausdrückt. Unter der provokanten Überschrift „Schneller zuhören?“ warnt er in einer neueren Veröffentlichung davor, dass die notwendige Berücksichtigung des biografischen und soziokulturellen Kontexts des Patienten als „überflüssiger Luxus“ erscheinen könnte.

Mein Wunsch ist, dass der 8. Hessische Psychotherapeutentag nicht nur die Wirksamkeit verschiedener Verfahren in verschiedenen Settings und Anwendungsbereichen beleuchtet, sondern letztlich auch Wirksamkeit für den gesellschaftlichen Diskurs entfaltet.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.