Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

(ÄGG)

Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

(DPGG)

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie

(GwG)

Gemeinsame Stellungnahme

zum Bewertungsverfahren

der Gesprächspsychotherapie

durch den

Gemeinsamen Bundesausschuss/Unterausschuss

Psychotherapie

Köln, den 06.10.2006

Dokumentation zu dem Gesprächspsychotherapie-Bewertungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Unterausschuss Psychotherapie hat am 6.9.2006 beschlossen, dem G-BA zu empfehlen, die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinien abzulehnen.

Die Fachverbände für Gesprächspsychotherapie in Deutschland nehmen das zum Anlass für eine gemeinsame Stellungnahme zu dem in der Zeit von Juli 2002 bis September 2006 durchgeführten Bewertungsverfahren.

Nach Durchsicht verfügbarer Unterlagen aus der Vorbereitung dieser Beschlussempfehlung stellen die GPT-Fachverbände fest, dass sie auf sachwidrigen und falschen Bewertungen beruht. Die hier vorgelegte Dokumentation soll dies belegen und exemplarisch nachvollziehbar machen.

Die Stellungnahme konzentriert sich auf die Arbeit des Unterausschusses Psychotherapie unter dem Gesichtspunkt der „Bewertungslogik“ des Unterausschusses („indikationsbezogene“ Bewertung bei isolierten Symptomgruppen, nur Vergleichstudien hoher Evidenzstufe).
Andere Aspekte, z. B. verfassungsrechtliche Ansprüche der Gesprächspsychotherapeuten, Stellungnahmen aus Wissenschaft und Fachwelt, Etablierung der GPT in der Versorgung werden in den einleitenden Abschnitten A. und B. angesprochen.

Die in den Abschnitten D. und E. nur exemplarisch aufgeführten Nachweise gehen nach Auffassung der GPT-Fachverbände über die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien und des SGB V hinaus, so dass die rechtlich gebotene Anerkennung der Gesprächspsychotherapie auch fachlich untermauert ist.

Inhalt

Seite

A. Grundsätzliche Einwände gegen das G-BA-Vorgehen 4

B. Dokumente und Materialien zur Notwendigkeit der Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in die vertragliche Versorgung 10

I. Stellungnahmen von verfahrensunabhängigen Einrichtungen und Institutionen 11

II. Zur Versorgungsrelevanz der Gesprächspsychotherapie in der psychotherapeutischen Versorgung 14

III. Vorliegende Qualifikationen in Gesprächspsychotherapie 17

IV. Ärztliches Weiterbildungsrecht 18

V. Zur Qualität der psychotherapeutischen Versorgung 20

VI. Zur Entwicklung/Differenzierung der GPT 21

VII. Verbesserung der Versorgung durch Erweiterung der Wahlmöglichkeiten 22

C. Ablauf der Beschlussfassungsvorbereitung zur GPT 24

I. Überblick 25

II. Zur Bewertungspraxis der AG/TG Gesprächspsychotherapie des Unterausschusses Psychotherapie 29

D. Nutzennachweise für die Gesprächspsychotherapie über das Spektrum der Psychotherapieindikation 36

Es werden 17 Studien zu verschiedenen Bereichen der Psychotherapieindikation dokumentiert. 37

E. Darstellung der sachwidrigen Bewertungspraxis an einzelnen Beratungsgegenständen 62

I. Es werden exemplarisch 4 Studien dokumentiert, die aus unterschiedlichen Gründen zurückgewiesen wurden 63

II. Es werden 8 Beratungsgegenstände dokumentiert, die von der AG/TG GPT selbst positiv bewertet wurden, dann aber nicht zur Grundlage des Beschlussempfehlungs-Entwurfes gemacht wurden 84

A.

Grundsätzliche Einwände gegen das G-BA-Vorgehen

A. Grundsätzliche Einwände gegen das G-BA-Vorgehen

Auf der Grundlage der uns bekannt gewordenen Einzelheiten aus der langjährigen Beschlussvorbereitung, die 1990 begonnen wurde und nun vor Ablauf des Jahres 2006 zu einem G-BA-Beschluss führen soll, können und müssen wir feststellen:

1.

Der G-BA-Unterausschuss Psychotherapie setzt sich über die einhellige Auffassung der Psychotherapeutenprofession zur therapeutischen Notwendigkeit der GPT-Anerkennung hinweg. Die Auffassung der Fachwelt hat u.a. einen Ausdruck in der Erklärung von 80 Professorinnen und Professoren an deutschen Universitäten vom März 1998 und im Votum des 4. Deutschen Psychotherapeutentages gefunden.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Zitat in der Stellungnahme der LPK Niedersachsen November 2004 zur GPT-Bewertung) ist die Feststellung, ob ein begründeter Konsens in der Fachöffentlichkeit besteht, maßgebliche Grundlage für Beschlüsse zur Erweiterung des Leistungsspektrums.

Bereits im Bericht der Psychiatrie-Enquete-Kommission von 1975 und seither in vielen Gutachten und wissenschaftlichen Stellungnahmen ist auf die Notwendigkeit hingewiesen worden, Gesprächspsychotherapeuten in die kassenärztliche Versorgung einzubeziehen. Der Unterausschuss bzw. die Themengruppe Gesprächspsychotherapie (TG GPT) haben sich der Kenntnisnahme des Konsenses in der Fachwelt verweigert. Selbst die 79 Stellungnahmen nach § 13 Abs. 3 G-BA-VerfO sind nicht inhaltlich beachtet und der weiteren Bewertung zugrunde gelegt worden (§ 16 Abs. 2 G-BA-VerfO), sondern lediglich als Literaturlisten verstanden worden, aus denen nur einige wenige Beiträge in die Liste der zu bewertenden Studien aufgenommen wurden.

2.

Der Unterausschuss hat sich mit den verfassungsrechtlichen Hinweisen der BPtK in der Stellungnahme vom 4.4.2006 zum Anspruch approbierter Psychotherapeuten auf Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung, d.h. auf Anerkennung des Verfahrens ihrer vertieften Ausbildung im Sinne von § 95c Satz 2 Nr. 1 SGB V, nicht mit der gebotenen Sorgfalt befasst.
Auch die Gründe des BMG für seine Beanstandung vom 15.08.2006, die auf das Grundrecht nach Art 12 Abs. 1 GG abstellten und das Schwellenkriterium, das der G-BA einführen will, als unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit von Psychotherapeuten bezeichneten, sind vom Unterausschuss unberücksichtigt gelassen worden.
Der Unterausschuss übergeht die Grundrechtsansprüche der Gesprächspsychotherapeuten, indem er mit zwangsläufig umständlichen Ableitungen eine angebliche Ermächtigungsgrundlage für berufswahlnahe Regelungen behauptet,

ohne aber wenigstens ansatzweise die Aussperrung der Gesprächspsychotherapeuten als verfassungsrechtlich gerechtfertigte und gebotene Berufsfreiheitsbeschränkung zu begründen.
Der Grundrechtsanspruch der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit GPT-Fachkunde wird von dem G-BA vollständig negiert: Er verweigert sich generell einer Befassung mit Nachweisen zur Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.
Das LSG im Baden-Württemberg hat dem Kläger - einen mit der Fachkunde in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie approbiertem Psychotherapeuten – am 22.08.06 mitgeteilt, dass es in Erwartung eines G-BA-Beschlusses zur GPT in 2006 beabsichtigt, eine abschließende Senatssitzung für das Frühjahr 2007 zu terminieren, sofern mit dem G-BA-Beschluss dem Anliegen des Klägers nicht abgeholfen werde.

Soweit der Unterausschuss oberflächliche Gesichtspunkte gegen die (absurde) Zulassung von Gesprächspsychotherapeuten für eine der über 300 isoliert ICD-10-klassifizierten psychischen Störungen nennt, werden verfassungsrechtlich tragende Gründe jedenfalls nicht angeführt.

Der Hinweis darauf, dass die Zulassung von Gesprächspsychotherapeuten für nicht medizinisch notwendig gehalten wird, weil sich die Patienten an etablierte Richtlinienpsychotherapeuten wenden können, ist schon kartellrechtlich anstößig. Er ist auch fachlich abwegig, weil er die therapeutische Notwendigkeit von Behandlungsalternativen abweist, die im Übrigen die einzige Rechtfertigung für die Erlaubnis verschiedener Richtlinienverfahren ist.

Der Hinweis, die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie sei unwirtschaftlich, weil ein spezielles Begutachtungssystem finanziert werden müsste, ist abwegig, weil der G-BA selbst entscheidet, welche zusätzlichen Kostenwirkungen er an die Anerkennung einer „neuen“ Kassenleistung knüpft.

3.

Im Falle der Gesprächspsychotherapie verstößt der G-BA gegen die gesetzliche Verpflichtung, das Nähere zur Anwendung des Verfahrens zu regeln, nachdem dessen Eignung zur Krankenbehandlung staatlich anerkannt ist. (Das Kriterium „Geeignetheit“ ist mit dem EG-PsychThG in das SGB V ausschließlich für Psychotherapieverfahren und zwecks Bezugnahme der Fachkunde von Psychotherapeuten und der Ermächtigung von Ausbildungsstätten eingeführt worden.)

Nach § 8 Abs. 3 Ziffer 5 PsychThG muss die Ausbildung der Psychotherapeuten mindestens 6 Krankenbehandlungen mit dem Verfahren der vertieften Ausbildung einschließen. Die gesetzliche Vorschrift setzt zwingend voraus, dass das Verfahren zur Krankenbehandlung geeignet sein muss. Der Bundesgesetzgeber hat keine Krankenbehandlungen in der Ausbildung zugelassen, deren Durchführung bei gesetzlich Krankenversicherten verboten wäre.

Leistungen in der ambulanten Versorgung stehen - anders als in der stationären Versorgung - unter dem Erlaubnisvorbehalt seitens des G-BA.
Das Psychotherapeutenrecht i.V.m. mit dem Ausbildungsrecht lässt es ausgeschlossen sein, das Psychotherapieverfahren unter einem Anwendungsverbot stehen könnten, das erst durch einen positiven G-BA-Beschluss aufgehoben werden könnte.
Vielmehr hätte der G-BA umgekehrt darzulegen, dass die Geeignetheit nicht gegeben ist und eine Einbeziehung der Gesprächspsychotherapeuten dem Gemeinwohlbelang widersprechen würde.
Die Landesbehörden, die über den Aspekt der wissenschaftlichen Anerkanntheit eines Psychotherapieverfahrens hinaus, für den sie sich auf WBP-Gutachten stützen können, auch die Belange des Gemeinwohls zu vertreten haben, hätten keine staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten mit vertiefter Ausbildung in der Gesprächspsychotherapie aussprechen können, wenn nicht gesichert wäre, dass dieses Verfahren zur psychotherapeutischen Behandlung der Bevölkerung geeignet ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Gründen zur Richtlinienänderung vom 20.6.2006 dargestellt, das SGB V stelle auf einen anderen „Versorgungsstandard“ als das Berufsrecht ab. Den besonderen „Versorgungsstandard“ hat der G-BA durch vertragspsychotherapeutische Berufsausübungsregelungen (Stundenkontingente, Gutachterverfahren, Konsilium usw.) zu gewährleisten, nicht aber durch Zulassung oder Ablehnung bundesgesetzlich geregelter Berufsrichtungen.

In der Beanstandung des G-BA-Beschlusses vom 20.6.2006 ist das BMG zwar – wir meinen: fälschlicherweise – von einem G-BA-Recht zur Eignungsprüfung von „neuen“ Psychotherapieverfahren ausgegangen. Die Beanstandungsgründe laufen aber auf eine Ermessensreduktion auf Null hinaus. Das BMG verweist darauf, dass der G-BA einerseits nicht berechtigt ist, ein statusrelevantes „Schwellenkriterium“ zu verwenden, und andererseits nach seiner eigenen Verfahrensordnung gehalten ist, ggf. auf die Evidenzstufe der Expertenmeinungen zurückzugreifen, wenn höherstufige Evidenzbelege zu fehlen scheinen.

Mit den Gutachten des WBP und mit der staatlichen Anerkennung von Ausbildungsstätten zur vertieften Ausbildung in der Gesprächspsychotherapie im Gesamtspektrum der Psychotherapieindikation liegen Belege der Eignung vor, die der G-BA gelten lassen muss, soweit er keine gewichtigen Belege für die Nichteignung der GPT entgegen halten kann.

4.

Der Unterausschuss Psychotherapie hat eine Reihe von Einschränkungen seines Prüfauftrages vorgenommen, die mit dem Antrag von GwG und ÄGG aus dem Jahre 1990, dem Anerkennungsbegehren der Psychotherapeutenkammern NRW und BaWü vom Juli 2002, dem Antrag der KBV vom August 2003, dem Antrag der KV Bayerns vom Februar 2004, der Bekanntmachung des Beratungsthemas

Gesprächspsychotherapie vom 6.10.2004 sowie mit den Vorschriften der BUB-Richtlinie bzw. der Verfahrensordnung nicht in Einklang stehen:

- Der Unterausschuss hat entgegen § 16 Abs. 2 VerfO weder die angeforderten Unterlagen der GPT-Verbände zugrunde gelegt, die seit November 2002 Gegenstand einer „Vorprüfung“ waren und die auf schriftliche Nachfrage des Unterausschusses im März 2004 ergänzt wurden, so dass sie als Antragsunterlagen im Sinne des § 11 Abs. 3 VerfO zu gelten hatten noch hat er eine Auswertung der gemäß § 13 Abs. 3 VerfO eingegangenen 79 Stellungnahmen der weiteren Bewertung zugrunde gelegt.
  Daraus erklärt sich, dass von den 79 Wirksamkeitsstudien, die die GPT-Verbände im März 2004 benannt hatten, 31 (40%) überhaupt nicht in die Bewertung eingegangen sind.
  Am 14.6.2005 beschloss die Arbeitsgruppe GPT, sich mit den Stellungnahmen erst nach den Studienbewertungen zu befassen, d.h. ohne den GPT-Sachverständigen, dessen Mitwirkung am 5.4.2006 enden sollte.

- Die gesprächspsychotherapeutische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde von vornherein ausgeschlossen. Studien, an denen unter 18-jährige Patienten beteiligt waren, wurden ausgeschlossen, ohne sie überhaupt zur Kenntnis zu nehmen. Soweit dennoch einzelne Studien mit jungen Patienten in die Endauswahl der bewerteten Untersuchungen geraten sind, wurden sie mit dem Hinweis auf das Patientenalter von der Bewertung ausgeschlossen (s. als Beispiel Kolko et al., S. 57 und Birmaher et al., S. 94/95).

- Unterlagen der Evidenzstufe V (§ 18 Abs. 3 G-BA-VerfO) wurden durch das Ausschlusskriterium „Einzelmeinung ohne eigenes empirisches Material“ bereits von der G-BA-Verwaltung ausgesiebt. Wenn versehentlich eine solche Arbeit doch in die Studienauswahl gerutscht ist, wurde sie mit Bemerkungen ausgesondert wie „Ist für die Fragestellung der TG nicht unmittelbar geeignet“ (s. als Beispiel Sauer, J. S. 99).

- Studien mit stationärem Setting wurden anfangs generell mit der Begründung ausgeschlossen, es handele sich um Wirksamkeitsstudien (s. Anlage 1, G-BA-Schreiben vom 27.1.2005); die Wirksamkeit sei bereits vom WBP geprüft und in vier Anwendungsbereichen anerkannt worden.
  Ab Mitte 2005 wurden Studien mit stationären Setting einbezogen, weil der Unterausschuss aus Hinweisen der G-BA-Rechtsabteilung und des BMG schloss, er habe doch auch die Wirksamkeit der GPT zu bewerten und zwar im Gesamtspektrum der Psychotherapieindikation. Studien mit stationärem Setting blieben im Ergebnis aber mit der Begründung dennoch unberücksichtigt, aus der stationären Komplexbehandlung ließen sich generell keine eindeutigen Hinweise auf die Wirksamkeit des Faktors Psychotherapieverfahren entnehmen. (s. als Beispiel Teusch et al., S. 43-45).
  Dies trifft allenfalls bei der isolierten Studienbewertung zu. Eine Zusammenschau mehrerer Studien (das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile) bestätigt die stationäre Wirksamkeit der GPT.

Z. B. mag bei einer Studie mit stationärem Setting im Einzelfall wegen mangelnder Isolierbarkeit im Rahmen einer „Komplexbehandlung“ keine zuverlässige Aussage über die Wirkung des Psychotherapieverfahren erlauben. Wenn aber eine Mehrzahl von Studien mit unterschiedlichen Komponenten der „Komplexbehandlung“ und konstant eingesetztem Psychotherapieverfahren stets auf die Wirksamkeit des Psychotherapieverfahrens hinweisen, so ist unverantwortbar, daraus keinen „Hinweis für einen Nutzen der Gesprächspsychotherapie“ zu entnehmen.
Soweit nach UA-Auffassung die sektorenübergreifende Bewertung keinen GPT-Nutzen in der stationären Versorgung feststellen konnte, stellt sich die Frage, welche Konsequenzen daraus erwachsen. Letztlich müsste infolge der sektorbezogenen Bewertung Psychotherapie generell aus der stationären Versorgung ausgeschlossen werden, weil die „isolierte Wirksamkeit“ von Psychotherapie nicht nachweisbar ist.

- Der Unterausschuss hat sich auf eine „klassische“ Gesprächspsychotherapie beschränkt. Die GPT-Fachverbände konnten nicht ermitteln, welche GPT mit welchem Entwicklungsstand damit gemeint sein könnte. Die Anfrage des Unterausschusses vom 4.2.2004 nach den Anwendungsformen der GPT hatten die drei GPT-Verbände mit der Dokumentation März 2004 beantwortet und dort die Anwendungsformen beschrieben. Diese bleiben bei der Bewertung offensichtlich unberücksichtigt.

- Eine Reihe von Studien wurde mit „konsentierten“ Bemerkungen unberücksichtigt gelassen wie „Es ist strittig ob ....“ oder „Die allfällige Verbindung zur GT ist mir nicht klar“ (s. als Beispiel Shear et al., S. 96-98).

- Die AG/TG GPT hat bei ihrer Bewertung der GPT-Nachweise die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin nach unserer Kenntnis selektiv zur Anwendung gebracht, in dem sie ebM mit RCT-Studien gleichgesetzt hat.
  Praktizierte evidenzbasierte Medizin realisiert sich nach einhelliger Lehrmeinung in dem Dreiecksverhältnis von Behandler - Wissenschaft – Patient. Diese drei Aspekte sind nicht hierarchisiert, sie werden in einer gleichberechtigten Wechselwirkung gesehen.

  Eine größere Zahl von konsentierten Effektivitäts -und Versorgungsstudien hatte eine Gleichwertigkeit von Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie mit größerer Patientenzufriedenheit der GPT-Patienten zum Ergebnis. Dieses nach den Prinzipien der ebM zu gewichtende Ergebnis wurde von der AG/TG GPT nicht berücksichtigt.

B.

Dokumente und Materialien zur Notwendigkeit der Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in die vertragliche Versorgung

I. Stellungnahmen von verfahrensunabhängigen Einrichtungen und Institutionen

II. Zur Versorgungsrelevanz der Gesprächspsychotherapie in der psychotherapeutischen Versorgung

III. Vorliegende Qualifikationen in Gesprächspsychotherapie

IV. Ärztliches Weiterbildungsrecht

V. Zur Qualität in der psychotherapeutischen Versorgung

VI. Zur Entwicklung/Differenzierung der GPT

VII. Verbesserung der Versorgung durch Erweiterung der Wahlmöglichkeiten

B. Dokumente und Materialien zur Notwendigkeit der Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in die vertragliche Versorgung

I. Stellungnahmen von verfahrensunabhängigen Einrichtungen und Institutionen

1. Psychiatrie-Enquete 1975

Bereits in der Psychiatrie-Enquete (1975) wurde die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie als psychologisch-psychotherapeutisches Behandlungsverfahren für GKV-Patienten gefordert.

> ***"Es müssen Richtlinien entwickelt werden, die es ermöglichen, dass diese Berechtigung auch durch die Ausbildung in anderen psychotherapeutischen Verfahren - wie z.B. Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie - erworben werden kann."***

(vgl. Bundestagsdrucksache 7/4200, S. 332)

2. Referentenentwurf BMJFG 1978

In dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Jugend, Frauen und Gesundheit von 1978 sind in § 5 Abs. 2 genannt

> ***„die Gesprächspsychotherapie, die Verhaltenstherapie, die Individualpsychologische Psychotherapie und die Psychoanalytische Psychotherapie" als die „anerkannten psychotherapeutischen Richtungen".***

(vgl. Entwurf des PsychThG, Stand 12.07.1978)

3. Gesprächspsychotherapie in Forschung und Lehre

Eine Erhebung im Jahr 1996 zur Repräsentanz der Gesprächspsychotherapie in Forschung und Lehre an deutschen Hochschulen (Frohburg & Auckenthaler, 1996) hatte zum Ergebnis, dass an 76 % (28 von 37) der befragten Psychologischen Hochschulinstitute Gesprächspsychotherapie beforscht und gelehrt wird.
Damit war das Verfahren etwa gleichwertig mit der Verhaltenstherapie (31 von 37) an den deutschen Hochschulen etabliert, während die Systemische Therapie mit 42 % und die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (32 %) mit deutlichem Abstand folgten.
Wenngleich diese hohe Präsenz für das Jahr 2006 durch die aktuelle Entwicklung seit 1998 nicht mehr angenommen werden kann, zeigt die Untersuchung doch, dass die Gesprächspsychotherapie in der akademischen Psychologie fest verankert ist.

Mit der vertragspsychotherapeutischen Zulassung der Gesprächspsychotherapie dürfte perspektivisch eine Neubelebung der universitären und praxisinternen Forschungsarbeit insbesondere zur Qualitätssicherung der Gesprächspsychotherapie verbunden sein.

4. Erklärung der Hochschullehrer 1998

Im Jahr 1998 sind 80 Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer der Klinischen Psychologie als Vertreter unterschiedlicher Psychotherapieverfahren in einer Resolution für die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren eingetreten.

5. Gesprächskreis II 2004 - 2006

Der Gesprächskreis II – der Zusammenschluss der maßgeblichen psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände Deutschlands - hat mit an den G-BA gerichteten Schreiben vom 12. März 2004 und 6. März 2006 eine zügiges Anerkennungsverfahren gefordert und eine Beschränkung von Psychotherapieverfahren auf ausgewählte Indikationsbereiche abgelehnt.

6. Beschlussfassungen der Psychotherapeutenkammern 2002 - 2006

Im Mai 2002 hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie den Landesbehörden empfohlen, Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG mit dem Vertiefungsgebiet GPT anzuerkennen. Seitdem haben die Vertretungen der Profession mit einer Vielzahl von Resolutionen und Initiativen die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien gefordert und zu dem schleppenden Verfahren Stellung genommen.
Folgend werden diese Initiativen - ohne Anspruch auf Vollständigkeit, nur soweit den GPT-Fachverbänden bekannt geworden - aufgelistet.

6. a

Im Juli 2002 stellen die Landespsychotherapeutenkammern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg den „Antrag auf sozialrechtliche Zulassung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren“.

6. b

Im Verlauf des Anerkennungverfahrens wenden sich Landeskammer-Vorstände mit Stellungnahmen an den G-BA, mit denen ein zügiger und sachgerechter Abschluss des Verfahrens gefordert wird:

Berlin	02. September 2003
Bremen	28. August 2002
Rheinland-Pfalz	16. Juli 2003
Hessen	10. Mai 2006
Niedersachsen	01. September 2006

6. c

Folgende Landeskammer-Versammlungen verabschieden Resolutionen und Beschlüsse, mit denen die Einbeziehung der GPT als Richtlinienverfahren und ein zügiger und sachgerechter Abschluss des Verfahrens gefordert wird:

Baden-Württemberg	22. Juni 2002
Nordrhein-Westfalen	29. Juni 2002
Niedersachsen	21. August 2002
Hessen	14. September 2002
Bayern	28. November 2002
Nordrhein-Westfalen	09. Oktober 2004
Saarland	25. Oktober 2004
Rheinland-Pfalz	10. Mai 2005
Hamburg	26. April 2006
Baden-Württemberg	1. Juli 2006
Berlin	3. September 2006

6. d

Nach der Bekanntmachung des Beratungsthemas „Gesprächspsychotherapie“ im Bundesanzeiger haben neun der zum damaligen Zeitpunkt errichteten 11 Landespsychotherapeutenkammern gegenüber dem G-BA eine Stellungnahme abgegeben, in denen einhellig die Einbeziehung der GPT als Richtlinienverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien gefordert wurde.

6. e

Der **4. Deutsche Psychotherapeutentag** forderte am 9.Oktober 2004 in einer Entschließung

„noch in diesem Jahr die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten."

II. Zur Versorgungsrelevanz der Gesprächspsychotherapie in der psychotherapeutischen Versorgung

Die Versorgungsrelevanz der Gesprächspsychotherapie steht außer jedem Zweifel. Gesprächspsychotherapie wird seit Jahrzehnten sowohl ambulant als auch stationär in der Versorgung eingesetzt.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat zur Versorgungsrelevanz der Gesprächspsychotherapie ausgeführt:

> ***"Gesprächspsychotherapie wird seit langem in erheblichem Umfang zur stationären und ambulanten psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt. Das gilt in besonderem Maße für die neuen Bundesländer."***

(Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 1999, S. 4)

Die *effectiveness* der Gesprächspsychotherapie ist durch klinische Erfahrung umfassend belegt (vgl. u.a. die 78 Stellungnahmen von Kliniken, Wissenschaftlern, Praktikern und Verbänden, die dem G-BA zur Gesprächspsychotherapie eingereicht wurden). Allein das behauptete Fehlen von hochevidenten Wirksamkeitsnachweisen für einzelne Anwendungsbereiche, die der G-BA am 20.06.06 nach abgeschlossener Prüfung der Unterlagen zur Gesprächspsychotherapie definiert hat und die am 19.09.2006 in Kraft getreten sind, könnte keine Zweifel am Versorgungsnutzen des Verfahrens begründen.

1. Gesprächspsychotherapie in der ambulanten Versorgung

a.

Im Jahr 1987 war ausweislich der Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der von dem „Institut für freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg“ durchgeführten Studie zur Psychotherapie-Versorgung die Gesprächspsychotherapie das am häufigsten angewendete Verfahren:

Gesprächspsychotherapie	55 %
Tiefenps. fundierte Psychoth.	48 %
Verhaltenstherapie	48 %
Familientherapie	29 %
Gestalttherapie	28 %
Psychoanalyse	22 %

Im Kostenerstattungsverfahren wurde die Gesprächspsychotherapie von 55% der Behandler angewendet, aber auch im Rahmen des Delegationsverfahrens wurde die Gesprächspsychotherapie von 38 % der Behandler eingesetzt.

b.

In der DDR war die Gesprächspsychotherapie seit ca. 1970 zum wichtigsten Psychotherapieverfahren des staatlichen Gesundheitswesens geworden (finanziert

durch die Sozialversicherung). Deshalb wurden Fachpsychologen der Medizin mit Schwerpunktausbildung in Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Übergangsregelungen des PsychThG approbiert und sozialrechtlich zugelassen.
Mit der Einbeziehung der damaligen DDR in die Gesundheitsversorgung wurden die dort gewachsenen Strukturen der Gesundheitsversorgung aufgelöst.
An die in der DDR die Versorgung dominierenden Gesprächspsychotherapeuten erging am 20.08.1991 von dem damaligen Arbeitsausschuss Psychotherapie des Bundesausschusses der Hinweis:
"Für die Abrechnung als Einzelleistungen bieten sich unseres Erachtens die entsprechenden Nr. zur Abrechnung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie der Gebührenordnung an."

c.
Im Rahmen der TK-Regelung war die Gesprächspsychotherapie von 1983 bis 1998 über 15 Jahre Bestandteil der psychotherapeutischen GKV-Versichertenversorgung.

Mit Ergänzungen und Modifizierungen wurde die zwischen der Techniker-Krankenkasse und dem Berufsverband Deutscher Psychologen vereinbarte Regelung nahezu 20 Jahren praktiziert, bis das LSG NRW im Oktober 1996 der Klage der KBV gegen diese Regelung aus formalen Gründen statt gab.
Es kann mit Blick auf die Integration der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie in das Delegationsverfahren einerseits und die Repräsentanz der Gesprächspsychotherapie in der Versorgung im Jahre 1987 andererseits zulässig der Schluss gezogen werden, dass Gesprächspsychotherapie im Rahmen der TK-Regelung das am häufigsten angewandte Verfahren war.
Die Leistungserbringung in der TK-Regelung unterlag einem qualitätssichernden Gutachterverfahren.

d.
Die Gesprächspsychotherapie wurde 1993 in die Empfehlungsvereinbarung des Deutschen Psychotherapeuten-Verbandes (DPTV) mit den Bundesverbänden der Innungskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen neben den heutigen Richtlinienverfahren zur Versorgung der Kassen-Patienten aufgenommen.
Für die in diesem Rahmen erbrachten gesprächspsychotherapeutischen Leistungen waren fünf Gesprächspsychotherapeuten als Gutachter in die Qualitätssicherung einbezogen.
Die DPTV-Empfehlungsvereinbarung wurde aufgrund der Klage der KBV gegen die Technikerkasse durch das Urteil des LSG NRW/Oktober 1996 (nur) aus rechtlichen Gründen beendet.

2. Gesprächspsychotherapie in der stationären Versorgung

Verlässliche Angaben liegen mangels systematischer Erfassung nicht vor. Die in der Anlage 2 aufgeführten Angaben gründen auf kollegialem Erkenntnisgewinn, die Etablierung der Gesprächspsychotherapie in stationären Einrichtungen dürfte ungleich größer sein.

Sozialtherapie

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) anerkennt seit 1997 die Gesprächspsychotherapie als Psychotherapieverfahren zur Behandlung von Suchtkrankheiten:
Der VDR hat am 19.11.1997 nach erfolgter Prüfung das von der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie entwickelte Curriculum „Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert“ zur Anerkennung empfohlen.
Seit 1998 werden von der GwG regelmäßig Sozialtherapeuten zur Suchtkranken-Behandlung ausgebildet.

Gemeinsam haben der VDR und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA **Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)** weiterentwickelt. In dem **„**Kapitel 5.7 G- Psychotherapie“ wird das Psychotherapeutengesetz berücksichtigt.
Entsprechend ist dort – wie schon bisher - die Gesprächspsychotherapie sowohl Einzel- als auch als Gruppenpsychotherapie vorgesehen.

III. Vorliegende Qualifikationen in Gesprächspsychotherapie

1. Psychotherapeuten

a. Psychologische Psychotherapeuten

Nach den Unterlagen der GwG haben 3021 Personen die Gesprächspsychotherapie-Ausbildung nach den Richtlinien der GwG absolviert. Davon wurden 1.655 die Approbation als Psychologische PsychotherapeutInnen erteilt.
935 dieser Psychotherapeuten sind als Vertragspsychotherapeuten zugelassen.

b. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

308 Personen haben das Zertifikat Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen erworben. Davon wurden 91 als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten approbiert. Von diesen sind 43 vertragspsychotherapeutisch zugelassen.

Zur Qualität der Ausbildung wird auf die Feststellung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie im Gutachten vom 30.09.1999 hingewiesen:

> „**Von der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) ist seit Jahren ein differenziertes Ausbildungskonzept entwickelt worden, nach dem sowohl die theoretischen Grundlagen als auch das praktische therapeutische Vorgehen umfassend vermittelt werden. Dabei kann auf eine Großzahl von inzwischen erfahrenen Dozenten und Supervisoren zurückgegriffen werden."**

(Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 1999, S. 5)

2. Ärzte

Nach den Unterlagen der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) haben ca. 700 Ärzte eine Gesprächspsychotherapie-Qualifikation nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern erworben.
Nach den Richtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie haben 249 Ärzte das Gesprächspsychotherapie-Zertifikat erworben.

Insgesamt haben 3.578 Personen eine Ausbildung in klientenzentrierter Psychotherapie nach den Richtlinien der GwG abgeschlossen.
Voraussetzung zur Erlangung des Zertifikates ist der Nachweis von fünf erfolgreich abgeschlossenen Krankenbehandlungen.
Das bedeutet, dass alleine durch die Ausbildung mindestens 17.890 Krankenbehandlungen mit Gesprächspsychotherapie durchgeführt und abgeschlossen wurden.

IV. Ärztliches Weiterbildungsrecht

Die Gesprächspsychotherapie war in den Weiterbildungsordnungen aller Ärztekammern seit langem als sogenanntes Zweitverfahren eingeführt und wurde seit 1980 in den Weiterbildungen vermittelt und in der Praxis angewandt.
Seit 1995 erfolgte diese Weiterbildung vorwiegend im Rahmen der Facharztweiterbildung „Psychiatrie und Psychotherapie“.
Eine systematische Erfassung der Einrichtungen, an denen derzeit in GPT weitergebildet wird, liegt nicht vor. Deshalb werden auf der Grundlage kollegialer Mitteilungen nur beispielhaft folgende Kliniken benannt:

- Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, 44577 Castrop-Rauxel
- Hans-Prinzhorn-Klinik, 58675 Hemer
- Universitätsklinikum Erlangen, 91054 Erlangen
- Universität Regenburg, 93040 Regenburg
- Poliklinik Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters 04275 Leipzig
- Universitätsklinikum Halle, 06097 Halle
- Humboldt-Universität, 10099 Berlin
- Klinikum am Weissenhof, 74189 Weinsberg
- Rheinische Landeskliniken Bonn, 53111 Bonn
- Niedersächsisches Landeskrankenhaus Königslutter, 38154 Königslutter

An wenigstens 6 dieser Kliniken könnte sofort Gesprächspsychotherapie als Hauptverfahren für den Facharzt „Psychiatrie und Psychotherapie" und „Psychotherapeutische Medizin" vermittelt werden.

Mit der M-WBO der BÄK (2003) wurde die Gliederung der Weiterbildungen zur Psychotherapie in Hauptverfahren (die bisherigen RL) und Zweitverfahren aufgegeben. Die M-WBO kennt nur noch „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“. Damit ist die GPT Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung.
Wegen der bis heute nicht gegebenen Berufsausübungsperspektive (fehlende Aufnahme in die Psychotherapie-Vereinbarungen und den EBM) gibt es nach unserem Kenntnisstand derzeit noch keine ärztliche Weiterbildung mit dem Schwerpunkt GPT.
Der Bundesgesetzgeber hat die Psychotherapeutenausbildung als Ausbildung zur Krankenbehandlung mittels der wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren geregelt (§§ 1 Abs. 3, 8 Abs. 2 PsychThG; nach der Begründung zu 8 Abs. 2 f. PsychThG sollen bereits in der Ausbildung „Erfahrungen in der Krankenbehandlung“ gesammelt werden – Bundestagsdrucksache 13/8035). Gegenstand der Ausbildung und Gegenstand der Berufsausübung als Psychotherapeut können nur wissenschaftlich anerkannte Verfahren sein, die zur Krankenbehandlung geeignet sind.

Der 106. Deutsche Ärztetag (2003) hat gesetzeskonform in der (Muster-)Weiterbildungsordnung für die Bezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie die frühere Benennung der Richtlinienverfahren durch den Begriff „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ ersetzt.
Die strukturierte Weiterbildung im speziellen Psychotherapie-Teil der Weiterbildung in dem "Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie" sieht vor, dass "240 Therapie-Stunden mit Supervision nach jeder vierten Stunde in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren im gesamten Bereich psychischer Erkrankungen" zu erwerben ist.
Die Landesärztekammern haben inzwischen bundeseinheitlich die BÄK-M-WBO in Landeskammerrecht übernommen.
Die Landeskammer Rheinland-Pfalz hat als letzte LÄK die M-Weiterbildungsordnung übernommen; sie ist am 2. Juli 2006 in Kraft getreten.
Danach hat die Kassenärztliche Vereinigung nach abgeschlossener Weiterbildung die Arztregistereintragung auch dann vorzunehmen, wenn die Weiterbildung (§ 95a Abs. 1 Nr. 2 SGB V) in einem (noch) nicht vom Bundesausschuss, aber wissenschaftlich anerkannten Verfahren (Gesprächspsychotherapie) absolviert wurde; denn damit wird die Eintragungsvoraussetzung nach § 95 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB V durch Ärzte erfüllt.

Verfassungskonform (Art. 3 Abs. 1 GG, Art. 12 Abs. 1 GG) kann die zulassungsrechtliche Ungleichbehandlung von in Gesprächspsychotherapie weitergebildeten Ärzten und approbierten Gesprächspsychotherapeuten sowie der Umstand, dass gesprächspsychotherapeutisch qualifizierte Ärzte unter den weiteren Voraussetzungen Anspruch auf Zulassung als Vertragsarzt haben, aber u.U. keine Durchführungsgenehmigung für das Verfahren, in dem sie weitergebildet wurden (Gesprächspsychotherapie), erhalten können, nur dadurch gelöst werden, dass der Bundesausschuss gehalten ist, wissenschaftlich anerkannte Verfahren, die Vertiefungsgrundlage der Psychotherapeutenapprobation bzw. Hauptverfahren der ärztlichen Weiterbildung zur Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie sein können, ohne Weiteres als Richtlinienverfahren anzuerkennen.

Andernfalls würden gesetzlich geregelte und geschützte Befähigungsnachweise (Approbation, Gebietsbezeichnung) ohne Gesetzesgrundlage untergesetzlich statusschädlich entwertet. (Dies wäre nicht vergleichbar mit dem Sachverhalt, dass nicht alle einzelnen Leistungen, die berufsrechtlich erbracht werden dürfen, auch in der vertraglichen Versorgung erlaubt sind; denn damit sind keine statusschädlichen Auswirkungen verbunden.)

V. Zur Qualität in der derzeitigen vertraglichen Versorgung

Klinische Erfahrungen zeigen und empirische Effektivitätsstudien belegen, dass das vertragliche Versorgungsangebot unzureichend ist.
Durch verschiedene Untersuchungen seit 1994 (Grawe et al. 1994, Lambert et al., 2002) (Brockmann et al.) ist belegt, dass sich 45 % der Psychotherapiepatienten in einer Zweit- oder Drittbehandlung befinden (vgl. Brockmann et al., 2002).
Fast jeder 2. Psychotherapiepatient wird nicht erfolgreich behandelt:
Fast jeder 5. Patient bricht seine Behandlung erfolglos ab, jeder 4. Patient beendet seine Behandlung erfolglos oder gar mit einer Verschlechterung seiner Eingangssymptomatik.
Verlässliche Aussagen, wie viele dieser erfolglosen Patienten einen 2. Behandlungsversuch starten, liegen nicht vor.
Es ist also davon auszugehen, dass diesen Patienten keine angemessene Passung in dem Therapie-Angebot zur Verfügung stand.
Eine Untersuchung zu VT-Patienten (Jacobi, 2002) ergab, dass 23 % die Behandlung abbrachen. Unter diesen Abbrechern waren die Diagnosen Zwangsstörung mit 40-50 %, Agoraphobie mit 20-30 % und Soziale Phobie mit 30 % repräsentiert.

Die Ergebnisse zur qualitativ defizitären Versorgung werden durch die Ergebnisse aus der Versorgungsforschung bestätigt:
An einer Versorgungs-Untersuchung der Universität Göttingen im Jahr 2001 in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel (Schütte I, Peschken O., Friedrich H. ,2003) nahmen 42 % der zugelassenen Behandler teil.

Die wichtigsten Ergebnisse und Folgerungen der Autoren:

- Die RLV müssten ihr methodisches Vorgehen überprüfen und modifizieren, um den Versorgungsansprüchen gerecht zu werden.
- Die strenge Begrenzung der abrechnungsfähigen Richtlinien-Psychotherapie auf drei Verfahren bedeutet eine Verarmung der therapeutischen Praxis. Wesentliche vorhandene fachliche Ressourcen (vorhandene andere Qualifikationen der zugelassenen Behandler) werden nicht genutzt.
- Jeder 10. Patient lehnte die Aufnahme psychotherapeutischer Behandlung ab, weil die „persönliche Passung“ nicht gegeben war.
- Die Anerkennung weiterer psychotherapeutischer Verfahren aus dem humanistischen, erlebnisorientierten und systemischen Bereich ist eine folgerichtige Forderung aus der Untersuchung und eine Notwendigkeit, wenn die Patientenversorgung verbessert werden soll.

In diesem Zusammenhang kommen den Versorgungsstudien von Frohburg und Eckert/Frohburg/Kriz (s. Seite 78-82) - die von der AG/TG GPT unberücksichtigt geblieben sind - besondere Bedeutung zu. Sie belegen, dass Patienten, die mit einem Richtlinienverfahren erfolglos behandelt worden waren, mit Gesprächspsychotherapie erfolgreich behandelt werden konnten.

VI. Zur Entwicklung/Differenzierung der GPT

Wie alle Psychotherapieverfahren hat sich die Gesprächspsychotherapie durch Erfahrungswissen und fortlaufende Prozessforschung konzeptionell weiterentwickelt und methodisch ausgeformt.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat darauf hingewiesen, dass der von Carl Rogers formulierte Ansatz im Laufe der Jahre weiterentwickelt und differenziert worden ist:

> ***"Neben dem klassischen Vorgehen entstanden Ansätze, bei denen der Therapeut stärker den therapeutischen Prozess steuert, um spezifische Therapieziele zu fördern bzw. um den Besonderheiten einzelner Störungen oder einzelner Patienten gerecht zu werden.***
> ***Dazu werden zum Teil auch zusätzliche therapeutische Methoden zur Erweiterung der "Selbstexploration" oder der Erlebnisfähigkeit des Patienten eingesetzt***
> ***Die Gesprächspsychotherapie ist demnach heute zwar im wesentlichen ein einheitlicher therapeutischer Ansatz, aber mit unterschiedlichen Ausprägungsformen."***

(Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 1999, S.1 f.)

Zu diesen die Gesprächspsychotherapie erweiternden Ansätzen gehören erlebnisaktivierende Modifikationen [z.B. das Focusing nach Gendlin (1996) oder die Experienzielle Psychotherapie (vgl. Greenberg et al., 1998)], die stärker zielorientierte Vorgehensweise nach Sachse (1992) und das differenzielle Inkongruenzmodell nach Speierer (1994).
Die GPT-Verbände haben in ihren Dokumentationen Oktober 2002 und - auf ausdrückliche Anfrage des Unterausschusses Psychotherapie zu den Ausprägungsformen der Gesprächspsychotherapie - in ihrer Dokumentation März 2004 diese Ausformungen benannt und auch beschrieben.

Die Beschlussempfehlung des Unterausschusses Psychotherapie hat die Gesprächspsychotherapie dagegen auf eine so genannte "klassische Gesprächspsychotherapie" reduziert und mit dieser subjektiven Sichtweise eine größere Zahl von Nutzennachweisen ausgeschlossen.
Die Gesprächspsychotherapie-Fachverbände sehen darin

- nicht nur einen Eingriff in die autonome Verfahrensdefinition der Vertreter dieses Psychotherapieverfahrens durch ein dafür nicht kompetentes Gremium (Verwaltungsangestellte und Berufspraktiker anderer, ggf. konkurrierender Verfahrens-Vertreter)
- sondern auch eine wissenschaftsfeindliche Zensur notwendiger und gleichermaßen zu fordernder wie zu fördernder konzeptioneller Weiterentwicklung (s. auch Ausschluss der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie; S. 64-68).

VII. Verbesserung der Versorgung durch Erweiterung der Wahlmöglichkeiten

1.

Zahlreiche Meta-Analysen sind zu dem Ergebnis gekommen, dass sich die verschiedenen Psychotherapieverfahren in ihrer generellen (mittleren) Wirksamkeit nicht wesentlich unterscheiden [vgl. z.B. Ergebnisse der Metaanalysen von Luborsky, Singer & Luborsky (1975), Smith & Glass (1977), Elliott (2002) sowie der Vergleich von Psychoanalyse- und Gesprächspsychotherapie-Ergebnissen im Vanderbilt-Projekt von Strupp (1993)]. Das heißt zugleich im Hinblick auf die Frage nach einer methodenspezifischen differentiellen Indikation:

Es gibt keine psychische Störung, die ausschließlich mit einem spezifischen psychotherapeutischen Verfahren erfolgreich zu behandeln ist.

Untersuchungen haben gezeigt, dass indikationskompetente Überweiser - z.B. Ärzte -- bei gegebener Wahlmöglichkeit 47% (vgl. Eckert et al., 1977) , 25% (vgl. Blaser, 1977) bzw. 30% (vgl. Frohburg, 1995) der psychotherapieindizierten Patienten in eine Gesprächspsychotherapie überweisen würden. Überweiser sehen also im Einsatz der Gesprächspsychotherapie eine Erweiterung des Indikationsrahmens und/oder damit in Zusammenhang eine Verbesserung der Prognose.

2.

Patienten mit ein und derselben Störung, die auf das gesprächspsychotherapeutische Behandlungsmodell besser ansprechen als auf andere Behandlungsverfahren, haben in einer Gesprächspsychotherapie auch einen bessere Prognose.
Klinische Erfahrungen und Studien (vgl. Zielke, 1979) haben gezeigt, dass Gesprächspsychotherapie besser als andere Verfahren geeignet ist für

- schwer gestörte Patienten mit wechselnden somatischen Beschwerden
- Patienten mit diffus erlebten Symptomen von Angst und Depression.
- extravertierte Patienten
- Patienten mit geringem Selbstbewußtsein und sozialen Rückzugstendenzen
- Patienten mit starken Autonomiewünschen und hoher Reaktanzbereitschaft

Dieses differentielle Indikationskriterium ist eines der wenigen, das wiederholt empirisch gesichert werden konnte (vgl. Grawe et al., 1990; Grawe, 1992; Beutler et al., 1991; Figge & Schwab, 1997).

3.

Der Behandlungserfolg hängt nicht allein vom eingesetzten Verfahren ab, sondern von der Stimmigkeit der vier Passungen: Patient und Therapeut, Therapeut und Erkrankung des Patienten, Patient und Behandlungsmodell des Therapeuten sowie Behandlungsmodell und Erkrankung des Patienten (vgl. Orlinsky, 1994).
Eine Erweiterung der Wahlmöglichkeit um die Gesprächspsychotherapie kann die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung insofern verbessern, als Patienten und Patientinnen durch mehr und bessere Möglichkeiten, die für sie wirksame "Passung" zu finden, größere Heilungschancen haben.
Die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie kann dementsprechend dazu

beitragen, die ökonomisch relevante Quote der Fehlindikationen mit einem Anteil von etwa 45 % und den Anteil von Mehrfachbehandlungen zu senken (vgl. S. 20).

4.
Ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten, die eine Psychotherapie benötigen und suchen, weist weder eine umschriebene Symptomatik mit identifizierbaren Auslösern bzw. Verstärkern noch einen erkennbaren inneren Konflikt auf. Für diese Patienten halten Experten eine Gesprächspsychotherapie für geeigneter als eine verhaltenstherapeutische bzw. tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (vgl. Blaser, 1977).
Patienten, die aufgrund ihrer Persönlichkeitseigenschaften und der Art ihrer psychischen Erlebnisverarbeitung der spezifischen Gesprächspsychotherapie-Kompetenzen bedürfen und/oder auf das therapeutische Angebot der Gesprächspsychotherapie im Verhältnis zu anderen Verfahren besser ansprechen, können psychotherapeutisch mehr profitieren. So können erfolglose Behandlungen und drohende chronifizierende Effekte vermieden werden:
Klinische Erfahrungen zeigen, dass sich für die Gesprächspsychotherapie eine Indikation auch bei solchen Patienten ergibt, die einerseits nicht für ein systematisches Training im Rahmen einer Verhaltenstherapie zu gewinnen sind, die aber andererseits für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine zu hohe Abwehr haben.

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

Die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in die vertragliche Regelversorgung wird dazu beitragen, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Effektivität bzw. Effizienz zu erhöhen.
Das entspricht dem gesetzlichen Berücksichtigungsgebot der Vielfalt der Leistungserbringer gemäß § 2 Abs. 3 SGB V und berücksichtigt sowohl die individuellen Bedürfnisse psychisch Kranker (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V) als auch ökonomische Interessen: Durch die Vermeidung von Fehl- und Doppelbehandlungen bietet sich für die Regelversorgung die Chance finanzieller Einsparungen.
Die erweiterte Wahlmöglichkeit für Patienten, Therapeuten und Überweiser ist für die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung von essentieller Bedeutung (vgl. Seligman, 1995).

C.

Ablauf der Beschlussfassungsvorbereitung zur Gesprächspsychotherapie

I. Überblick

II. Zur Bewertungspraxis der AG/TG GPT des Unterausschusses Psychotherapie

C. Ablauf der Beschlussfassungsvorbereitung zur GPT

Vorbemerkung:

Zur Ausübung von Psychotherapie durch Psychotherapeuten hat der Gesetzgeber die Anwendung nur wissenschaftlich anerkannter Verfahren vorgeschrieben.

> „Für die vertragspsychotherapeutische Versorgung stehen somit keine Psychotherapeuten zur Verfügung, die eine Qualifikation in anderen als wissenschaftlich anerkannten Verfahren haben." (G-BA, Tragende Gründe zum Beschluss vom 20.6.2006, S. 7)

Ob der G-BA sich durch eigene Bewertungen über die wissenschaftliche Anerkanntheit hinwegsetzen und damit bestimmten Psychotherapeutengruppen (Gesprächspsychotherapeuten) die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit versperren darf, ist strittig. Die Aufsichtsbehörde BMG teilt zwar die G-BA-Auffassung hinsichtlich eines eigenen Prüfungsrechtes, ist aber der Meinung, dass die Entscheidungskriterien gewährleisten müssen, dass kein unverhältnismäßiger Eingriff in die Berufsfreiheit erfolgen darf. Faktisch kommt der Ausschluss eines wissenschaftlichen anerkannten Verfahrens aus der Richtlinienpsychotherapie nicht in Betracht, weil die Eignung dieser Verfahren zumindest auf der Evidenzstufe der durch wissenschaftliche Studien begründeten Expertenmeinungen feststeht und die betroffenen Psychotherapeuten entspr. den gesetzlichen Vorgaben und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in dem gesamten Psychotherapie-Indikationsspektrum ausgebildet werden .

I. Überblick

1.
Auf Initiative der Psychotherapeutenkammern NRW und Baden-Württemberg vom Juli 2002 wurde im November 2002 die Gesprächspsychotherapie-Beratung, die 1997 ohne Bundesausschuss-Beschluss eingestellt worden war, von Amts wegen wieder aufgenommen.

2.
Auf Aufforderung des Bundesausschusses hatten die GPT-Fachverbände im Oktober 2002 gemäß dem ihnen zu diesem Zweck übersandten Fragenkatalog des Arbeitsauschusses Psychotherapie-Richtlinien vom 14.06. 2000 eine umfangreiche Dokumentation vorgelegt.

3.
Im Juli 2003 wurde die Beratung - erneut ohne Bundesausschuss-Beschluss – mit der Begründung wieder eingestellt, es sei ein Antrag einer nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V antragsberechtigten Organisation erforderlich. Die bisherigen Beratungen wurden als „Vorprüfung“ bezeichnet.
Im August 2003 stellte die KBV einen Antrag. Im September 2003 beschloss auch die KV Bayerns eine Antragstellung.

4.
Im Februar 2004 wurde in Ergänzung der seit Oktober 2002 vorliegenden GPT-Verbände-Antworten zum Arbeitsausschuss-Fragenkatalog von Juni 2000 gefordert, den „Zusatznutzen“ der Gesprächspsychotherapie gegenüber der etablierten Richtlinienpsychotherapie zu belegen und die GPT-Anwendungsformen darzustellen.
Die GPT-Fachverbände legten die Antworten am 08. März 2004 vor.

5.
Am 17. März 2004 trug der Unterausschuss der Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie auf, einen Gesprächspsychotherapie-Sachverständigen an der Bewertung zu beteiligen. Im Juli 2004 wurden die GPT-Verbände dann aufgefordert, einen GPT-Experten für die Teilnahme an der Bewertung im Zeitraum August bis Dezember 2004 zu benennen. Der GPT-Sachverständige wurde erstmals zum 7.12.2004 zur Teilnahme eingeladen.

6.
Im April 2004 wurde die „entsprechende“ Anwendung der BUB-Richtlinie auf die Gesprächspsychotherapie-Bewertung durch Richtlinienbeschluss vorgegeben, in Kraft getreten am 16.07. 2004. Damit wurde nachträglich die rechtliche Grundlage für das 10 Monate vorher behauptete Antragserfordernis (s. unter 2.) geschaffen. (Die BUB-RL wurde im Januar 2006 in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ überführt, worin für das Bewertungsverfahren auf Abschnitt C der Verfahrensordnung verwiesen wird.)

7.
Im Oktober 2004 wurde das Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ im Bundesanzeiger bekannt gegeben und ein Fragenkatalog für Stellungnahmen verschickt, der auf Nachweise zum „Zusatznutzen“ und zur „Überlegenheit“ der Gesprächspsychotherapie über die Richtlinienverfahren abstellte.
Gegenüber dem wiederholt drängenden BMGS wurde ein Beschluss zur GPT für das 2. Quartal 2005 angekündigt.

8.

Im Dezember 2004 wurde das Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ auf die diagnosenbezogene Bewertung der Gesprächspsychotherapie in 4 von 20 der den Psychotherapie-Richtlinien fremden WBP-„Anwendungsbereiche“ reduziert.
Mit dieser Einschränkung war ein positiver Beschluss zur Aufnahme der GPT als Richtlinienverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien a priori ausgeschlossen.

9.
Im Juni 2005 wurde die Gesprächspsychotherapie-Beratung - statt sie in Anwendung der geltenden Psychotherapie-Richtlinien Abschnitt A auf die Diagnose „seelische Krankheit“ oder auf die drei Anwendungsbereiche nach Abschnitt D Psychotherapie-Richtlinien zu erstrecken - von 4 auf 7 der 20 WBP-„Anwendungsbereiche“ ausgeweitet.
Das wurde mit dem BMGS-Hinweis vom Februar 2005 begründet, WBP-Äußerungen hätten keine (!) sozialrechtliche Tatbestandswirkung.

Im G-BA-Newsletter Juli 2005 wurde der Abschluss der GPT-Bewertung für Anfang 2006 angekündigt.

10.
Im Oktober 2005 wurde die Gesprächspsychotherapie durch § 8 Abs. 1 der G-BA-Verfahrensordnung den ärztlichen Behandlungsmethoden untergeordnet. Die Arbeitsgruppe wurde zur Themengruppe Gesprächspsychotherapie erweitert (Zuladung der Krankenhausvertretung).

11.
In einer Verhandlung vor dem LSG Baden-Württemberg am 2. November 2005 erläuterte der Senatsvorsitzende mit Blick auf die Vertreter des „notwendig beigeladenen“ G-BA: Der Kläger, ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, dessen Approbation auf der Qualifikation in der Gesprächspsychotherapie beruht, habe aus Art. 12 GG (Berufsfreiheit) und Art. 3 GG (Gleichbehandlung) Anspruch auf Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung.
Die anwesenden Vertreter des notwendig beigeladenen G-BA erklärten, dass ein Beschluss zur Gesprächspsychotherapie im Jahr 2006 erfolgen werde.

12.
Am 9. November 2005 wurde dem Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer aber erklärt, dass keine rechtssichere Grundlage für einen Beschluss zur Gesprächspsychotherapie bestehe.

13
Im Dezember 2005 wurde Anfragenden mitgeteilt, das ein Termin für die Beschlussfassung nicht absehbar sei.

14.
Im Januar 2006 wurden erneut 4 „vom WBP anerkannte“ Anwendungsbereiche den Beratungen zur Gesprächspsychotherapie zugrunde gelegt; als Lösungsansatz für die Aufnahme in die Richtlinien wurde das Kriterium „Versorgungsrelevanz“ erarbeitet.

15.
Im Februar 2006 wurde ohne Inaussichtstellung eines Beschlusstermins im G-BA-Newsletter 1/2006 mitgeteilt, die Gesprächspsychotherapie-Bewertung werde fortgesetzt. Außerdem habe der Unterausschuss die Kriterien der Psychotherapie-Richtlinien zur Anerkennung neuer Verfahren an die Bestimmungen der Verfahrensordnung anzupassen.

16.
Im März 2006 hat die Themengruppe GPT die Bewertung der „systematisch recherchierten“ Unterlagen zur GPT abgeschlossen. In diesem Zusammenhang wurden vom Unterausschuss Psychotherapie zur Abänderung der drei Anwendungsbereiche nach Abschnitt D Psychotherapie-Richtlinien 9 Anwendungsbereiche konsentiert; nur die ersten 3 der künftig 9 Anwendungsbereiche sollten „versorgungsrelevant“ und deshalb maßgebend sein. Bei mangelnder „Versorgungsrelevanz“ sollte die Gesprächspsychotherapie nicht als „Verfahren“ anerkannt, sondern als „Methode“ der etablierten Richtlinienverfahren erlaubt werden können, so dass qualifizierten Gesprächspsychotherapeuten die Vertragspsychotherapeutentätigkeit versperrt bleibt.
Welche Beweise der „Versorgungsrelevanz“ als ausreichend angesehen werden, sollte „von Fall zu Fall“ bestimmt werden. Welche Ergebnisse die Themengruppe GPT erzielt hatte, wurde zwar geheimgehalten. Der KBV-Vorsitzende Köhler hatte aber bereits öffentlich erklärt, nach Auskunft aus dem G-BA sei die Studienlage für eine Anerkennung der GPT als Richtlinienverfahren nicht ausreichend.

17
Im April 2006 wurde die Anforderung von Zusatznutzennachweisen für die Gesprächspsychotherapie vom Februar und Oktober 2004 durch den G-BA-Vorsitzenden auf einem BPtK-Symposium unter Hinweis auf Art. 3 GG aufgegeben.

18.
Am 20.06.2006 beschloss der G-BA die Änderung der Psychotherapie-Richtlinien durch die Einführung des Kriteriums „Versorgungsrelevanz“ zur Bewertung der Gesprächspsychotherapie, wobei er sich über die rechtlichen und fachlichen Einwände der BPtK hinweg setzte.

19.
Am 9.8.2006 trug die Themengruppe GPT dem Unterausschuss Psychotherapie das Ergebnis der GPT-Bewertung vor. Danach wurde nur eine einzige Studie (aus Großbritannien) als Beleg für den Nutzen der GPT gefunden.

20.
Am 15.08.2006 hat das BMG den Richtlinien-Beschluss vom 20.6.2006 in seinen wesentlichen Bestimmungen, insbesondere das Kriterium „Versorgungsrelevanz“, als ungesetzlich und unverhältnismäßig beanstandet. Das BMG geht davon, dass die Beschlussfassung zur Gesprächspsychotherapie auf der Grundlage der gültigen Richtlinien erfolgen kann.

21.
Am 6.9.06 verabschiedete der Unterausschuss eine Beschlussvorlage zur GPT auf Grundlagen, die nicht in Kraft sind (Abschnitt D der PT-R sowie darauf bezogene indikationsbezogene Bewertung). Der Hinweis des BMG in dem Beanstandungsschreiben vom 15.08.06 auf die gültigen Psychotherapie-Richtlinien für die Beschlussfassung zur GPT wird vom Unterausschuss in Teilen verworfen: Zur Prüfung der GPT werde nicht auf Abschnitt B I. 3.3 der (gültigen) Psychotherapie-Richtlinien abgestellt, sondern auf die §§ 17 und 20 der VerfO.

II. Zur Bewertungspraxis der AG/TG GPT des Unterausschusses

1.
Die AG/TG Gesprächspsychotherapie hat ihre Arbeit nicht auf der rechtlichen Grundlage der maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinien durchgeführt, sondern hat die zu anderen Zwecken definierten Anwendungsbereiche und Kriterien des WBP zugrunde gelegt .

2.
Die AG/TG GPT hat Dokumente und Hinweise der GPT-Verbände ignoriert.

Die GPT-Fachverbände waren im Februar 2004 aufgefordert worden, die Gesprächspsychotherapie in ihren Anwendungsformen zu beschreiben und GPT-Effektivitätsstudien zu dokumentieren.

a. Die AG/TG hat sich über diese vorgelegte Definition des Verfahrens und seiner methodischen Ausprägungen hinweggesetzt und im Bewertungsverfahren eine Vielzahl von Studien zurückgewiesen, weil „keine GPT“ zur Anwendung gekommen oder es „strittig“ sei, ob es sich um GPT handele.

b. Die GPT-Fachverbände legten mit dieser Dokumentation 79 Studien vor. 31 dieser Studien (40%) wurden aus unbekannten Gründen nicht in die Bewertung einbezogen.

Die Funktion der förmlichen Anfrage vom Februar 2004 an die GPT-Verbände bleibt damit im Dunkeln.

3.

Studien, die auch anhand der Kriterien der AG/TG durchgängig positiv bewertet worden waren, wurden dann aus unbekannten Gründen nicht zum Nutzen-Nachweis für die GPT aufgenommen.

4.

Studien wurden durch einzelheitliche Bewertung und durch kritische Anmerkung methodischer Mängel ausgeschlossen, die bei synoptischer Betrachtung mit Parallel-Studien zu dem Ergebnis geführt hätten, dass auch bei strenger Bewertung der Nutzennachweis für die GPT vorliegt.

5.

Studien aus der stationären Versorgung wurden generell ausgeschlossen, weil sie wegen der „Komplexbehandlung“ in stationären Einrichtungen keine Aussage über die Wirksamkeit des GPT zulassen. Das steht im Widerspruch zur Aufgabe der Themengruppe, eine sektorenübergreifende Bewertung vorzunehmen.
Im Übrigen würde in der Konsequenz solcher Betrachtung Psychotherapie generell aus der stationären Versorgung herausgenommen werden müssen.

Bekannt ist auch, dass Studien zur Psychotherapie in der ambulanten Versorgung für alle Psychotherapieverfahren auf große Schwierigkeiten stoßen und deshalb kaum durchgeführt werden können.

Vom Wissenschaftlichen Beirat wird in seinem
„Entwurf des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) eines Forschungskonzepts für das Förderprojekt „ Psychotherapie“ für das BMBF
(Stand 30.10.2003)“
ganz allgemein das Fehlen sogenannter naturalistischer Studien aus der ambulanten Versorgung beklagt:

> **„Psychotherapieforschung in Allgemeinarztpraxen oder in Praxen niedergelassener ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeuten findet nur in seltenen Ausnahmefällen und an wenigen Instituten statt.“**

6.

Die AG/TG hat die in der VerfO vorgesehenen Nachweise über das Spektrum der Evidenzstufen unberücksichtigt gelassen.

7.

Die AG/TG GPT des G-BA hat die Bewertung der Gesprächspsychotherapie nach dem Muster der symptomspezifischen Bewertung medizinischer Arzneien und

Behandlungsmethoden vorgenommen und dazu die Psychotherapie in Symptomgruppen zerlegt.
Der G-BA ignoriert den internationalen Stand von Wissenschaft und Forschung. Er setzt an dessen Stelle Maßstäbe, die für die Evaluation von Psychotherapie wegen des komplexen Gegenstandes „seelische Krankheit“ nicht realisierbar sind.
Auf dieser Grundlage hat der G-BA die Ergebnisse renommierter Psychotherapie-Forscher und Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Publikationen, deren Qualität und Stichhaltigkeit durch die wissenschaftlichen Beiräte der Zeitschriften begutachtet wurden, ignoriert und durch die sachwidrige Übertragung von Anforderungen aus der Pharmaforschung disqualifiziert.
Es werden Anforderungen an Psychotherapiestudien gestellt, die bis heute aus mannigfaltigen fachlichen, ethischen, rechtlichen oder finanziellen Gründen jedenfalls nicht im Gesamtspektrum der Psychotherapieindikation realisiert werden können, weil die Beforschung von Psychotherapie andere Probleme aufwirft, als zum Beispiel die Beforschung der Wirksamkeit eines Medikaments.

8.
Die WBP-Äußerungen zur Gesprächspsychotherapie wurden vom Unterausschuss abwechselnd berücksichtigt und verworfen.
Soweit WBP-Äußerungen als geeignet erschienen, zu einer ablehnenden Bewertung beizutragen (z.B. die Falsch-Interpretation, GPT sei nur in 4 Anwendungsbereichen „anerkannt“; s.u.), wurde auf den WBP Bezug genommen und eine Tatbestandswirkung für die Unterausschuss-Bewertung unterstellt.
Soweit die WBP Äußerungen die Anerkennung der GPT stützen könnten (z.B.: GPT zur vertieften Ausbildung im Gesamtspektrum der Psychotherapie empfohlen; Wirksamkeit der GPT ist nachgewiesen; s.u.), wurden sie mit dem Argument verworfen, WBP-Äußerungen käme keine Tatbestandswirkung für den G-BA zu.

Hintergrund:
Der WBP hatte für seine Zwecke die Psychotherapie in Anwendungsbereiche gegliedert und zur Vorbereitung der Empfehlungen an die Landesbehörden intern ein „Schwellenkriterium" für Empfehlungen von Psychotherapieverfahren zur vertieften Ausbildung definiert, bei dessen Erreichen von dem WBP, wie die vormalig alternierenden WBP-Vorsitzenden Hoffmann und Margraf im Schreiben vom 15.1.2006 erläuterten,

> „*auf eine ausreichend gesicherte Generalität der Wirkung geschlossen und deshalb in dem einen positiv geprüften Fall (*dieser eine Fall ist die Gesprächspsychotherapie) *die Zulassung zur allgemeinen Ausbildung empfohlen*“

wurde.
Weiter schrieben Hoffmann und Margraf:

> „*Wir verbinden mit diesem Schreiben die Erwartung, das bei den Ministerien, Gesundheitsbehörden, Selbstverwaltungskörperschaften und Krankenkassen*

in Deutschland offensichtlich entstandene Missverständnis aufzulösen, der als Arbeitsinstrument dienende simplifizierte Katalog sei an sich ein geeignetes Instrument und werde als solches vom WBP empfohlen, um Psychotherapieverfahren in Teilbereiche aufzulösen und diese jeweils als wissenschaftlich zu bestätigen oder zu verwerfen.“

(Prof. Dr. S. O. Hoffmann, Hamburg/Prof. Dr. J. Margraf, Basel; Vorsitzende des WBP von 1998 – 2003; 15.01.2006)

Trotz dieser Klarstellung und vorhergehender schriftlicher Hinweise des GPT-Sachverständigen Eckert - der gleichzeitig Mitglied des WBP ist - hielt die AG/TG Gesprächspsychotherapie daran fest, der WBP habe die Gesprächspsychotherapie (nur) in den vier Anwendungsbereichen „anerkannt“, mit denen das WBP-Schwellenkriterium erfüllt war.

Andererseits bestreitet er dessen Ergebnisse und kommt zu dem Prüfergebnis, keine der von dem WBP seiner Entscheidung zugrunde gelegten Studien belege die Eignung der GPT.

Zum konkreten Ablauf der Bewertungsarbeit des Unterausschusses

bzw. der von ihm eingerichteten AG/TG Gesprächspsychotherapie, soweit er den GPT-Fachverbänden bekannt wurde:

1.
Der Unterausschuss Psychotherapie hatte auf Drängen der Patientenvertreter am 17.03.04 beschlossen, einen GPT-Sachverständigen beizuziehen. Der von den Gesprächspsychotherapie-Verbänden benannte Sachverständige Prof. Eckert wurde erstmals an der Sitzung 07.12.04 beteiligt.
In einer vorhergehenden Sitzung bzw. in einer informellen Zusammenkunft am 29.11.04 in Berlin waren Kriterien zum Ausschluss von Studien und Literatur aus der Bewertung definiert worden, für deren Bestimmung die Kompetenz des GPT-Sachverständigen erforderlich gewesen wäre.

2.
Der GPT-Sachverständige wurde am 7.12.2004 u.a. damit konfrontiert, dass die AG sich darauf verständigt hatte
„Die Wirksamkeit der GPT ist laut Gutachten des WBPT nur in den Indikationsbereichen

- affektive Störungen,
- Angststörungen,
- Belastungsstörungen und
- Anpassungsstörungen

nachgewiesen.“

Damit hatte die AG GPT die willkürliche Vorentscheidung getroffen, die Gesprächspsychotherapie nicht als neues Richtlinienverfahren zu überprüfen. Einen Tag später, am 8.12.2004, wurde diese Vorentscheidung vom Unterausschuss übernommen.
Für die von vornherein auf Teilbereiche der Psychotherapieindikation beschränkte Bewertung sollten nur solche Studien aufgenommen werden, die Aussagen darüber zulassen, wie sich der Nutzen der GPT im Vergleich zu den etablierten Richtlinienverfahren darstellt („Vergleichsstudie"). Studien aus der stationären Versorgung sowie mit unter 18-jährigen Patienten wurden in toto ausgeschlossen.
Viele der insbesondere von den GPT-Verbänden benannten Studien blieben unberücksichtigt. Nur zufällig sind einige dieser Studien auch in der von dem Unterausschuss getroffenen Studienauswahl enthalten.
Die GPT-Fachverbände hatten in ihren Dokumentationen Oktober 2002/März 2004 und November 2004 neben weit über Tausend Literaturangaben (Übersichtarbeiten, Forschungsergebnisse, Falldarstellungen usw.) unter anderem 79 Effektivitätsstudien dokumentiert. 31 dieser Studien wurden nicht in die Auswahl und Bewertung der AG/TG GPT aufgenommen.
Umgekehrt hat die AG/TG GPT 154 Studien bewertet, unter denen sich 106 „Studien“ befanden, die nicht von den GPT-Fachverbänden vorgelegt worden waren. Ein großer Teil dieser 106 Studien war für die Bewertung der GPT ohne Relevanz. Zu diesen „Studien“ gehört u.a. eine Kurz-Nachricht des WBP an die GwG vom 24.05.2002.
Auf dieser Grundlage wurden Informationen verbreitet, die Studienlage zur GPT sei miserabel.

3.
Die nach der Bekanntmachung des Beratungsthemas Gesprächspsychotherapie im Bundesanzeiger bis Ende November 2004 eingegangenen 79 Stellungnahmen wurden nicht der Bewertung zugrunde gelegt. Sondern sie wurden zu Literaturlisten umgedeutet, aus denen einzelne Literaturangaben zusätzlich zu den Datenbank-Rechercheergebnissen berücksichtigt wurden.

4.
Der GPT-Sachverständige hatte sich wegen des nach seiner Auffassung sach- und verfahrensrechtswidrigen Bewertungsvorgehens durch Schreiben vom 10.01.05 mit konkreten Fragen und Hinweisen an den Vorsitzenden des Unterausschusses Psychotherapie gewandt. Alle Einwendungen wurden vom Referenten des Unterausschusses am 27.1.05 zurückgewiesen. Es wurde vielmehr mitgeteilt, dass es in der Folge der GPT-Bewertung zu einer "indikationsbezogenen Zulassung von Gesprächspsychotherapeuten“ kommen könne.

(Für eine "indikationsbezogene Zulassung" von Psychotherapeuten gibt es keine rechtliche Grundlage. Sie wäre vergleichbar dem Vorhaben, einen Internisten nur zur Milz-Behandlung zulassen zu wollen.)

5.

In einem Beratungsgespräch am 03.02.2005 im BMG wurden der G-BA und der Unterausschuss Psychotherapie darauf hingewiesen, dass die Äußerungen des WBP "keine Tatbestandswirkung" für den G-BA haben, die Äußerungen des WBP viel mehr als "Dokumente unter vielen" zu werten seien (eine Auffassung, die auch das G-BA-Justiziariat nachdrücklich vertritt, die aber vom Unterausschuss ignoriert wurde).
Der Unterausschuss nahm die mündlichen BMG-Hinweise vom 3.2.2005 nicht auf, sondern beharrte auf einer schriftlichen BMG-Äußerung, die dann am 15.4.05 erfolgte.

6.
Die AG GPT hat die vom WBP in seinem Gutachten zu Grunde gelegten Studien zu dem Bereich affektive Störungen verworfen, weil diese Studien nicht der Gesprächspsychotherapie zugeordnet werden könnten.

Die AG GPT beschloss - abweichend von den geltenden Psychotherapierichtlinien - die Sortierung der GPT-Studien an den Kategorien der ICD-10 zu orientieren.
Damit wurde vordergründig die Bezugnahme auf die WBP-Anwendungsbereiche aufgegeben, in der Sache aber lediglich das WBP-Vorgehen trotz fehlender Rechtsgrundlage übernommen. Mit dieser nachträglichen und eigenständigen „Anpassung“ an die WBP-Anwendungsbereiche sollte offenbar der Vorhaltung begegnet werden, die AG/TG habe sich zu Unrecht nach den WBP-Anwendungsbereichen gerichtet.
Die Gliederung der Richtlinien-Psychotherapie durch ICD-10-orientierte Anwendungsbreiche wurde vom G-BA erst mit Beschluss vom 20.6.06 geschaffen.
Sie soll maßgebend sein für die „indikationsbezogene Bewertung“ von Psychotherapieverfahren.
Damit wurden während des Beratungsverlaufs zur Gesprächpsychotherapie zum wiederholten Mal für die Bewertung bedeutsame untergesetzliche Normen nachträglich geändert.

7.
Das BMG hatte am 15.04.2005 in der Folge des Beratungsgesprächs schriftlich bekräftigt, dass die Äußerungen des WBP für den G-BA keine Tatbestandswirkung entfalten.
Die AG GPT nahm das zum Anlass, die Prämisse aufzugeben, die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie sei in vier Anwendungsbereichen gegeben.
Die Ausschlussgründe für zu bewertende Studien wurden geändert; unter anderem blieben aber Studien zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und wissenschaftliche Arbeiten ohne eigenes empirisches Material systematisch ausgeschlossen (vgl. dagegen BMG-Beanstandungsschreiben 15.08.06, in dem auf die Relevanz von Expertenmeinungen gem. den VerfO-Vorgaben hingewiesen wurde).
Bisher ausgeschlossene Studien aus der stationären Versorgung wurden jetzt berücksichtigt, in den zusammenfassenden Bewertungen aber mit der Begründung

ausgeschlossen, sie ließen keine Aussagen für die ambulante Versorgung zu (vgl. aber B I. 3.2 Psychotherapie-Richtlinien).

Wiederholt haben sowohl der ständige GPT-Sachverständige Prof. Eckert als auch sein Vertreter Prof. Dr. Teusch mündlich und schriftlich auf die sachwidrige Bewertung im Einzelnen hingewiesen. Das BMG ist darüber informiert.
Da alle sachverständigen Hinweise zurückgewiesen wurden und unberücksichtigt blieben, hatte sich Prof. Eckert dann im April 2006 entschlossen, seine Mitarbeit als Sachverständiger zu beenden, weil er sich für die Arbeit der Themengruppe nicht in Anspruch nehmen lassen wollte.

Die vorstehende Kritik wird unter den Abschnitten E. I. und E. II. dieser Dokumentation belegt.

D.

Nachweise zum Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die ambulante psychotherapeutische Versorgung über das Spektrum der Psychotherapieindikation

Vorbemerkungen

Die Auswahl der Studien erfolgte über das Spektrum der Psychotherapieindikation, wie es in Abschnitt D der zur Zeit der Verabschiedung der Beschlussempfehlung geltenden Psychotherapie-Richtlinien beschrieben ist.

Mit Bezug auf das genannte Auswahlkriterium werden Meta-Analysen und zusammenfassende Darstellungen zu (komparativen) Effektivitätsuntersuchungen nicht vorgelegt.
Eine Ausnahme bildet der Überblick über die katamnestischen Effektivitätsstudien.

Es handelt sich ausnahmslos um Studien, die nach entsprechenden Beurteilungsverfahren entweder als Monografien in renommierten Fachverlagen oder in führenden (internationalen) Fachzeitschriften veröffentlicht worden sind.

Die Auswahl berücksichtigt ausdrücklich unterschiedliche in der G-BA-VerfO definierte Evidenzstufen.

Watson JC, Gordon LB, Stermac I, Kalagerakos F & **Steckley P (2003).**

Comparing effectiveness of process-experiential with cognitive-behavional psychotherapy in the treatment of depression.

Journal of consulting and clinical psychology, 71 (4), 773-781.

(1) Es handelt sich um eine *komparative Effektivitätsstudie* zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in ihrer methodischen Ausprägung als „process-experiential therapy“ (manualisiert nach Greenberg) bei einer homogenen Strichprobe von Patienten mit depressiven Störungen (DSM III-R Major Depression) im Vergleich zur Kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie (nach Beck). Sie ist nach der G-BA-VerfO der *Evidenzstufe Ib* zuzuordnen.

(2) Die *Effekte der psychotherapeutischen Behandlungen* wurden über prae/post-Vergleiche der Daten aus standardisierten psychodiagnostischen Testverfahren, Ratings zu Selbst- und Fremdbeurteilung klinisch relevanter Merkmale der Patienten und Mikro-Prozessanalysen kontrolliert. Sie beruhen auf Angaben aus einer *Gesamt-Stichprobe* von 33 Patienten in jeder der Vergleichsgruppen. Die *Dauer* der ambulanten Psychotherapien betrug 16 Stunden.

(3) Die wesentlichen *Ergebnisse* der Untersuchung:

- Gesprächspsychotherapie führt zu signifikanten symptomatischen Verbesserungen.
- Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie unterscheiden sich im Ausmaß der erreichten symptomatischen Veränderungen (Symptomreduktion, Symptombelastung, dysfunktionale Einstellungen) nicht.
- Gesprächspsychotherapie erreicht verglichen mit der Verhaltenstherapie ein höheres Ausmaß an Veränderungen im interpersonellen Bereich.

Anmerkungen:

Die Studie wurde vom G-BA nicht als Beleg für die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie anerkannt, weil 1. strittig sei, ob es sich bei dem angewandten Verfahren um Gesprächspsychotherapie handele und 2. keine Katamnese vorliegt und damit die Frage nach der Stabilität der Effekte nicht beantwortet ist.

Zu 1.:

Die „Process-experiential therapy“ ist den klientenzentrierten Erfahrungstherapien zuzuordnen (Greenberg, Rice & Elliott, 1998) und gilt als methodische Ausprägung der Gesprächspsychotherapie (vgl.: Dokumentation der GPT-Fachverbände für den G-BA zur sozialrechtlichen Anerkennung vom 08.10.2002, vom 08.03.2004 und Dokumentation der GPT-Fachverbände zum Beratungsthema

Gesprächspsychotherapie vom 17.11.2004 (Anlage 2) bzw. Frohburg, I. (2005). Methodische Akzentsetzungen in der Gesprächspsychotherapie. *Z. Gesprächspsychotherapie und Person-zentrierte Beratung*, H. 1, 22-28) (vgl. auch die Anmerkung zur Studie von Paivio & Nieuwenhuis, 2000, S. 50).

zu 2.:

Katamnestische Erhebungen sind nicht *zwingender* Bestandteil *jeder* Effektivitätsstudie. Bezüglich der Langzeiteffekte mit Gesprächspsychotherapie behandelten Patienten kann in diesem Fall auf frühere Publikationen der gleichen Forschergruppe verwiesen werden, in denen die Ergebnisse katamnestischer Erhebungen über 6 und 18 Monate bei depressiven Patienten, die mit Gesprächspsychotherapie in ihrer „klassischen Form“ und in der hier dargestellten methodischen Ausprägung als „process-experiential therapy“ (N = 18 Patienten in jeder Untersuchungsgruppe bei einer Therapiedauer von 16-20 Stunden) mitgeteilt wurden. Danach ergab sich, dass die symptomatischen Verbesserungen bei beiden Behandlungsvarianten auch katamnestisch Bestand haben.

Lit.: Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in psychotherapy of depression: relating process to session change and outcome. *Psychotherapy Vol. 33,* Number 2.

Teusch L, Böhme H, Finke J, Gastpar M, Skerra B. (2003).

Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy.

Psychotherapy Research, 13(3), 307-322

(1) Es handelt sich um eine *komparative Effektivitätsstudie* zur Wirksamkeit der (stationären) Gesprächspsychotherapie mit und ohne zusätzliche Medikation (genaue Angabe der eingesetzten Medikamente und Dosierung: siehe Studie) bei Patienten mit depressiven Störungen, Dysthymia oder Depression (F3 nach ICD-10) bei zum Teil vorliegender Komorbidität mit Angststörungen, Ess-Störungen oder Persönlichkeitsstörungen (F4, F5 und F6 nach ICD-10). Sie ist nach der G-BA-VerfO der *Evidenzstufe IIb* zuzuordnen.

(2) Die *Behandlungsergebnisse* wurden multidimensional über standardisierte prae/Mitte/post-Vergleiche der Daten aus verschiedenen Messverfahren sowie über eine katamnestische Erhebung 12 Monate nach Behandlungsabschluss kontrolliert und beziehen sich auf eine Stichprobe von 28 Gesprächspsychotherapie-Patienten ohne bzw. 48 Gesprächspsychotherapie-Patienten mit zusätzlicher Medikation. Die Dauer der stationären Behandlung betrug durchschnittlich 10-12 Wochen.

(3) Die wesentlichen *Ergebnisse* der Untersuchung:

- Gesprächspsychotherapie führt unter beiden Therapiebedingungen bei Behandlungsabschluss zu signifikanten Verbesserungen.
- Die bei Behandlungsabschluss erreichten positiven Effekte haben in beiden Gruppen (mittelfristig) Bestand.
- Gesprächspsychotherapie ohne zusätzliche Medikation ist sowohl am Behandlungsabschluss als auch katamnestisch effektiver als Gesprächspsychotherapie mit zusätzlicher Medikation, d. h. Antidepressiva fördern den Therapieerfolg nicht.

(4) Gegen das Ergebnis und die Berücksichtigung der Studie zum Nachweis des Nutzens der Gesprächspsychotherapie wird vorgebracht, die Effekt-Unterschiede seien dadurch bedingt, dass die Kombinationsgruppe Gesprächspsychotherapie/medikamentöse Behandlung (GPT+MED) eine größere Patientenzahl mit Persönlichkeitsstörungen aufgewiesen habe, also die Eingangssymptomatik in den Vergleichgruppen unterschiedlich sei.

Dieser Einwand geht an dem Untersuchungsauftrag der AG/TG vorbei, weil er sich auf die Effektivität der medikamentösen Behandlung bezieht. Der Nachweis der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie wurde – unabhängig von der Beurteilung der Richtigkeit des Einwands – in jedem Fall erbracht.

Anmerkung: Von Finke & Teusch und weiteren Co-Autoren wurde eine Reihe von Publikationen zur (langfristigen) Wirksamkeit stationärer Behandlungen nach dem gesprächspsychotherapeutischen Konzept, so wie es in der Psychotherapeutischen Abteilung der Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen seit etwa 1975 praktiziert wird, vorgelegt, z. B.

- Teusch, L. & Böhme, H. (1991). Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik. Ergebnis einer 1-Jahres-Katamnese. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologe, 41*, 68-76.
- Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Staudinger, Th. (1994). Die Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch stationäre Gesprächspsychotherapie. *Psychother. Psychosom. med. Psychol., 44*, 432-439.
- Böhme, H. & Teusch, K. (1997). Abwehr in Rating-Skalen und Therapieerfolg. *Nervenarzt, 68,* 896-902
- Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The Benefit of an Insight-Oriented and Experiential Approach on Panic and Agoraphobia Symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatic, 66*, 293-301.
- Böhme, H., Finke, J. & Teusch, L. (1998). Effekte stationärer Gesprächspsychoterapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 48*, 20-29.
- Teusch, L. & Böhme, H. (1999). Is the Exposure Principle Really Crucial in Agoraphobia? The Influence of Client-Centered “Nonprescriptive” Treatment an Exposure. *Psychotherapy Research, 9* (1), 115-123.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J. & Gastpar, M. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment: an empirical follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 70,* 328-336
- Teusch L, Böhme H, Finke J (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. *Nervenarzt*, 72, 31-39
- Böhme H, Teusch L & Finke J (2002). Psychotherapy alone compared to combination with naturalistically applicated antidepressants in mild to moderate depression – a matched comparison. Zum Druck eingereicht: *Psychotherapy and Psychosomatics*.

Grawe, K. und Plog, U. (1976).

Differentielle Psychotherapie I und II.

Differentielle Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie.

Bern: Huber.

(1) Es handelt sich um *eine komparative Effektivitätsstudie* zur Wirksamkeit der Gesprächspsycho-therapie im Vergleich zur (Breitband-) Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Patienten mit langjährig bestehenden Phobien (mehrheitlich Agora- und Sozialphobien) unter Einbeziehung einer (nervenärztlich weiterbehandelten) Kontrollgruppe. Die Studie ist nach der G-BA-VerfO der *Evidenzstufe Ib* zuzuordnen.

(2) Die *Effekte der Psychotherapien* wurden mehrdimensional über prae/post-Vergleiche der Daten aus standardisierten testdiagnostischen Verfahren und symptombezogene Selbst- und Fremdein-schätzungen sowie dem Medikamentenverbrauch kontrolliert und durch katamnestische Erhebungen nach 4 Monaten ergänzt. Sie beziehen sich auf Daten von je 18 Patienten in den Untersuchungsgruppen bzw. 17 Patienten in der Kontrollgruppe. Die *Dauer* der ambulant durchgeführten Therapien war auf 30 Stunden begrenzt.

(3) Die wesentlichen *Ergebnisse* der Untersuchung:

- Gesprächspsychotherapie ist im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe
  therapeutisch wirksam.
- Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie unterscheiden sich im Ausmaß der erreichten Symptom-Reduktionen nicht.
- es bestehen verfahrensabhängig differentielle Effektunterschiede, und es ließen sich differentielle Indikationskriterien ermitteln.
- die zu Behandlungsabschluss erreichten Effekte und verfahrensspezifischen Veränderungsmuster haben (mittelfristig) Bestand, wobei sich die gesprächspsychotherapeutisch induzierten Ergebnisse im Unterschied zu den verhaltenstherapeutisch induzierten Ergebnissen katamnestisch teilweise weiter verbesserten.

Anmerkungen:

- Die an der Hamburger Psychiatrischen Universitätsklinik durchgeführte Studie ist inhaltlich und methodisch so geplant worden, dass verfahrensabhängig *differentielle* Indikations- und Effektivitätsaussagen möglich sind. Sie bietet damit eine richtungsweisende Alternative zur traditionellen „globale

Wirksamkeitsforschung“ und ist deshalb von besonderer (historischer und aktueller) Bedeutung.

- Die Studie wurde vom G-BA mit der Begründung, die Qualifikation der Psychotherapeuten sei nicht ausreichend, nicht als Beleg für die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie berücksichtigt. Dieses Argument ist substantiell nicht haltbar: Als die Studie geplant und durchgeführt wurde, gab es keine den heutigen Standards vergleichbare Psychotherapie-Ausbildung. (Möglicherweise werden durch diesen Umstand die Effekte beider Psychotherapie-Verfahren jedoch noch unterschätzt.)

  Das ebenfalls vorgebrachte Argument, dass für Gesprächspsychotherapie-Patienten mit durchschnittlich 26 Stunden eine längere Therapiedauer als für Verhaltenstherapie-Patienten mit durchschnittlich 21 Stunden *erforderlich* war, ist unzutreffend. Die Unterschiede sind Ausdruck dafür, dass die vorgesehene Therapiedauer von ½ Jahr mit wöchentlich 1 bis 2 Sitzungen verfahrensabhängig unterschiedlich *ausgeschöpft* worden ist. Zusammenhänge von Therapiedauer und Therapieergebnis waren nicht Gegenstand der Untersuchung. Außerdem muss im Zusammenhang mit Wirksamkeitsnachweisen grundsätzlich kein „Überlegenheitsbeweis“ erbracht werden.

Ergänzende Anmerkungen den verfahrensdifferentiellen Effektunterschieden und den differenziellen Indikationskriterien:

1. Gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten sehen ihre Phobie in Zusammenhang mit ihren Lebensbedingungen und orientieren sich bei der Bewertung ihrer Therapieergebnisse nicht wie die verhaltenstherapeutisch behandelte Patienten vorrangig an der Reduktion ihrer Symptomatik, sondern an der Verbesserung ihrer gesamten Befindlichkeit. Im Unterschied zur Verhaltenstherapie bewirkte Gesprächspsychotherapie einen Anstieg der internalen Kontrollüberzeugungen ihrer Patienten, die damit auch an persönlicher Entscheidungs- und Wahlfreiheit gewannen.
2. Gesprächspsychotherapie erzielte ihre Wirkung vornehmlich bei den Patienten, die an der Reflexion von Zusammenhängen zwischen ihrem Krankheitszustand und ihren persönlichen Lebensbedingungen interessiert waren, Verhaltenstherapie vor allem bei Patienten mit starken Phobien und ausgeprägtem symptombezogenen Leidensdruck.

Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997).

The Benefit of Insight-Oriented and Experiential Approach on Panic
and
Agoraphobic symptoms. Results of a Controlled Comparison of Client-Centered Therapy Alone and in Combination with Behavioral Exposure.

Psychotherapy and Psychosomatics, 66 293-301

(1) Es handelt sich um eine *komparative Effektivitätsstudie* zur Wirksamkeit der (stationären) Gesprächspsychotherapie mit und ohne Reizkonfrontation bei Patienten mit medikamentös langjährig erfolglos behandelten Angst- bzw. Panikstörungen (DSM-III-R 300.21), z. T. mit komorbiden psychischen Störungen. Sie ist nach der G-BA-VerfO der Evidenzstufe Ib zuzuordnen.

(2) Die *Effekte* der jeweils manualisierten Behandlungsvarianten wurden multidimensional über prae/post-Vergleiche der Daten aus standardisierten testdiagnostischen Verfahren und aus störungsspezifischen klinischen Interviews sowie in 3-, 6- und 12-Monats-Katamnesen kontrolliert. Sie beziehen sich auf eine *Stichprobe* von 20 Patienten pro Untersuchungsgruppe. Die *Dauer* der stationären Therapie betrug durchschnittlich 10-12 Wochen.

(3) Die wesentlichen *Ergebnisse* der Untersuchung:

- Gesprächspsychotherapie führt unter beiden Therapiebedingungen bei Behandlungsabschluss zu signifikanten Verbesserungen in den Bereichen Angstreduktion, Vermeidungsverhalten und depressive Symptome (ohne Therapieabbrüche!).
- Schon kurze Zeit nach Behandlungsende egalisiert die Gesprächspsychotherapie ohne Reizkonfrontation die Effekte der Kombinationstherapie auch im Hinblick auf aktive Angstbewältigung und Verbesserung der agoraphobischen Symptome.
- Die unter beiden Therapiebedingungen bei Behandlungsabschluss erreichten positiven Effekte haben (mittelfristig) Bestand; teilweise treten katamnestisch weitere Verbesserungen in der Symptomatik ein.
- In Abhängigkeit von der Behandlungsvariante ergeben sich differentielle Effekte: Gesprächspsychotherapie ohne Reizkonfrontation bewirkt im Vergleich zur Kombinations-behandlung stärkere Verbesserungen in zentralen Persönlichkeitsbereichen.

(4) Der Studie wird ihre Belegkraft für den Nutzennachweis zur Gesprächspsychotherapie mit unterschiedlichen Argumenten und fehlerhaften Bewertungen bestritten, die folgend richtig gestellt werden:

1. **„Keine Angaben zu den stationären Rahmenbedingungen“**

Angaben zu den Rahmenbedingungen finden sich sowohl in der Studie selbst als auch in ausfühlicher Form in den zitierten Studien, auf die in der Untersuchung Bezug genommen wird. In einer für wissenschaftliche Publikationen ungewöhnlich ausführlichen Form werden die Rahmenbedingungen in der zitierten und öffentlich zugänglichen Habilitationsschrift von Teusch beschrieben.
Den mit den Standards wissenschaftlicher Veröffentlichungen Vertrauten ist bekannt, dass eine wissenschaftliche Zeitschrift von internationalem Rang aus Platzgründen keine detaillierte Beschreibung der einzelnen Settingbedingungen zulässt.

2. **„Keine Angaben zu Testplanung“**

Die Grundlage für diese Aussage ist nicht erkennbar.
Die signifikanten Besserungen wurden am Ende der Behandlung mit verschiedenen Meßverfahren der Fremd- und Selbstbeurteilung festgestellt.
Diese Besserung betraf die Angstsymptome und wichtige Persönlichkeitsmerkmale.

3. **“Kombinationsbehandlung wirkt in speziellen Bereichen schneller als nur Gesprächspsychotherapie**“

Das ist sachlich falsch. Im Therapiezeitraum gab es keine Zwischenmessungen, so dass Unterschiede während des Therapieprozesses selbst gar nicht erfassbar waren. Am Ende der Behandlung war der Therapieerfolg hinsichtlich der Leitsymptome Panik und Agoraphobie in beiden Behandlungsbedingungen gleich.
Die sachlich falsche Aussage ist darüber hinaus gegenstandslos, weil die hohe Wirksamkeit und Gleichwertigkeit der Gesprächspsychotherapie nachgewiesen wird. Ein Überlegenheitsnachweis ist nicht gefordert.
Käme es darauf an, wäre als differentielles Ergebnis festzustellen, dass in zentralen Persönlichkeitsbereichen eine Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie gegenüber der Kombinationsbehandlung feststellbar ist.

4. „**Keine systematische Erfassung und Berücksichtigung weiterführender Therapien nach Ende der stationären Behandlung“**

Angaben zur im Katamnesezeitraum weitergeführten Therapie finden sich in systematisierter Form – so wie es in international publizierten Studien üblich ist - sowohl in der Studie selbst als auch in noch ausfühlicherer Form in den zitierten Studien, auf die in der Untersuchung Bezug genommen wird. Unerwähnt bleibt bei dieser Kritik, dass ein grosser Anteil der Untersuchten im Katamnesezeitraum in mehreren Bereichen, insbesondere in der Angstsymptomatik weitere signifikante Nachbesserungen zeigte, ohne dass es einer weiteren Behandlung bedurfte. Das unterstreicht die nachhaltige Wirkung der Gesprächspsychotherapie und bestätigt entsprechende Ergebnisse aus anderen Katamnese-Studien zur Gesprächspsychotherapie.

5. **“Wegen des stationären settings muss die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse in Frage gestellt werden.“**

Zahlreiche Psychopharmakaprüfungen werden stationär durchgeführt; die geprüften Substanzen werden ausnahmslos für die ambulante Behandlung zugelassen, obwohl

in die Behandlungsergebnisse neben den spezifischen Effekten auch unspezifische Milieufaktoren eingehen können. Von daher ist völlig abwegig, Ergebnissen aus stationärer Behandlung für die ambulante Versorgung keine Geltung zukommen lassen zu wollen.
Ergänzend ist festzustellen, dass die positiven Ergebnisse im Katamnesezeitraum die Gesprächspsychotherapie als Wirkungs-Spezifikum belegen und nicht durch unspezifische Entlastung in der Klinik zu erklären sind.

6. **„Für eine valide vergleichende Wirksamkeitsprüfung von Gesprächspsychotherapie wäre die Überprüfung einer Behandlungsgruppe „verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation“ vonnöten**“

Diese Aussage bzw. Forderung ist wissenschaftlich nicht haltbar. „Ad on“-Studiendesigns wie im vorliegenden Fall sind wissenschaftlich anerkannt. Die Kritik ist insofern besonders abwegig, als in der Publikation

> **Teusch L & Böhme H (1999).** Is the Exposure Principle Really Crucial in Agoraphobie? The Influence of Client-Centerd „Nonprescreptive" Treatment on Exposure. Psychotherapy Research, 9 (1), 115-123

ein Vergleich mit Daten einer reinen Expositionsstudie beschrieben wurde. Diese Studie wurde von PSYCHOTHERAPY RESEARCH, einer international anerkannten wissenschaftlichen Zeitschrift mit peer review publiziert. Die Zeitschrift PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS, in der die vorliegende Studie publiziert wurde, ist mit einem impact factor von zur Zeit 3,6 eine der weltweit renommiertesten schulenübergreifenden wissenschaftlichen Zeitschriften. Die Studie war die Grundlage einer Habilitation am Universitätsklinikum Essen und durchlief entsprechend eine sorgfältige wissenschaftliche Prüfung.

7. „**Wenn überhaupt, wird eine Überlegenheit (schnellerer Wirkungseintritt) der Exposition erkennbar.“**

Diese Aussage ist eine grob erkenntniswidrige Behauptung.
Nachgewiesen wird die signifikante, nachhaltige Besserung der Angstsymptome bei zuvor langjährig kranken Angstpatienten.

Anmerkungen:

- Die Studie ist Teil der am Universitätsklinik Essen eingereichten und verteidigten Habilitationsschrift des Erst-Autors.
- Ergänzend sei auf eine Erweiterung dieser Studie mit Auswertung der Daten von insgesamt 68 Patienten: Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reiz-konfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörungen. *Nervenarzt, 72* (31), 31-39.

Meyer, A.E. (Ed.) (1981).

The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment

Psychotherapy and Psychosomatics, 35. 81-207.

(1) Es handelt sich um ein umfangreiches von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördertes Langzeit-Projekt zum Vergleich der Ergebnisse und Prozessbedingungen von zeitlich limitierten ambulanten Gesprächspsychotherapien und psychoanalytischen (psychodynamischen) Fokaltherapien bei Patienten mit neurotischen (vorwiegend affektiven) und psychosomatischen Störungen unter Einbeziehung von zwei verfahrensspezifischen Kontrollgruppen. Die Studie ist nach der G-BA-VerfO der Evidenzstufe Ib zuzuordnen.

(2) Die Effekte der Psychotherapien wurden multidimensional über prae/post-Vergleiche der Daten aus standardisierten testdiagnostischen Verfahren und klinischen Ratings kontrolliert. Zusätzlich erfolgten Langzeitbeobachtungen in Form von katamnestischen Untersuchungen nach 3, 9 und 12 Monaten sowie 3 und 12 Jahren. Die Datenanalyse bezieht sich auf eine *Stichprobe* von insgesamt 68 den Behandlungs- bzw. Kontrollgruppen randomisiert zugewiesenen Patienten (22 Patienten in Gesprächspsychotherapie + 12 in der Wartegruppe bzw. 21 Patienten in Analytischer Fokaltherapie + 13 in der Wartegruppe). Die Therapiedauer war auf maximal 30 ambulante Kontakte begrenzt.

(3) Die wesentlichen *Ergebnisse* der Untersuchung:

- Beide Therapieverfahren sind im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe wirksam.
- Im Kontrollgruppen-Vergleich erreichte die Gesprächspsychotherapie eine (gering) bessere Wirkung als die Psychoanalytische Fokaltherapie.
- Im direkten Effektivitäts-Vergleich der Behandlungsgruppen ergaben sich summarisch keine signifikanten Unterschiede.
- Qualitative Auswertungen machten verfahrensabhängig differentieller Effektunterschiede[1] und differentielle Indikationskriterien[2] deutlich.
- Die zu Behandlungsabschluss erreichten Veränderungen, verfahrensspezifischen Veränderungsmuster bzw. Effektdifferenzen haben mittel- und langfristig Bestand.

1. Gesprächspsychotherapie-Patienten erreichten mehr Veränderungen im Bereich von Persönlichkeitsmerkmalen und soziale Beziehungen und Analyse-Patienten mehr Einsicht in die Psychodynamik ihrer Störungen.
2. Gesprächspsychotherapie erreichte einen besonderen „Effektivitätsvorsprung“ bei Patienten, die über ein stärkeres Ausmaß an affektiven Störungen klagten und sich in den psychodiagnostischen Verfahren als besondere „High-Scorer“ erwiesen.

Anmerkungen:

- Das Projekt wurde von Prof. Dr. med. A. E. Meyer (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) initiiert und 1969-71 geplant. Die Psychotherapien wurden 1972-74 in der psychosomatischen Ambulanz der Hamburger Universitätsklinik durchgeführt und die letzten Katamnesen 1986 abgeschlossen. Neben der Beschreibung des Gesamt-Projektes und erster Ergebnisse in der hier angegebenen Publikation gibt es diverse Veröffentlichungen zu den einzelnen Untersuchungsergebnissen:
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1985). *Stationäre Gruppenpsychotherapie: Prozesse, Effekte, Vergleiche*. Berlin: Springer.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Client-centered Therapy versus Psychoanalytic Psychotherapy, Reflections Following a Comparative Study. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the nineties* (pp. 457-468). Leuven: Univ. Press.
- Meyer, A.-E., Stuhr, U. & Deneke, F. W. (1989). Psychoanalytische Kurztherapie. Möglichkeiten und Grenzen anhand eigener empirischer Untersuchungen. In P. L. Janssen & G. H. Paar (Hsgb.). *Reichweise der psychoanalytischen Therapie* (S. 55-74). Berlin: Springer.
- Meyer, A.-E. & Wirth, U. (1988). Die Beeinflussung affektiver Störungen durch psychodynamische und durch Gesprächspsychotherapie. Ergebnisse einer empirischen Vergleichsstudie. In D. v. Zerssen & H.-J. Möller (Hsgb.). *Affektive Störungen*. Berlin: Springer, S. 243-258.
- Stuhr, U. & Meyer, A.-E. (1991). University of Hamburg: Hamburg Short-Term Psychotherapy Comparison Study. In M. K.Crago & L. Beutler (Eds.). *Psychotherapy Research. An international review of programmatic studies* (pp. 212-218). Washington: APA
- Die Studie wurde 1992 in Berkeley von den Juroren der Society for Psychotherapy Research mit dem internationalen Forschungspreis der SPR ausgezeichnet.

Nach der Einschätzung des G-BA besitzt die Studie keine Aussagekraft in Bezug auf die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie (s. gesonderte Darstellung sachwidrige Bewertung Meyer, A.E., S. 69-72).

Sachse, R. (1999).

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen
Psychologische und somatische Veränderungen und Reduktionen der Gesundheitskosten.
Manuskriptdruck (1999) über Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt der Fakultät für Psychologie bei der Ruhr-Universität Bochum "Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen begründeten entzündlichen Magen-Darm-Erkrankungen“
Sachse, R. (2006)
Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.
Göttingen: Hogrefe.

Die Studie wurde in den Jahren 1992 - 1998 durchgeführt. Die beteiligten Therapeuten waren nach den Richtlinien der GwG ausgebildet.

(1) Es handelt sich um eine *(komparative) Effektivitätsstudie* zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie (in Form der störungsspezifischen Adaptation als Zielorientierte Gesprächspsychotherapie) bei Patienten mit somatoformen Störungen (primär chronisch entzündliche unter Einbeziehung eines Vergleich mit Ergebnissen des Autogenen Training sowie einer Kontrollgruppe (z. T. Eigen-Warte-Gruppe). Die Studie ist nach der G-BA-VerfO der *Evidenzstufe IIb* zuzuordnen.

(2) Die *Effekte* der Gesprächspsychotherapie wurden multidimensional über krankheitsbezogene objektive Daten, prae/post-Vergleiche der Daten aus standardisierten testdiagnostischen Verfahren erfasst, u. a. mit Effektstärken belegt und in einer 1 Jahres-Katamnese kontrolliert. Die Angaben beziehen sich auf eine *Stichprobe* von 29 Patienten in
einer Vorstudie und dann 88 Patienten in der Untersuchungsgruppe bzw. 20 Patienten in der AT-Gruppe und 25 Patienten in der Kontrollgruppe. Die durchschnittliche *Dauer* der Gesprächspsychotherapien betrug 33 Stunden.

(3) Die wesentlichen *Ergebnisse* der Untersuchung:

- Gesprächspsychotherapie ist im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe in hohem Ausmaß und in allen kontrollierten Parametern therapeutisch effektiv.
- Gesprächspsychotherapie ist in allen kontrollierten Parametern deutlich effektiver als Autogenes Training.
- Die durch Gesprächspsychotherapie erreichten Effektstärken liegen zumeist im Bereich „sehr gute Veränderungen“ (mittlere ES = 1.32 bzw. 1.70).
- Die am Behandlungsabschluss erreichten Effekte haben mittelfristig Bestand.
- Katamnestisch ließen sich über ein Jahr erhebliche Reduktionen der Gesundheitskosten nachweisen (Abnahme der Arztkonstultationen, Medikamenteneinnahme, Krankheits- und AU-Tage).

Anmerkung:
Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ist Gegenstand der Ausbildung von Psychotherapeuten nach dem PsychThG; sie wird in Lehrbüchern zur GPT berücksichtigt und an Hochschulen im Rahmen der gradualen und postgradualen Ausbildung in GPT behandelt.

Die Studie wurde von R. Sachse selbst als Beleg für die Effektivität der Gesprächspsychotherapie im Zusammenhang mit der von ihm für die GPT-Verbände zur Vorlage beim WBP 1999 erstellten Dokumentation ausgewählt und ausführlich beschrieben.
Im Oktober 2002 wurde sie dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Beschlussvorbereitung zur GPT übergeben.
Ferner wurde dem Bundesausschuss bereits im Oktober 2002 u.a. ein Mustercurriculum zur vertieften GPT-Ausbildung nach dem PsychThG übergeben, in dem die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie als Ausbildungsgegenstand berücksichtigt ist. Auf Nachfrage des Unterausschusses Psychotherapie stellten die GPT-Verbände im März 2004 die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie als eine GPT-Entwicklungsform dar, die zum Begutachtungsgegenstand des WBP gehörte. Auch in der Stellungnahme der GPT-Verbände vom November 2004 wird die zielorientierte Gesprächspsychotherapie als eine Anwendungsform der Gesprächspsychotherapie beschrieben.
Sachse hat nach Abschluss der Untersuchung im Jahre 1998 den Ansatz weiterentwickelt, die zielorientierte Gesprächspsychotherapie um Elemente der Verhaltenstherapie erweitert und sein Konzept ab ca. 2005 als Klärungsorientierte Psychotherapie bezeichnet. Er hält diese Weiterentwicklung für so wesentlich, dass er sie nicht mehr als Entwicklungs- und Anwendungsform der "klassischen" Gesprächspsychotherapie ansehen lassen möchte. Dies ändert jedoch nichts an den überzeugenden Ergebnissen der 1998 abgeschlossenen Wirksamkeitsstudie zur (zielorientierten) Gesprächspsychotherapie.
Die Studie aus den Jahren 1992 – 1998 wurde 2006 erneut veröffentlicht. Dabei wurden einige Bezeichnungen der früheren Publikationen geändert. So wird die Ausbildung der an dem Projekt beteiligten Therapeuten nicht mehr als Ausbildung nach den GwG-Richtlinien bezeichnet (vgl. Sachse, Manuskriptdruck 1999), sondern als Ausbildung in Klärungsorientierter Psychotherapie. Der Begriff Zielorientierte Gesprächspsychotherapie wird vermieden.

Die Themengruppe Gesprächspsychotherapie des G-BA hat die Berücksichtigung der Studie (Ref ID 4059) mit der Begründung abgewiesen, es handele sich nicht um "klassische" Gesprächspsychotherapie; darauf habe Prof. Sachse den G-BA hingewiesen (s. gesonderte Darstellung sachwidrige Bewertung Sachse, R., S. 64-68).

Paivio S.C. & Nieuwenhuis, J.A. (2000)

Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse:

A Preliminary Study.

Journal of Traumatic Stress, 14, 115-133.

(1) Es handelt sich um eine *Effektivitätsstudie* zur Wirksamkeit (ambulanter) Gesprächs-psychotherapie (in Form der „Emotionsfokussierten Therapie“) bei Patienten mit Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen (frühkindliche traumatisierende sexuelle Missbrauchserfahrungen) (ICD-10 F43.1) unter Einbeziehung einer Kontrollgruppe.
Sie ist nach der G-BA-VerfO der *Evidenzstufe Ib* zuzuordnen.

(2) Die *Effekte* der Gesprächspsychotherapie wurden multidimensional über prae/post-Vergleiche der Daten aus standardisierten testdiagnostischen Verfahren und klinische Ratings sowie katamnestische Erhebungen 9 Monate nach Behandlungsabschluss kontrolliert. Sie beziehen sich auf eine *Stichprobe* von 19 Patienten in der Untersuchungsgruppe und 13 Patienten in einer später ebenfalls gesprächspsychotherapeutisch behandelten Eigen-Warte-Gruppe, also insgesamt 32 Patienten. Die *Dauer* der (manualisierten) Therapie betrug 20 Stunden.

(3) Die wesentlichen *Ergebnisse* der Untersuchung:

- Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu einer nicht behandelten Kontrollgruppe therapeutisch wirksam.
- Patienten der Kontrollgruppe erreichten in der Wartephase keine Veränderungen, in der späteren Therapiephase ähnliche Verbesserungen wie die Patienten der ursprünglichen Untersuchungs-gruppe.
- Die bei Behandlungsabschluss erreichten Effekte haben (mittelfristig) Bestand.

Anmerkungen:

- Die Studie wurde vom G-BA nicht als Wirksamkeitsbeleg für Gesprächspsychotherapie berücksichtigt mit der Begründung, das angewandte Verfahren sei keine Gesprächspsychotherapie, Die „Emotion Focused Therapy“ ist jedoch den klientenzentrierten Erfahrungstherapien zuzuordnen (Greenberg, Rice & Elliott, 1998) und gilt als methodische Ausprägung der Gesprächspsychotherapie (vgl.: Dokumentation der GPT-Fachverbände für den G-BA zur sozialrechtlichen Anerkennung vom 08.10.2002, vom 08.03.2004 und Dokumentation der GPT-Fachverbände im Rahmen zum Beratungsthema Gesprächspsychotherapie vom 17.11.2004 (Anlage 2) bzw. Frohburg, I. (2005). Methodische Akzentsetzungen in der Gesprächspsychotherapie. *Z. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, H. 1, 22-28).

- Die Ergebnisse dieser Studie wurden durch weitere Effektivitätsstudien der Autoren in folgenden Untersuchungen bestätigt: Paivio, S. C., Hall, I. E., Holowaty, K. A. M., Jellis, J. B. & Tran, N. (2001). Imaginal confrontation for resolving child abuse issues. *Psychotherapy Research, 11*, 433-453 und Paivio S. C., Holowaty, K. A. M. & Hall, I. E. (2004). The influence of therapist adherence and competence on client reprocessing of child abuse memories. *Psychotherapy, 41 (No. 1*), 56-68.

Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R. & Eckert, J. (2006)

Psychotherapie von Anpassungsstörungen:
Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam?

Psychotherapeut (angenommen)

(1) Es handelt sich um eine *Effektivitätsstudie* zur Wirksamkeit zeitlich limitierter Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) unter Einbeziehung einer Kontrollgruppe. Sie ist nach der G-BA-VerfO der *Evidenzstufe IIb* zuzuordnen.

(2) Die *Effekte* der Gesprächspsychotherapie wurden multidimensional über prae/post-Vergleiche der Daten aus diagnostischen Ratingverfahren (u. a. Teile der Psy-BaDo) und auf das Störungsbild abgestimmten standardisierte psychodiagnostische Testverfahren sowie eine katamnestische Erhebung nach drei Monaten kontrolliert. Sie beziehen sich auf eine *Stichprobe* von 31 Patienten in der Untersuchungsgruppe und 19 Patienten in der Kontrollgruppe (Eigen-Warte-Gruppe). Die *Dauer* der Gesprächspsychotherapie war auf 12 Sitzungen begrenzt.

(3) Die wesentlichen *Ergebnisse* der Untersuchung:

- Eine zeitlich limitierte Gesprächspsychotherapie ist nach gruppenstatistischen Vergleichen von Behandlungs- und Kontrollgruppe therapeutisch wirksam.
- Die erreichten Veränderungen liegen im Bereich mittlerer Effektstärken und z. T. deutlich darüber.
- Auf der individuellen Ebene verbesserten sich die Gesprächspsychotherapie-Patienten (mit einer Ausnahme) im Gegensatz zu den Patienten der Wartegruppe in den Kriterien aller Erhebungsinstrumente klinisch und statistisch signifikant.
- Die mit Behandlungsabschluss erreichten Effekte bleiben im dreimonatigen Katamnesezeitraum erhalten.
- Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Versorgungsstudie. Auch aus ethischen Gründen wurde auf eine Randomisierung verzichtet. Behandlungs- und Kontrollgruppe unterschieden sich jedoch nicht in wichtigen soziodemographischen und anderen Merkmalen inklusive Anteil der Patienten mit Begleitmedikation (signifikante Unterschiede nur bzgl. Wohnort <0.001 und Behandlungsvorerfahrung <0.05).

Arnold, J. (1993)

Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf.

Dissertation Universität Wuppertal FB3.

(1) Es handelt sich um eine komparative Effektivitätsstudie zur verfahrensspezifischen Wirksamkeit der (ambulanten) Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu kognitiver Verhaltenstherapie unter Einbeziehung einer Kontrollgruppe bei Patienten mit Anorexia nervosa. Sie ist nach der G-BA-VerfO der Evidenzstufe Ib zuzuordnen.

(2) Die Effekte der Gesprächspsychotherapie wurden über prae/Mitte/post-Vergleiche der Daten aus einer Testbatterie – darunter auch ein selbstentwickelter Fragebogen - kontrolliert. Sie beziehen sich auf eine Stichprobe von 10 Patienten in Gesprächspsychotherapie, 10 Patienten in kognitiven Verhaltenstherapie und 10 unbehandelten Patienten (Kontrollgruppe). Die Dauer der Therapien wurde mit 20 Stunden in wöchentlichem Abstand vorgegeben.

(3) Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung:

- In beiden Behandlungsgruppen ist im Behandlungszeitraum eine deutliche kontinuierliche Gewichtszunahme zu beobachten. Die Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie unterscheiden sich im Grad der Gewichtszunahme nicht.
- Die Einstellungen zum Essverhalten (gemessen mit dem EAT-26) verbessern sich im Therapieverlauf in beiden Behandlungsgruppen, wobei sich die Gruppen im Grad der Verbesserung nicht unterscheiden.
- Das Diätverhalten und das Figurbewusstsein verbessert sich in der Gruppe ‚kognitive Verhaltenstherapie' bedeutsamer als in der Gruppe ‚Gesprächspsychotherapie'.
- Hinsichtlich der Variablen Angst und Depressivität verbessern sich beide Behandlungsgruppen, wobei sich die Verläufe in beiden Gruppen unterscheiden.

Anmerkung: Die Studie wurde – soweit bekannt – nicht in die Bewertungsarbeit der AG/TG einbezogen.

Petersen, H. (1997)

Anorexia nervosa
Bulimia nervosa

In Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.)
Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen

(S. 31-49 und 73 bis 90).
Stuttgart: Kohlhammer

(1) Dokumentiert werden *Indikationsstellung, Verlauf und Ergebnisse* von ambulanten Gesprächspsychotherapien 1. mit einer Patientin mit der Diagnose Anorexia nervosa (ICD-10 F50.0) und 2. mit einer Patientin mit der Diagnose Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2). Es handelt sich jeweils um systematische Einzelfalldokumentationen, die nach der G-BA-VerfO der *Evidenzstufe V* zuzuordnen sind.

(2) Die *Effekte* beider Gesprächspsychotherapien werden sowohl aus der Sicht der behandelnden Therapeutin und als auch aus der Sicht der Patientinnen detailliert beschrieben und mit Überlegungen zur Genese der Krankheit und der ausführlichen Beschreibung der Behandlungsverläufe in Verbindung gebracht. Die *Dauer* der Gesprächspsychotherapien betrug 6 Jahre (ca. 170 Kontakte) bzw. 3 Jahre (87 Kontakte).

(3) Der *Wert* dieser Einzelfalldokumentationen ergibt sich aus der Beobachtung von konkreten Behandlungsabläufen und aus der mit Bezug auf reale Behandlungsbedingungen vorgenommenen Reflexion der individuellen erfolgskonstituierenden Bedingungen aus der Doppelperspektive von theoretischer Reflexion und subjektiver Erlebensweise der Patientinnen.

Anmerkung:
Die Falldokumentationen sind Bestandteil einer Sammlung von insgesamt zehn störungsbezogenen Falldarstellungen aus der ambulanten Praxis der Gesprächspsychotherapie. Weitere Falldokumententationen beziehen sich auf Gesprächspsychotherapien bei Patienten mit Panikattacken und Depression, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer generalisierten Angst- bzw. Zwangsstörung und unterschiedlichen Somatisierungsstörungen sowie im Bereich der Klientenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen auf Patienten mit einer Anpassusngsstörung bzw. psychogener Enuresis.

Engel-Sittenfeld P, Engel R.R., Huber H.P. & Zangel K. (1980)
Wirkmechanismen Psychologischer Therapieverfahren bei der Behandlung chronischer Schlafstörungen.

Zeitschrift für Klinische Psychologie, 9, 34-52.

(1) Es handelt sich um eine komparative Effektivitätsstudie zur verfahrensspezifischen Wirksamkeit der (ambulanten) Gesprächspsychotherapie zur Konfliktbewältigung im Vergleich zu Entspannungsverfahren in Form des Autogenen Trainings (Unterstufe) bzw. eines apparativ vermittelten Entspannungstrainings (Biofeedback) bei Patienten mit nichtorganisch bedingten chronischen Schlafstörungen. Sie ist nach der G-BA-VerfO der Evidenzstufe IIb zuzuordnen.

(2) Die Effekte der Gesprächspsychotherapie wurden über prae/post-Vergleiche symptombezogener Parameter, Selbsteinschätzungen der Patienten und Medikamentenverbrauch sowie über katamnestische Erhebungen nach 9 Monaten kontrolliert. Sie beziehen sich auf eine Stichprobe von 6 Patienten in Gesprächspsychotherapie bzw. 8 Patienten in jeder der Vergleichsgruppen. Die Dauer der Therapien wurde mit 12 Stunden für Autogenes Training, 19 Stunden für das Entspannungstraining und 15 Stunden für Gesprächspsychotherapie vorgegeben.

(3) Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung:

- Gesprächspsychotherapie ist symptombezogen und im Hinblick auf die Reduktion des Medikamentenverbrauchs in gleichem Maße wirksam wie die Behandlung mit unterschiedlichen Entspannungsverfahren.

Quasi als Nebenergebnis ergab sich eine relativ hohe Abbrecher-Quote bei den gesprächspsycho-therapeutisch behandelten Patienten, was von den Autoren als Hinweis auf die Unangemessenheit einer ausschließlich störungsbezogenen Indikationsstellung gewertet wird.

Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. (2001)

Effekts of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment. An empirical follow-up study.

Psychotherapy and Psychosomatics, 70, 328-336.

(1) Es handelt sich um eine komparative Effektivitätsstudie zur Wirksamkeit der (stationären) Gesprächspsychotherapie mit und ohne zusätzliche Medikation (meist Antidepressiva, zum Teil kombiniert mit Tranquilizern; genaue Angabe der eingesetzten Medikamente und Dosierung: siehe Studie) bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60, F61), bei zum Teil vorliegender Komorbidität mit depressiven Störungen, Angststörungen oder Ess-Störungen. Sie ist nach der G-BA-VerfO der Evidenzstufe IIb zuzuordnen.

(2) Die Behandlungsergebnisse wurden über standardisierte prae/post-Vergleiche der Daten aus verschiedenen Messverfahren sowie über eine katamnestische Erhebung 12 Monate nach Behandlungsabschluss kontrolliert. Sie beziehen sich auf eine Stichprobe von 96 Gesprächspsychotherapie-Patienten ohne bzw. 46 Gesprächspsychotherapie-Patienten mit zusätzlicher Medikation. Die Dauer der stationären Behandlung betrug durchschnittlich 10-16 Wochen.

(3) Die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchung:

- Gesprächspsychotherapie führt bei Behandlungsabschluss zu signifikanten Verbesserungen im Hinblick auf Depression, Selbstwertgefühl und soziale Anpassung.
- Die erreichten positiven Effekte bleiben im Katamnesezeitraum stabil.
- Die Gabe von Medikamenten (Gruppe Gesprächspsychotherapie + zusätzliche Medikation) kann keinen Beitrag zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse leisten.

Kolko D.J., Brent D.A., Baugher M., Bridge J. & Birmaher B. (2000)

Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specifity, mediation and moderation.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 603-614

(1) Es handelt sich um eine komparative Effektivitätsstudie zur verfahrensspezifischen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie (in der Form einer nicht-direktiven unterstützenden Therapie) im Vergleich zu Kognitiver Verhaltenstherapie und Systemisch-behavioraler Familientherapie bei Patienten mit Depression im Jugendalter. Sie ist nach der G-BA-VerfO der Evidenzstufe Ib zuzuordnen.

(2) Die Effekte der Gesprächspsychotherapie wurden über prae/post-Vergleiche der Daten verschiedener standardisierter Instrumente und über katamnestische Untersuchungen 24 Monate nach Behandlungsende kontrolliert. Sie beziehen sich auf eine Stichprobe von insgesamt 78 Patienten. Die Dauer der Therapien betrug 12 – 16 Stunden. Nach dem Ende der aktiven Phase der Behandlung konnten sogenannte ‚booster sessions' in Anspruch genommen werden.

(3) Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung:

- Direkt nach der Behandlung erwies sich die Kognitive Verhaltenstherapie zunächst als vorteilhafter gegenüber den beiden anderen Behandlungen.
- Zum Zeitpunkt der 2-Jahres-Katamnese zeigte sich jedoch bei Gesprächspsychotherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie eine größere Reduktion von Angstsymptomen als bei Systemisch-behaviorale Familientherapie. Diese bewirkte dagegen größere Besserung bei Familienkonflikten und Problemen der Eltern-Kind-Beziehungen.

Anmerkung:
Die Studie wurde von der AG/TG GPT wegen des Altersdurchschnitts der PatientInnen von 15 Jahren nicht berücksichtigt.

Jenny B., Goetschel P., Käppler C., Samson B. & Steinhausen H.-C. (2006)

Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation.

Zur Veröffentlichung bei der Zeitschrift ""Person" eingereicht.

(1) Es handelt sich um eine prospektive Effektivitätsstudie zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in der Form von Gruppenbehandlung bei 8–12-jährigen Jungen mit verschiedenen Störungen. Diese Störungen umfassen gemäß ICD-10: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten; Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens; Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters; Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen. Die Studie ist nach der G-BA-VerfO der Evidenzstufe IIb zuzuordnen.

(2) Die Effekte der Behandlung wurden über prae/post-Vergleiche der Daten aus standardisierten testdiagnostischen Verfahren und über katamnestische Untersuchungen 6 und 12 Monate nach Behandlungsende kontrolliert. Darüber hinaus wurde nach jedem Termin durch einen eigens entwickelten Fragebogen mit Bezug auf jedes Kind eine Prozessevaluation durchgeführt. Die Ergebnisse beziehen sich auf eine Stichprobe von 33 Patienten in 7 Behandlungsgruppen. Die Dauer der Therapie betrug 18 - 22 Termine à 75 Minuten. Eine der Behandlungsgruppen war begleitet durch eine Elterngruppe mit 7 etwa monatlichen Treffen.

(3) Die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchung:

- Gesprächspsychotherapie führte zu einem signifikanten Abbau der angstbezogenen und aggressiven Symptomatik. Laut zusätzlichen Angaben der Eltern und Lehrpersonen konnten die Sozialkompetenz und das Selbstwertgefühl deutlich erhöht werden.

Anmerkung:
Die Studie wurde – soweit bekannt – nicht in die Bewertungsarbeit der AG/TG einbezogen.

Stiles, W.B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper M. (2006)
Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings.
Psychological Medicine, 36, 555-566.

(1) Es handelt sich um eine komparative Effektivitätsstudie (Feldstudie) zur Wirksamkeit Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu kognitiv-behavioraler bzw. psychodynamischer Psychotherapie jeweils mit bzw. ohne Ergänzungen (z. B. Kunsttherapie, supportives Vorgehen) bei Patienten mit unterschiedlichen psychotherapierelevanten Diagnosen aus 58 ambulanten klinischen Versorgungseinrichtungen.
Sie ist nach der G-BA-VerfO der Evidenzstufe IIb zuzuordnen.

(2) Die Effekte der Psychotherapien wurden über multidimensionale prae/post-Vergleiche verschiedener klinischer und standardisierter testdiagnostischer Daten, Selbsteinschätzungen von Patienten und Medikamentenverbrauch kontrolliert und beziehen sich auf Daten einer im Verlauf von drei Jahren anfallenden Stichprobe von insgesamt 1309 Patienten, davon 581 in Gesprächspsychotherapie. Die Dauer der Therapien betrug durchschnittlich 6 – 9 Stunden:

(3) Die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchung:
- Gesprächspsychotherapie ist summarisch in gleichem Maße effektiv ist wie Kognitiv-behaviorale und Psychodynamische Psychotherapie.
- Ergänzende Therapie-Methoden erhöhen die Effektivität der Gesprächspsychotherapie nicht.

Die Autoren werten ihre Ergebnisse als weiteren Beleg des Äquivalenz-Paradoxons der Psychotherapie, nach dem Behandlungen trotz verfahrensspezifischer Theorien und Methodiken quantitativ gleichwertige positive Resultate erzielen („Dodo-Verdikt“).

Anmerkung:
Die Studie wurde – soweit bekannt – nicht in die Bewertungsarbeit der AG/TG einbezogen.

Frohburg, I. (2004).

Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. Überblicksarbeit
Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33(3), 196-208

(1) Es handelt sich um einen systematischen Überblick über den Forschungsstand zu katamnestischen Untersuchungen im Bereich der Gesprächspsychotherapie mit Erwachsenen, der nach der G-BA-VerfO der Evidenzstufe IIa zuzuordnen ist.

(2) Es konnten 40 empirische Studien ermittelt werden, die katamnestische Angaben von ca. 2000 ehemaligen Gesprächspsychotherapie-Patienten enthalten und teilweise Vergleiche mit den Ergebnissen anderer Psychotherapieverfahren ermöglichen. Die Analyse der Studien erfolgte unter besonderer Berücksichtigung von klinisch relevanten Merkmalen der behandelten Patienten-Gruppen und der Behandlungsbedingungen sowie der Untersuchungsmethodik und der Erfolgskriterien, die deskriptiv und zusammenfassend in einer tabellarischen Übersicht dargestellt werden.

(3) Im Ergebnisse der Analyse können positive Langzeiteffekte für Patienten aus unterschiedlichen Indikationsbereichen und unter unterschiedlichen Behandlungsbedingungen als mit unterschiedlichen Messinstrumenten belegt gelten. Teilweise zeigten sich zusätzliche positive „Späteffekte“, die ein besonderes Charakteristikum von Gesprächspsychotherapien zu sein scheinen. Die Übersichtsarbeit belegt damit die Wirksamkeit, den Nutzen und auch die Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie in der (ambulanten) Versorgung.

Anmerkung:
Die Studie besitzt nach konsentierter Auffassung der AG/TG GPT wegen methodischer Mängel (auch in den zugrunde liegenden Einzelstudien) keine Aussagekraft in Bezug auf den Nutzen der Gesprächspsychotherapie (s. gesonderte Darstellung sachwidrige Bewertung Frohburg, I., S. 72-77).

Frohburg, I. (2006 in Druck).

Frau G. – eine Patientin mit Anpassungsstörungen, Angst und Depression
Dokumentation einer ambulanten Gesprächspsychotherapie

In Stieglitz, H.-D., Baumann, U. & Perrez, M. (Hsgb.).
Fallbuch zur Klinischen Psychologie
Bern: Huber

(1) Dokumentiert werden Indikationsstellung, Verlauf und Ergebnisse einer ambulanten Gesprächspsychotherapie einer Patientin mit der Diagnose „Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt“ (ICD-10 F43.22). Es handelt sich um eine systematische Einzelfallstudie, die nach der G-BA-VerfO der Evidenzstufe V zuzuordnen ist.

(2) Die Effekte der Gesprächspsychotherapie wurden mehrdimensional über prae/post-Vergleiche der Daten aus standardisierten Testverfahren und unter Verwendung der Prozess-Skala von Rogers kontrolliert und durch Selbst- und Fremdeinschätzungen sowie eine Langzeit-Katamnese von 20 Jahren ergänzt. Die Dauer der Gesprächspsychotherapie betrug 8 Monate (24 Kontakte).

(3) Der Wert dieser Einzelfalldokumentation ergibt sich aus der Beobachtung eines konkreten Behandlungsablaufs und aus der mit Bezug auf reale Behandlungsbedingungen vorgenommenen Reflexion der individuellen erfolgskonstituierenden Bedingungen aus der Doppelperspektive von theoretischer Reflexion und subjektiver Erlebensweise der Patientin unter Einbeziehung einer Langzeit-Katamnese.

Anmerkung:
Die Falldokumentation ist Bestandteil eines Fallbuches zur Klinischen Psychologie, das das bei Huber, Bern erschienene „Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie“ (2005, 3. vollst. überarb. Aufl.) von Perrez, M. & Baumann, U. ergänzt.

E.

Darstellung der sachwidrigen Bewertungspraxis an einzelnen Beratungsgegenständen

I. Es werden exemplarisch vier Studien dokumentiert, die aus unterschiedlichen Gründen zurückgewiesen wurden.

II. Es werden acht Beratungsgegenstände dokumentiert, die von der AG/TG selbst positiv bewertet wurden, dann aber nicht zur Grundlage des Beschlussempfehlungs-Entwurfes gemacht wurden.

E. I.

4 Beispiele

für sachwidrige Bewertungen und

sachwidrigen Ausschluss

von Studien

Beispiel 1: Sachwidriger Ausschluss von Studien

Sachse, R (2006) Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Göttingen: Hogrefe

Die Untersuchung belegt die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei somatoformen Störungen, sie wird aber mit der Begründung ausgeschlossen
"Das angewandte Verfahren ist keine Gesprächspsychotherapie, sondern speziell an CEDE[1] adaptiertes Psychotherapieverfahren."
Welches spezielle Psychotherapieverfahren „adaptiert" worden ist, wird nicht gesagt. Es handelt sich bei dem von Sachse verwendeten therapeutischen Vorgehen um eine methodische Variante der Gesprächspsychotherapie, die von ihm zunächst (und zum Zeitpunkt der Durchführung dieser Untersuchung) als „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie", später als „Klärungsorientierte Psychotherapie" und zuletzt als „Psychologische Psychotherapie" bezeichnet wurde. Die Motivation von R. Sachse zu den jeweiligen Umbenennungen sind im einzelnen nicht bekannt. Für die Zuordnung der Studie ist jedoch der fachlich begründete substantielle Gehalt des therapeutischen Vorgehens entscheidend.

Die Zuordnung des von R. Sachse vertretenen therapeutischen Vorgehens zum Verfahren Gesprächspsychotherapie lässt sich aus verschiedenen Zusammenhängen erkennen bzw. verdeutlichen:

1.
Prof. Dr. R. Sachse war bis 1999 langjähriges Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG e.V.) und ein in der Psychotherapie-Wissenschaftsöffentlichkeit bekannter und profilierter Gesprächspsychotherapeut. Deshalb wurde er von den drei deutschen Gesprächspsychotherapie-Fachverbänden mit der „Dokumentation zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GPT) als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren" als Vorlage für den Wissenschaftlichen Beirat § 11 PsychThG beauftragt und hat diese im Mai 1999 fertiggestellt. Prof. Sachse hat diesen Auftrag mit der abschließenden Bemerkung angenommen:
"Ich hoffe sehr, dass wir diesmal erfolgreich sein werden und werde alles mir mögliche tun, um die besten Voraussetzungen dafür zu schaffen." *(Schreiben des Herrn Sachse vom 24.06.1997 an die GwG)*

---

[1] Chronisch entzündliche Darmerkrankung

Diese Dokumentation wurde im Oktober 2002 auch dem G-BA als eine der Grundlagen zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie übergeben. Sie müsste deshalb auch den Sachverständigen des Unterausschuss Psychotherapie bekannt sein. In der Dokumentation wird von Sachse selbst unter 5.1.3 auf den Seiten 20-24 die „Zielorientierte GPT“ als integrierte Form bzw. methodische Ausprägung der Gesprächspsychotherapie beschrieben:
„*Die Therapiekonzepte (für die GPT) umfassen den Bereich der Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten, aber auch Strategien der inhaltlichen Klärungsarbeit, der Bearbeitung der Bearbeitung und der Bearbeitung von Beziehungsproblemen des Patienten. Eine wesentliche therapeutische Handlungsstrategie, die aus dem Therapiekonzept abgeleitet werden kann und die in der GPT zentral ist, ist Klärung. Die Strategie “Klärung“ lässt sich, wenn auch nicht so stringent, bereits aus der Rogers-Theorie ableiten ??? findet ihren Niederschlag in Patientenvariablen wie „Selbstexploration“ oder „Experiencing“. Ein zentrales Ziel der GPT ist damit die Klärung: Ein Verstehen, eine Repräsentation, eine “Bewusstsein-Erarbeitung“ relevanter internaler Determinanten.“*

Als Anlage 1 der Dokumentation ist der Beitrag von Sachse „Zur wissenschaftlichen Fundierung und Versorgungsrelevanz der Gesprächspsychotherapie“ aufgenommen. Auch darin wird die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ausführlich beschrieben (S. 76 – 92).

Als Anlage 6 der Dokumentation wurde der Beitrag von Sachse „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen“ vorgelegt und über die Ergebnisse des Forschungsprojektes „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Patientinnen und Patienten mit psychosomatisch begründeten entzündlichen Magen-Darm-Erkrankungen“ berichtet (S. 257 – 299). Sachse selbst führt die Ergebnisse des Projektes als Beleg für die Effektivität der Gesprächspsychotherapie an (u.a. S. 123 der Dokumentation).

Die Ergebnisse der 1. Phase dieses Forschungsprojektes hatte Sachse zudem 1. in dem von Eckert 1995 herausgegebenen Sammelband „Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie – Aktuelle Ansätze und Ergebnisse“, Köln:GwG-Verlag, S. 27 – 49, unter dem Titel veröffentlicht: „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen“.
und 2. in dem Zeitschriftenbeitrag „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. Therapiekonzepte und Ergebnisse“ in: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 2/97, S. 90-107 veröffentlicht.

2.
Auf die Rückfrage des Unterausschusses Psychotherapie vom 7.2.2004 nach den Anwendungsformen der Gesprächspsychotherapie haben die drei Gesprächspsychotherapie-Fachverbände am 8.3.2004 eine entsprechende

Dokumentation erstellt und in dieser – wie schon in der Dokumentation Oktober 2002 - die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie als eine gesprächspsychotherapeutische Behandlungsmethode beschrieben. Nach der Bekanntmachung des Beratungsthemas „Gesprächspsychotherapie“ wurde sie in Anlage 2 (S. 4) der gemeinsamen Stellungnahme der Verbände vom 17.11.2004 unter Angabe von Veröffentlichungen von Rainer Sachse als Differentielle Methode der Gesprächspsychotherapie ausgewiesen:

Frage des Arbeitsausschusses Psychotherapie-Richtlinien

„Charakterisierung der in Deutschland angewandten bzw. der Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zugrundeliegenden Formen der Gesprächspsychotherapie“

In der Antwort der drei GPT-Verbände vom März 2004 heißt es dazu u. a.:

D. „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie wurde als theoretisches Konzept von R. SACHSE konzipiert, praktisch erprobt und in ihrer Effektivität empirisch untersucht (Sachse, 1992, 1995, 1996, 2001).

Sie geht theoretisch von Modellen der Emotions-, Kognitions- und Sprachpsychologie aus und versteht sich als klärungsorientierte, auf die Bearbeitung störungsrelevanter affektiver und kognitiver Schemata abzielende und ressourcenaktivierende Form der Gesprächspsychotherapie, in der der Therapeut dem Patienten neben dem klassischen Beziehungsangebot gezielte Bearbeitungsangebote macht und damit veränderungsbedeutsame Bearbeitungsprozesse des Patienten gezielt fördert. Zur Förderung von veränderungsrelevanten Klärungs- oder Explizierungsprozessen werden spezifische patientzentrierte therapeutische Vorgehensweisen eingesetzt (z. B. zur Internalisierung der Perspektive, zur Entwicklung gezielter Fragestellungen, zur Aktivierung und Repräsentation von Schemata). Besonders wichtig sind sogenannte Bearbeitungsangebote des Therapeuten, die das Niveau der vom Patienten geleisteten Klärungsarbeit vertiefen sollen. Dafür wurden besondere Verstehens-Heuristiken entwickelt, die dem Psychotherapeuten über das phänomenale Verstehen klassischer Gesprächspsychotherapie hinausgehend die Rekonstruktion von Schemata durch wissensbasiertes Verstehen und entsprechende Modellbildungen ermöglichen.

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ist in ihrer Indikation und Wirksamkeit insbesondere bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit positiven Ergebnissen untersucht worden.“

3.

In dem 1999 erschienenen „Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie“, Göttingen: Hogrefe schreibt der Autor auf S. 53:.

"*Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (ZGT) stellt eine stark prozessdirektive, stark psychologisch orientierte und die Expertise von Therapeuten stark betonende Form von GPT dar. ... Mit dem klassischen Ansatz hat die ZGT die Annahme gemeinsam, dass Empathie, Akzeptierung und Echtheit/Kongruenz die Basisvariablen der Therapie ... sind. Sie teilt auch zentrale theoretische rogerianische Annahmen, wie z.B. die Bedeutung von Selbstexplorationsprozessen, die Wichtigkeit des eigenen 'inneren Bezugssystems' u.a.. Die theoretische Reflexion geschieht in der ZGT jedoch nicht zentral auf der Basis der Rogers-Theorie, sondern mit Hilfe motivations- und kognitionstheoretischer Konzepte. Dadurch wird die ursprüngliche Rogers-Konzeption stark erweitert und auch verändert".*

4.

Prof. Dr. Sachse hat die Ergebnisse des unter 1. genannten Forschungsprojektes auch in seinem 2006 erschienenen Buch „Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen“, Göttingen “ veröffentlicht. Bei dem in dem neuen Buch beschriebene Forschungsprojekt (S. 105 – 118) handelt es sich um **dieselbe Untersuchung**, auf die sich alle bereits genannten Beiträge beziehen. Sachse hat daraus viele Teile wörtlich übernommen, aber hinsichtlich der Behandlungsmethodik eine neue Terminologie eingeführt:

- Der Titel des Forschungsprojektes „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ....“ ist durch die Kurzbezeichnung „Psychotherapie Psychosomatischer Störungen“ ersetzt.
- Der Begriff „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“ ist durch den Begriff „Klärungsorientierte Psychotherapie“ ersetzt.
- Die Ausbildung der an dem Projekt beteiligten Therapeuten wird nicht - wie in allen früheren Veröffentlichungen - als „Ausbildung in Gesprächspsychotherapie“, sondern als „Ausbildung in Klärungsorientierter Psychotherapie“ bezeichnet, was allerdings nichts mehr daran ändern kann, dass es sich um die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GwG handelt.

5.

In den gängigen Lehrbüchern zur Psychotherapie wird Sachse als Autor – sofern er erwähnt wird - dem Verfahren “Gesprächspsychotherapie“ zuordnet. So z. B. auch von Lehrbuchautoren, die der Gesprächspsychotherapie eher neutral gegenüberstehen, wie E. Leibling und H. Hoyer in dem von Hiller, Leibling, Leichsenring und Sulz 2004 herausgegeben „Lehrbuch der Psychotherapie“ Bd. 1, S. 343-352.

6.

Anzumerken bleibt als Kuriosum, dass die allgemein gültige Forderung nach störungsspezifischer Anwendung von Psychotherapieverfahren hier argumentativ zum Nachteil der Gesprächspsychotherapie eingesetzt wird, indem im Zusammenhang mit einer konkreten störungsspezifischen Anwendungsform deren Zuordnung zum identitätsstiftenden Verfahren negiert wird.

Die klärungsorientierte Psychotherapie aus der Gesprächspsychotherapie ausgliedern zu wollen, käme zudem einem Verbot jeglicher, ansonsten allseits geforderter Weiterentwicklung gleich.

Selbstverständlich müssen sich Psychotherapieverfahren im Ergebnis wissenschaftlichen Fortschritts weiterentwickeln können.
Es steht ja auch nicht zur Frage, die Verhaltenstherapie aus den Psychotherapie-Richtlinien herauszunehmen, nur weil sie seit 1987 einige fundamentale Wendungen und Neukonzeptualisierungen vollzogen hat.

Beispiel 2: Sachwidrige Bewertung einer Wirksamkeitsstudie

Meyer AE. The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Psychother Psychosom 1981; 35 (2-3): 81-207

Die Studie der Psychoanalytiker Prof. Meyer und Kollegen belegt den Nutzen der Gesprächspsychotherapie.
Sie wurde von der *Deutschen Forschungsgemeinschaft* finanziert, in der renommierten Zeitschrift *Psychotherapy and Psychosomatics* veröffentlicht und von den Juroren der *Society of Psychotherapy Research* mit dem internationalen Forschungspreis der SPR ausgezeichnet. Die Studie entsprach zum damaligen Zeitpunkt dem Goldstandard einer empirischen Psychotherapie-Studie. Die randomisierte vergleichende klinische Studie erfüllt die Kriterien der Evidenzstufe Ib.
Es wurden 22 Patienten mit affektiven Störungen und Angstsymptomatik mit analytischer Fokaltherapie bzw. klientenzentrierter Psychotherapie behandelt.
Bewertung der AG GPT: „Keine eindeutige Überlegenheit der klientenzentrierten Therapie gegenüber der analytischen Fokaltherapie feststellbar.“ Deshalb wurde die Studie als nicht berücksichtigungsfähig „konsentiert“.
Die zur Ablehnung führenden Einwände der TG GPT gehen an der Aufgabe, die Studie unter dem Gesichtspunkt des Nutzens der GPT zu bewerten, vorbei. Sie stellen den Nutzennachweis der GPT durch diese Studie nicht in Frage.

Die Ablehnung der TG beruht auf Äußerungen der ständigen Sachverständigen des Unterausschusses, die gegen die Berücksichtigung der Studie insbesondere angeführt haben:

„Die ansonsten sehr gut und sorgfältig durchgeführte Studie hat einen zentralen Mangel:
- Die mit ICC (=Gesprächspsychotherapie) behandelten wurden von in dieser Methode erfahrenen Therapeuten & ohne wesentliche Abwandlung des Settings behandelt.
- Die mit „IPT behandelten Patienten wurden mit einer neuen, eigens entwickelten Methode, in der keiner der Therapeuten Erfahrung hatte und welche massiv vom gewohnten Setting abwich, behandelt.“

„Die Studie ist trotz aller Raffinesse nicht zu verwerten. Die psychoanalytische Behandlungsform ist von Leuten durchgeführt worden, die sie weder theoretisch noch praktisch kennen, sie sind dafür nicht geschult worden. Im Gegenteil hat die Langzeitschulung sie eher ungeeignet gemacht. Aber sie haben wohl geglaubt, sie

können alles. Insgesamt ist das Verfahren sehr problematisch. Ethisch und vor allem in Bezug auf die finanziellen Ressourcen, die verbraucht worden sind."
Diese Einwände könnten, wenn sie zuträfen, (nur) dann Geltung beanspruchen, wenn die Studie zu etwa folgender Fragestellung durchgeführt worden wäre:
„Psychotherapieverfahren im Vergleich: Einfluss der Qualifikation der Behandler auf die Effekte ihres Psychotherapieverfahrens."
Der beigeladene GPT-Sachverständige, Prof. Eckert, hatte sich dennoch aufgrund von Detailkenntnis mit den Einwänden auseinandergesetzt und der AG/TG GPT schriftlich folgende Hinweise gegeben:
„1.
Die zeitliche Limitierung der Behandlung war für die meisten Therapeuten der **beiden** Verfahren neu und ungewohnt.

2.
Ungewohnt war für die CC-Therapeuten die Frequenz von 2 Sitzungen pro Woche (üblich ist 1 Sitzung pro Woche).

3.
Ungewohnt war für die IPT-Therapeuten die Frequenz von nur 2 Sitzungen pro Woche (üblich sind 3 Sitzungen pro Woche).

4.
Die der angewandten „psychoanalytische" Methode im Wesentlichen zugrunde liegenden Annahmen waren bekannt: Es handelt sich um das Fokaltherapiekonzept[2] von Malan. Vom Fokalkonzept wich ab, dass der Fokus nicht zwischen Patient und Therapeut erarbeitet wurde, sondern zwischen Patient und Interviewer(n) bzw. Interviewergruppe. Ob und welche Auswirkungen dieser Unterschied in welche Richtung hatte, ist völlig unbekannt.

5.
Die Erfahrung und Kompetenz der beiden Therapeutengruppen sind in nicht vergleichbarer Weise dargestellt: Über die Erfahrung mit zeitlich limitierter Fokaltherapie wird berichtet, dass 2 der 12 Analytiker solche Erfahrung haben. Für die CC-Therapeuten fehlt dazu eine Angabe.
Von den 12 Analytikern wird berichtet, dass sich einer von ihnen noch 4 Jahre vor dem Kolloquium befand und 5 es abgeschlossen haben.
Angaben zum Ausbildungsstand für CC-Therapeuten fehlen gänzlich. (Als die Studie 1972 startete, gab es noch keine nach irgendwelchen verbindlichen Richtlinien ausgebildeten Gesprächspsychotherapeuten. Der Fachverband GwG wurde 1970 gegründet und ein vorläufiges Ausbildungscurriculum gab es erst ab 1972. Das heißt: alle an der Studie beteiligten Gesprächspsychotherapeuten sind mehr oder weniger Autodidakten: Sie haben entweder bei Rogers in den USA Gastsemester absolviert

[2] Da „Kurztherapie" und „Fokaltherapie"als Anwendungsformen der Psychoanalyse Kassenleistungen sind, gehe ich davon aus, dass Psychoanalytiker darin auch ausgebildet sind.

oder an einem der universitären Seminare zum Thema Gesprächspsychotherapie von Prof. Tausch teilgenommen, die er ab ca. 1966 i. R. seiner Lehrveranstaltungen anbot. Man kann also nicht sagen, dass die Gesprächspsychotherapeuten im Vergleich zu den Psychoanalytikern die besser ausgebildeten Therapeuten waren.
Bezüglich der Therapieerfahrung gibt es Angaben für die CC-Therapeuten, z.B. 10 der 13 haben 5-7 Jahre Erfahrung als Gesprächspsychotherapeut und 7 haben 40-65 Patienten behandelt. Entsprechende Angaben fehlen für die IPT-Therapeuten.

Das bedeutet:

1. Es lassen sich aus den vorliegenden Angaben zwischen den beiden Therapeutengruppen keine gravierenden Unterschiede bezüglich Ausbildung und Behandlungserfahrung ableiten.
2. Die beiden Gutachter gehen aber offensichtlich davon aus, dass solche Unterschiede vorliegen und dass dadurch das Verfahren IPT „benachteiligt“ worden ist.
   Selbst wenn diese Annahme zuträfe, wäre ein solcher verallgemeinernder Schluss, dass weniger Ausbildung und geringere Berufserfahrung zu schlechtern Behandlungsergebnissen führen, wissenschaftlich nicht haltbar, wie in der Übersicht in „Bergin and Lamberts’ Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Lambert, 2004, p. 169 ff) nachzulesen ist. Ein solcher Schluss wäre nur möglich, wenn der Einfluss von Ausbildung und Berufserfahrung auf die Ergebnisse in der vorliegenden Studie kontrolliert und entsprechende Zusammenhänge gefunden worden wären. Das ist aber nicht der Fall.
3. Die Einwände der Gutachter beruhen jedoch auf nicht belegten Annahmen, z.B. „die Langzeitschulung (hat) sie (die Analytiker) eher ungeeignet gemacht“. Herr Meyer ist zusammen mit 11 weiteren analytisch geschulten Kollegen und Kolleginnen zu der Annahme gekommen, dass sie aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen in der Lage seien, eine „psychodynamische konfliktzentrierte zeitlimitierte Therapie“ lege artis durchzuführen. Dass Herrn Meyers Annahme nicht stimmte, muss bewiesen und kann nicht einfach behauptet werden. Meyer hat mit seiner Studie nachgewiesen, dass diese Form analytischer Kurztherapie wirksam ist und dass die Wirksamkeit vergleichbar ist mit der von Gesprächspsychotherapie, die (damals) generell mit einer Therapiedosis von 30 bis 40 Sitzungen (im Mittel) auszukommen versucht hat.
4. Die Meyer-Studie, die internationale Auszeichnungen erfahren hat, ist ja nicht nur eine Therapievergleichsstudie, sondern sie ist zugleich auch eine klassische RCT-Studie, mit einer Experimental- und zwei Kontrollgruppen (Fremd- und Eigenwartegruppe). Allein schon unter diesem Gesichtspunkt kann die Studie nicht ausgeschlossen werden.

Fazit:
Die Studie Meyer et al. erfüllt die methodischen und inhaltliche Standards einer psychotherapeutischen Wirksamkeitsstudie und ist geeignet, den Nutzen von Gesprächspsychotherapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu belegen.“

Kein Sachverständiger hat infrage gestellt, dass die Studien-Ergebnisse den Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die Versichertenversorgung belegen.
Dennoch wurde die Studie in der Sitzung der AG am 14.06.2005 gegen das Votum des GPT-Sachverständigen als nicht berücksichtigungsfähig angesehen.

Die geäußerten Einwände gehen von der nicht zu rechtfertigenden Forderung aus, der Nutzen des Verfahrens GPT müsse im studieninternen Vergleich zu einem Richtlinien-Verfahren nachgewiesen werden. Gerade diese Forderung, die für die Studienauswahl maßgebend war und in den ersten Monate der Studienbewertungen zum weiteren Ausschluss von Studien z.B. mit GPT/-Wartegruppen-Vergleichen führte, wurde zu Beginn der Sitzung, in der die Nichtberücksichtigung der Meyer-Studie „konsentiert“ wurde, von der Sitzungsleitung - offenbar aufgrund des Beratungsgesprächs vom 3.2.05 mit der Aufsichtsbehörde BMGS - als unanwendbar erklärt. Demnach hätte die Meyer-Studie als kontrollierter Nutzennachweis zugunsten der GPT gelten müssen.
Stattdessen wurde in der AG-Sitzung vom 14.06.2005 aufgrund der Hinweise von Herrn Prof. Eckert die Stabsstelle Methodik mit einer Prüfung der Studie beauftragt.
Aus der Antwort der Stabsstelle Medizin ergibt sich, dass sie nicht um Stellungnahme zum Nachweiswert der Studie für den Nutzen der GPT, sondern um die Beantwortung der Frage gebeten wurde:
„Ist eine Auswertung der Studie ohne Berücksichtigung der Ergebnisse der Wartegruppe(n) möglich?“

Die Stabsstelle Methodik beantwortet die Anfrage negativ unter dem Gesichtspunkt, ob sich ein indirekter Vergleich mit Richtlinienverfahren ableiten ließe. Daraufhin wird die Meyer-Studie als nicht berücksichtigungsfähig „konsentiert“.
Vergebens reklamiert der GPT-Sachverständige in seinem Schreiben vom 07.12.2005, dass seine Entkräftung der Einwände bisher keine Erörterung fand; er weist erneut auf die unbestrittene Qualität und das Renommé der Meyer-Studie hin. Die Studie ist ohne weitere Erörterung abgelehnt geblieben.

Beispiel 3: Sachwidrige Bewertung einer Katamnese-Studie

Frohburg, I (2004).

Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. Überblicksarbeit

Z. für Klinische Psychologie und Psychotherapie 33(3), 196-208

Die Studie wurde in der „Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie" veröffentlicht. Die Zeitschrift ist die führende deutschsprachige wissenschaftliche Fachzeitschrift im Bereich Klinische Psychologie/Psychotherapie und pflegt ein bekannt strenges Gutachterverfahren. Allein die Veröffentlichung der Studie in dieser Zeitschrift nach einer positiven Begutachtung durch fachlich hochqualifzierte und wissenschaftpublizistisch ausgewiesene Experten spricht für das hohe Niveau sowohl des Inhalts als auch der Darstellung.

Die Ablehnung der Studie wird wir folgt begründet:
„Aufgrund fehlender methodischer Standards und oft unzureichender Angaben zu den Einzelstudien muss die Validität der Ergebnisse in Zweifel gezogen werden.

- Kein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen Evidenz und den Aussagen
- Erheblich eingeschränkte Validität der Ergebnisse aufgrund schwerwiegender methodischer Mängel der Informationssynthese."

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die von der AG/TG angelegten Kriterien an Metastudien nicht nur die Standards der internationalen Psychotherapieforschung überschreiten, sondern auch über die HTA-Empfehlungen hinausgehen (vgl. „Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen" Khan, Kunz, Kleijnen&Antes, Springer: Heidelberg, 2004).
Für die der Bewertung der vorliegenden Studie ist darüber hinaus festzustellen, dass die zu dem Bewertungsergebnis führenden einzelnen Bewertungsschritte durchweg unhaltbar sind; sie werden folgend richtig gestellt:

1.
Die Veröffentlichung in einer Zeitschrift mit Gutachterverfahren wird **verneint !**
(s.o.)

2.
Es wird bemängelt: **„Keine Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien"**

Kommentar: Dieser Hinweis bzw. die ihm implizite Forderung ist unverständlich: Die zum Ausschluss von Studien führenden Kriterien wurden aufgeführt. Definiert ist, welche Bedingungen an die Studien gestellt wurden, die berücksichtigt worden sind. Ausgeschlossene Studien zu dokumentierten ist in wissenschaftlichen Publikationen generell nicht üblich.

3.

Es wird bemängelt: **„Keine Beschreibung von: Studiendesigns, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, konkrete Messung der Zielkriterien bezogen auf die einzelnen eingeschlossen Primärstudien“**

Kommentar: Diese Anforderung an eine Übersichtsarbeit i.S. einer Informationssynthese würde eine additive Beschreibung der 40 Einzelstudien verlangen und damit das Thema verfehlen.

Angegeben wurden

- Diagnosen,
- Art der Studie (Effektivitätsstudie/Vergleichsstudie),
- das Therapie-Setting,
- Katamnesedauer,
- Ergebnisse der Studie,
- Stichprobenumfang,
- eingesetzte diagnostische Kennwerte,
  - verwendete Veränderungsscores,
- Zielkriterien.

Damit sind wichtige Merkmale von Patienten, Interventionen und Zielkriterien angegeben.

4.

Es wird bemängelt: **„Keine systematische Bewertung der methodischen Qualität der einzelnen Primärstudien. Tenor: Methodische Unzulänglichkeiten in einigen Studien können vernachlässigt werden“.**

Kommentar: Das Zitat wird aus dem Zusammenhang gelöst und dann gegen die Studie gewendet. Tatsächlich diskutiert die Autorin – für eine seriöse wissenschaftliche Veröffentlichung selbstverständlich - die Standards und die damit verbundenen „Fallstricke“ bei der Durchführung von Katamnese-Studien. Es wird zum einen auf „Minimal-Essentials“ (S. 204) verwiesen und dann ausgeführt: „Für die Katamnesestudien zur Gesprächspsychotherapie können – wie die vorangegangenen Ausführungen und zusammenfassend Tabelle 1 belegen – die Minimalbedingungen als weitgehend erfüllt angesehen werden“ (S.204).

5.

Es wird bemängelt: **„Die Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien wird nicht beschrieben.“**

Kommentar: Dieser Einwand ist unverständlich. Es ist nicht erkennbar, was damit gemeint sein könnte.

6.

Es wird bemängelt: **„Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: qualitativ, grob in Textform“**

Kommentar: Die Auswertung erfolgt nicht qualitativ, sondern quantitativ in Form von kategorialen Zuordnungen, z.B. werden die teststatistisch gesicherten Veränderungen in jeder der 40 Studien im Katamnesezeitraum drei Kategorien zugeordnet:

1. posttherapeutisch ermittelte Veränderungen bleiben erhalten oder
2. verstärken sich oder
3. es werden keine weiteren Veränderungen festgestellt.

7.

Es wird bemängelt: **„Sind die wichtigsten Ergebnisse tabellarisch dokumentiert ? – Nein –„**

Kommentar: Diese Verneinung ist absolut unverständlich. Die Ergebnisse sind in Tab. 1 auf S. 197 dokumentiert.

Zusammenfassung:

Die Zurückweisung dieser Studie belegt, dass in der Auswertung Fehler enthalten sind, die zu offensichtlich falschen Bewertungen = Schlussfolgerungen geführt haben

Die Vielzahl der offensichtlichen Falsch-Bewertungen ist erstaunlich. Es fällt auf, dass alle Falsch-Bewertungen negative Auswirkungen auf die Gesamtbewertung der Studie haben.
Es gibt keinen Bewertungsirrtum, der sich zugunsten der Studie auswirken könnte.
Das wirft verständlicherweise die Frage nach der Ursache der Falsch-Bewertungen auf. Die Einseitigkeit gibt leider zu der Vermutung Anlass, dass nicht fehlendes Fachwissen oder mangelhafte Handhabung des Handwerkszeugs des Bewerters die Ursache ist, sondern dass die Bewertungsarbeit von einer vor-gefassten Meinung überlagert wurde.
Darüber hinaus wird deutlich, dass die AG GPT entweder die maßgeblichen Vorgaben der Verfahrensordnung nicht kennt oder diese vorsätzlich nicht zur Anwendung gebracht hat. Denn selbst wenn man der Bewertung durch die AG GPT folgen würde, müsste die Studie einer der in der Verfahrensordnung hierarchisierten Evidenzstufe zugeordnet werden.

Das BMG hatte in seinem Beanstandungsschreiben vom 15.08.2006 an den G-BA ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Verfahrensordnung auch die Evidenzstufe "Expertenmeinung" vorsehe und auf diese bei der Bewertung nach § 135 SGB V zurückgegriffen werden könne.

Anhang:

Die Studie war der "Stabsstelle Methodik und Information" des G-BA zur Prüfung vorgelegt und von dort zusammenfassend folgend bewertet worden:

„Die Studie kann aufgrund der methodischen Unzulänglichkeiten keinen Beleg für den Nutzen der Gesprächspsychotherapie liefern.“

Die Stellungnahme der Stabsstelle ist Grundlage der Bewertung durch die AG GPT und hat dort teilweise wörtlich Eingang gefunden.
Diese Stellungnahme enthält
1. falsche Aussagen (2, 4,5),
2. wichtige Auslassungen (1,2) und
3. Verzerrungen des ursprünglichen Textes (5,6) bzw. des Anliegens der Darstellungen (3), die zu jeweils falschen Schlussfolgerungen führen.

Nachfolgend werden die wesentlichen, zur Ablehnung führenden Kritikpunkte der Stabsstelle benannt und dann kommentiert:

1.

Stabsstelle: Jede Studie wird tabellarisch in vorgegebenen Kategorien dargestellt. Dabei wird Bezug genommen auf die untersuchten Diagnosen, die Art der Studie, das Therapie-Setting, die Katamnesedauer und die Ergebnisse der Studie. Die tabellarische Darstellung der Studien anhand von kategorialen Variabeln wird einer umfassenden Darstellung nicht gerecht.

Kommentar: Jede Studie wird zur Beschreibung der wesentlichen Merkmale des Untersuchungsmethodik und –ergebnisse anhand selbstgewählter Kategorien dargestellt. Die aufgezählten Kategorien sind unvollständig wiedergegeben:
Zu den Studien wurden darüber hinaus jeweils der Stichprobenumfang, die Art der eingesetzten diagnostischen Kennwerte und die verwendeten Veränderungsscores angegeben.
Damit wird die Feststellung, die tabellarische Darstellung der Studien werde einer umfassenden Darstellung nicht gerecht wird, zumindest stark relativiert.

2.

Stabsstelle: Da es keine Ein- und Ausschlusskriterien gibt, ist von einer großen Variabilität der Studienqualität auszugehen, über die es keine Informationen gibt.

Kommentar: Diese Bewertung ist falsch. Als Ein- bzw. Ausschlusskriterien werden in der Studie benannt:

- Es wurden nur solche Studien berücksichtigt, die die Langzeiteffekte von Gesprächspsychotherapien im heilkundlichen Bereich erfassen.
- Ausgeschlossen wurden Untersuchungen zu den langfristigen Auswirkungen bspw. von Beratungen, die nach dem klientenzentrierten Konzept erfolgten oder die Ergebnisse von Gesprächspsychotherapien bei Beziehungs-, Partner- und Eheproblemen.
- Ausgeschlossen wurden die Ergebnisse von Encountergruppen, die an einem verlängerten Wochenende ohne weitere Zusammenkünfte der Beteiligten stattfanden.

3.

Stabsstelle: Für eine systematische Aufarbeitung der Studien fehlt die vollständige Darstellung der Ergebnisse aus den Einzelstudien.

Kommentar: Eine vollständige Darstellung der Ergebnisse aus den Einzelstudien, also eine additive Beschreibung der 40 Einzelstudien, würde das Thema einer Überblicksarbeit als Informationssynthese verfehlen.

4.

Stabsstelle: Die Literaturrecherche ist unzureichend beschrieben, so dass eine Wiederholung mangels Informationen über die Recherchestrategie nicht möglich ist.

Kommentar: Das ist eindeutig falsch.
Zu jeder einzelnen Studie liegt eine präzise Literaturangabe vor. Eine Wiederholung ist also möglich.

5.

Stabsstelle: Die Autorin diskutiert selbst, dass hohe Anforderungen an die Studienvalidität, wie sie von verschiedenen Wissenschaftlern gefordert werden, zu einer deutlichen Verringerung der Studienzahl in dieser Übersicht führen würden.

Kommentar: Die Behauptung ist aus dem Zusammenhang gerissen und unvollständig wiedergegeben. Sie lässt sich aus der vorliegenden Arbeit nicht ableiten. Die Autorin diskutiert in der Arbeit methodische Aspekte und Standards von Katamnesestudien: „Es gibt Autoren, die sich sehr gründlich mit methodischen Aspekten und Standards von Katamnesen beschäftigt und auf vielfältige „Fallstricke“ hingewiesen haben. Alle ihre Argumente ernst zunehmen, würde wahrscheinlich bedeuten, dass es keine einzige überzeugende, wirklich valide katamnestische Studie gibt.“
Und: Es wird zum einen auf „Minimal-Essentials“ (S. 204) verwiesen und dann ausgeführt: „Für die Katamnesestudien zur Gesprächspsychotherapie können – wie die vorangegangenen

Ausführungen und zusammenfassend Tabelle 1 belegen – die Minimalbedingungen als weitgehend erfüllt angesehen werden“ (S.204).
Von einer „deutlichen Verringerung der Studienzahl in dieser Übersicht“ bei der Anwendung üblicher Standards ist damit nicht die Rede !

6.

Stabsstelle: Weiterhin weist sie (die Autorin) im Ergebnisteil darauf hin, dass die Schlussfolgerungen unter Vernachlässigung methodischer Unzulänglichkeiten dargestellt werden.“

Kommentar: Korrekt hätte zitiert werden müssen: „ ..... unter Vernachlässigung der methodischen Unzulänglichkeiten in einigen der Studien auf Grund der übereinstimmenden Ergebnislage in einer Vielzahl von Untersuchungen in folgenden Aussagen zusammenfassen:“

Beispiel 4: Sachwidrige Bewertung einer Versorgungsstudie

Eckert J, Kriz J & Frohburg I (2004) Therapiewechsler. Differentielle Therapieindikation durch die Patienten?

Psychotherapeut, *49,* 415-426.

Bewertung der Studie durch die Autoren:

„Die Ergebnisse dieser Untersuchung stützen die Annahme: Gesprächspsychotherapie erweist sich für eine Reihe von Patienten als notwendige und auch hinreichende Behandlungsalternative. Die Patienten beschreiben eine bessere Ansprechbarkeit auf das therapeutische Angebot der GPT. Die von ihnen genannten Gründe für den Wechsel des Therapieverfahrens bestätigen die Notwendigkeit einer differenziellen Indikation für Psychotherapie auf der Grundlage des AMP" (S. 417) (AMP = Allgemeines Modell der Psychotherapie).

Bewertung der Studie durch die externe Psychotherapieforscherin Melanie Schacht:

‚Methodisch interessante und wichtige Studie, die zeigt, dass empirische klassische Therapiewirksamkeitsstudien allein nicht ausreichen, um die Wirksamkeit eines Verfahrens beurteilen zu können."

„Für die ambulante Versorgung besonders relevant, da differentielle Therapieindikation enorme Kosten durch ungeeignete Behandlung vermeiden kann."

Bewertung der Studie durch den G-BA:

Nach der Auflistung von 6 Kritikpunkten an dieser Studie unter „Abschließende Bewertung" (s. Anhang) wird zur Bedeutung für die ambulante Versorgung aufgeführt:
„Keine Untersuchung der Wirksamkeit der GPT".

Diese Bewertung ist falsch. Die Studie belegt die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. Die/der Bewerter/in kommt zu dem ablehnenden Urteil, weil sie/er Bewertungskriterien heranführt, die für die Studie ohne Relevanz sind.
Eine Analyse der in der Bewertung aufgelisteten Kritikpunkte (s. Anlage) macht deutlich, dass es sich bei den Einwänden nicht um Mängel oder Fehler der vorliegenden Studie handelt, sondern um Forderungen, die an ein anderes Studiendesign, beispielsweise an die Methodik einer RCT-Studie der Evidenzstufe I gestellt werden kann.

Diese Art der Bewertung ist vergleichbar mit dem Testbericht von einem Fahrrad, in dem bemängelt wird, dass die PS-Zahl des Motors nicht aufgeführt ist. Die Feststellung „keine Untersuchung der Wirksamkeit der GPT" belegt diesen Vergleich recht plastisch: Da es sich nicht um eine RCT-Studie der Evidenzstufe I handelt,

kommt die/der Bewerter zu dem Ergebnis, dass es sich folglich nicht um eine Untersuchung zur Wirksamkeit von GPT handeln kann.
Untersucht wurde in der Tat nicht die „Wirksamkeit i.S. von efficacy" von GPT mit einem „klassischen RCT-Design", sondern die Wirksamkeit von GPT bei Patienten mit unzureichendem Therapieerfolg in einem anderen Therapieverfahren, d.h. es wurde der Nutzen der GPT in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung untersucht.
Deshalb kann der Studie im Hinblick auf die Fragestellung des G-BA – ganz im Gegensatz zur Bewertung der Studie – besondere Relevanz zugesprochen werden.
Die Studie beantwortet die Frage nach dem Nutzen, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie - auch im Vergleich zu bereits angewandten Psychotherapieverfahren - in der Versorgungsrealität
Die Zurückweisung der Studie ist auch mit Blick auf den Forschungsstand in der Routineversorgung nicht akzeptabel:
Der WBP hatte 2003 in seinem Entwurf für ein Forschungskonzept darauf hingewiesen, dass
„in der Regel Studien durchgeführt, die unter kontrollierten Bedingungen stattfinden.
Sie müssen jedoch um Studien, die Psychotherapie unter den Bedingungen der Routine-Versorgung untersuchen, ergänzt werden.
Zur Beurteilung der tatsächlichen Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren unter Alltagsbedingungen sind naturalistischer Studien erforderlich, getrennt für ambulante und stationäre Behandlungen.“
Die vorliegende Studie ist ein Beitrag zur Minderung des beklagten Defizits in der ambulanten Versorgung. Dabei ist unbestritten, dass bei Studien in der Versorgungswirklichkeit nicht die methodischen Standards realisiert werden können, die für kontrollierte Studien sachgerecht sind.

ANHANG

Erläuterungen zur der Kritik an der Studie Eckert J, Kriz J & Frohburg I (2004) Therapiewechsler. Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? Psychotherapeut, 49, *415-426.*

In der abschließenden Bewertung (Feld 23 des Bewertungsbogens des G-BA) werden sechs Punkte benannt, die zu einer „stark eingeschränkten Aussagekraft" der Studie führen.

1. **D*ie Stichprobe sei zu „gering"* (gemeint ist wohl: „zu klein") und *„sehr heterogen".***
   Diese beiden Einwände sind falsch: Die Stichprobengröße weist nicht nur eine für Therapiestudien übliche Größe auf,, sondern sie ist auch adäquat, und zwar sowohl im Hinblick auf die untersuchte Fragestellung als auch bezüglich der Zahl der untersuchten Variablen. Die Stichprobe hat im Hinblick auf die untersuchte Fragestellung heterogen zu sein, weil der Geltungsbereich des untersuchten

Indikationsmodells nicht nur auf eine bestimmte (homogene) Patientenpopulation begrenzt ist.

2. **Zu große *„Varianz hinsichtlich der Anzahl der zuvor durchgeführten RL-Therapien (2-600 Std.)"***
   Gemeint ist wohl, dass sich die Patienten unterschiedlich lange in den nicht erfolgreichen Behandlungen aufgehalten haben, bevor sie diese Behandlung entweder vorzeitig abbrachen oder nicht erfolgreich beendeten.
   Dieser Einwand ist methodisch falsch und geht thematisch fehl. Für die hier untersuchte Fragestellung ist der mögliche Einfluss der Therapiedosis der ersten Behandlung auf den Erfolg einer nachfolgenden Gesprächspsychotherapie irrelevant.
   Entscheidend ist also nicht das Kriterium „vorhergehende Therapiedosis“, sondern dass Kriterium „Erfolglosigkeit in einem der Richtlinienverfahren“ und die Fragestellung der Untersuchung, ob diese Patienten mit einem alternativen Behandlungsansatz – hier der Gesprächspsychotherapie - erfolgreich behandelt werden konnten.

3. ***„Fehlende Kontrolle, ob die Therapien methodenkonform durchgeführt worden sind".***
   Würde man diesen Einwand gelten lassen, wären Untersuchungen/Forschungen, die (auch) das angewandte Psychotherapieverfahren berücksichtigen, in der Versorgungsrealität a priori ausgeschlossen.
   Vielmehr ist davon auszugehen, dass Psychotherapeuten das Verfahren anwenden, für das sie zugelassen sind und dass sie abrechnen.
   Im übrigen ist die Verfahrenstreue auch durch das obligatorische Gutachterverfahren sichergestellt. Würde man den Einwand, dass es sich bei den nicht erfolgreichen Behandlungen um solche handelt, die nicht „lege artis" durchgeführt worden sind, als im Prinzip richtig ansehen, dann wäre der Schluss, dass die nicht erfolgreichen Erstbehandlungen auf mangelnde Abstimmungen der Passungen i.S. des AMP zu Fehlindikationen zurückzuführen sind, weniger zweifelsfrei (valide) zu ziehen. Die dem kritischen Einwand implizite Forderung, das lege-artis-Therapeutenverhalten zu kontrollieren, wird dem gewählten Untersuchungsdesign nicht gerecht und ist zugleich aber auch eine utopische Forderung: Es handelt sich um eine retrospektive Analyse von Therapien, die von niedergelassenen kassenzugelassenen Psychotherapeuten durchgeführt worden sind. Aber auch in einem prospektiven Untersuchungsdesign dürfte diese Forderung kaum zu realisieren sein, weil sich wohl kaum Psychotherapeuten finden dürften, die sich mit folgender Untersuchungsbedingung einverstanden erklären würden: Wir möchten Ihre Therapie auf Ton-/Bildträger dokumentieren, um dann, wenn sie nicht zum Erfolg führt, prüfen zu können, ob sie die Behandlung auch lege artis durchgeführt haben.

4. ***„Fehlende Kriterien zur Beurteilung der Erfolglosigkeit der RL--Therapie bzw. zum Erfolg der GPT ".***

Dieser Einwand ist wohl dahingehend zu verstehen, dass die in dieser Untersuchung angelegten Kriterien als nicht ausreichend bzw. als nicht ausreichend operationalisiert und damit auch nicht als ausreichend objektiv angesehen werden. Dieser Einwand wäre nur dann angebracht, wenn das Untersuchungsdesign eine solche Maßnahme zulassen und sie zur Erhöhung der Validität des Untersuchungsergebnisses beitragen würde. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine naturalistische Studie, bei der der unzureichende Behandlungserfolg der RL-Therapie dadurch definiert worden ist, dass die Patienten eine weitere Behandlung mit der Begründung aufsuchten, dass die vorherige nicht oder nicht ausreichend erfolgreich war. Die Studie ist retrospektiv angelegt, d.h. auch die gesprächspsychotherapeutischen Behandlungen sind abgeschlossen, und zwar nach Einschätzung des behandelnden Psychotherapeuten erfolgreich.
Ein solches Vorgehen legitimiert sich aus dem jeweiligen Forschungsstand zu der untersuchten Fragestellung: Es gibt keine empirischen Studien zu dieser Fragestellung. Der Einwand ist also nicht sachgerecht.

5. **„Die Patienten wurden nicht selbst befragt. Aussagen über die Vorbehandlungen und die Gründe für den Wechsel stammen aus zweiter Hand (retrospektive Erinnerung der Therapeuten) und das, nachdem die Behandlungen bereits - zum Teil nach langer Zeit (angegebene Zeitspanne 1977-2003) - beendet waren. Die Reliabilität der Therapeuten-Erinnerung muss daher in Frage gestellt werden".**

a) Dieser Einwand gibt das benutzte Studiendesign nicht korrekt wieder. Nur bei der Stichprobe 1 wurden ausschließlich die Behandler befragt, bei der Stichprobe 2 wurden die behandelten Patienten durch neutrale Untersucher befragt. Zur Prüfung der Reliabilität der Ergebnisse der Stichprobe 1 wurde diese mit den Ergebnissen der Stichprobe 2 verglichen (S.420 f.)

b) Die angegebene Zeitspanne „1977-2003" ist falsch bzw. irreführend. Es gibt nur einen Patienten, dessen 2. Behandlung 1977 begonnen wurde (Nr. 21). Dieser Patient mit der Diagnose „Schizophrenie" und 1500 Behandlungsstunden wurde in den weiteren Auswertungen ausgeschlossen, weil er im Hinblick auf die Repräsentativität der behandelten Patienten sowohl vom Behandlungsumfang als auch diagnostisch atypisch für eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung ist. Der Behandlungsbeginn aller anderen Patienten war 1991 und später.

c) Der Hinweis auf die mangelnde Reliabilität der „Therapeuten-Erinnerungen" ist eine nicht belegte Behauptung, sie ist auch falsch. Die Therapeuten der Stichprobe 1 sollten ihre Angaben auf der Grundlage ihrer (gesetzlich vorgeschriebenen) Falldokumentionen machen.

Es werden noch zwei zusätzliche Anmerkungen gemacht:

a) „Der Erhebungsbogen zur Datengewinnung wird in der Veröffentlichung nicht vorgestellt"

b) „Bei der Berechnung der durchschnittlichen Behandlungsdauer der GPT wurde eine Behandlung von 1500 Std. nicht berücksichtigt. Unter Einbeziehung dieser Behandlung ergibt sich für die GPT eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 144 Stunden (21-1500)"

Die beiden Anmerkungen geben der Vermutung Nahrung, dass der/die Bewerter/in dieser Anmerkungen weder hinreichend gut die Regeln und Standards empirischer Sozialforschung kennt noch selbst jemals eine empirische Forschungsarbeit publiziert hat. Wissenschaftliche Zeitschriften publizieren die in einer Untersuchung eingesetzten Messinstrumente/Fragebögen in der Regel nicht. Der häufigste Grund dafür sind Platzgründe. Eine Veröffentlichung erübrigt sich auch dann, wenn die auf einem Erhebungsbogen gestellten Fragen - wie im vorliegenden Fall - aus den publizierten Antworten hervorgehen. Besteht dennoch der Wunsch, die Originalfragebögen einzusehen, wendet man sich an den Autor, dessen Korrespondenzadresse unter jeder wissenschaftlichen Publikation steht.

Den Umgang mit Extremwerten („Ausreißern") lernt man beim Studium der Statistik bereits im Kapitel „deskriptive Statistik". Die meisten Statistikbücher widmen dem Problem ein eigenes Kapitel (z. B. Kap. 38 „Ausreißerproblem und Toleranzgrenzen" in dem Buch „Angewandte Statistik" von Lothar Sachs). Die im G-BA-Bewertungsbogen vorgenommen Neuberechnung der durchschnittlichen Therapiedauer der untersuchten Gesprächspsychotherapie kommt unter Einbeziehung des Ausreißers zu dem Ergebnis, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer nicht 86, sondern 144 Stunden beträgt. Wenn auch unfreiwillig – und bestens als anschauliches Beispiel für ein Statistik-Lehrbuch geeignet: Überzeugender kann man kaum demonstrieren, welche verfälschende Wirkung Ausreißerwerte haben können, wenn man sie nicht eliminiert.

Eine Versorgungsstudie mit ähnlicher Fragestellung
„Frohburg, I. Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus Sicht der Patent(inn)en. Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung 2003; 34 (4): 233-42“
bleibt trotz der Feststellung

„Obwohl die Ergebnisse beeindruckend sind, bestehen Fragen im Hinblick auf die Auswahl der Pat. und ihre Repräsentativität“

und

„Wenn sich die Ergebnisse in größerem Umfang und mit einer objektiveren Pat.-Auswahl wiederholen ließen, wäre das ein Grund zu Einführung der GT.“

auch auf niedriger Evidenzstufe unberücksichtigt.

E. II.

8 Beispiele

1. für Studien, in die trotz positiver Bewertung durch die AG/TG GPT dann keine Berücksichtigung für die Beschlussvorlage zur GPT gefunden haben
6 Studien der Evidenzstufe 1b

2. Für Studien, zu denen eine Bewertung abgelehnt wurde.
2 Studien

Positiv bewertete Studie - unberücksichtigt

Beispiel 1

Grawe K. Differentielle Psychotherapie I. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten. (1. Auflage). Bern: Huber. 1976.

Die folgenden Auszüge aus der "konsentierten" Bewertung der AG/TG sind wörtlich zitiert.

„Evidenzkategorie: Ib *Randomisierte vergleichende klinische Studie*

(Auszüge aus) ***Ergebnisse:***

Veränderungen während der Therapie (Messung direkt nach Therapieende)*:*

Die phobischen Symptome der Patienten beider Therapiegruppen nahmen während der Therapie hochsignifikant ab, sowohl im Urteil der Patienten selbst als auch in der unabhängigen Einschätzung durch Psychiater und Angehörige. Das galt besonders für die individuellen Hauptphobien der Patienten.
Die Erwartung, dass Verhaltenstherapie eine größere mittlere Symptomreduktion bewirkt, bestätigte sich nicht. Die Gesprächspsychotherapie-Patienten verändern sich über alle Maße für die phobische Symptomatik gesehen im Mittel ebenso stark wie die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten

Veränderungen nach der Therapie (follow-up):

Die während der Therapie erreichten positiven Veränderungen blieben in den Monaten nach der Therapie in beiden Therapiegruppen sehr weitgehend bestehen.
Verhaltenstherapie-Patienten:
Vermeidungsverhalten stieg nach der Therapie signifikant wieder an, allerdings nicht bis auf dasselbe Niveau wie vor der Therapie. Geringfügige aber signifikante Zunahme von Erregbarkeit im FPI. Weitere Verbesserung des subjektiven Befindens.
Gesprächspsychotherapie-Patienten:
Nach der Therapie im Mittel keine bedeutsamen Verschlechterungen sondern in einigen Bereichen noch signifikante positive Veränderungen.
Geselligkeit, Extraversion, Offenheit und Maskulinität im FPI stiegen an.
Weitere Verbesserung des subjektiven Befindens.
Mehr bedeutsame Veränderungen noch nach der Therapie als bei Verhaltenstherapie.

Abschließende Bewertung:

In dieser Studie haben sich VT und GPT-Einzeltherapie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe als wirksam erwiesen.
Jede Methode für sich ist nicht bei allen Patienten gleichwirksam. Hinweis auf differenzielle Indikation.

Methodische Schwächen:
Sehr kleine Stichprobe; viele Veränderungsmesswerte (75 Variablen); Auswahl der Patienten/Studienteilnehmer durch die beiden Untersucher nicht nach standardisierten Kriterien (betrifft aber alle Forschungsgruppen); keine differenzierte Darstellung der Charakteristika der Stichprobe; Supervision der Therapeuten durch den Untersucher

Bedeutung für ambulante Versorgung

Übertragbarkeit auf ambulante Versorgung gegeben, vorbehaltlich der Frage der Repräsentativität der Ergebnisse (wg. kleiner Stichprobe und zu vermutenden Selektionseffekten bei Patienten und Therapeuten.“

Kommentar der GPT-Fachverbände:

Die Studie wird für die Beschlussvorlage nicht berücksichtigt. Die Gründe sind unbekannt und werden aus den Bewertungsschritten nicht nachvollziehbar.

Die Behandlungserfolge der GPT erweisen sich als besonders stabil, der Hinweis auf die differenzielle Indikation belegt zudem, dass mit der GPT die Versorgung ergänzt und bereichert wird.

Die angeführte „methodische Schwäche“ einer kleinen Stichprobe ist nicht nachvollziehbar. Eine Gesamtstichprobe von N = 54 (GPT = 18) kann in der Psychotherapieforschung nicht als „klein“ bezeichnet werden.

Die AG/TG hatte sich zudem vorgegeben, Studien mit N > 5 zu berücksichtigen.

Positiv bewertete Studie - unberücksichtigt

Beispiel 2

Borkovec TD, Mathews AM. Treatment of nonphobic anxiety disorders: a comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. J Consult Clin Psychol 1988; 56 (6): 877-84

Die folgenden Auszüge aus der "konsentierten" Bewertung der AG/TG sind wörtlich zitiert.

*„Evidenzkategorie: **Ib** Randomisierte vergleichende klinische Studien*

Angewandtes Psychotherapieverfahren

Nondirective therapy: Klienten wurden angehalten, ihre Gefühle und Gedanken über sich und ihre Angst zu explorieren und sollten andere Umgehensweisen mit Ereignissen ausprobieren. Die Therapeuten gaben keine Anregungen oder Anweisungen, sondern sollten den Inhalt und die Empfindungen in den Mitteilungen des Klienten in einer Atmosphäre von Akzeptanz, Wärme und Achtung reflektieren.

Ergebnisse:

Keine Unterschiede in der differenziellen Wirksamkeit zwischen den Behandlungsgruppen.
Jede Behandlungsbedingung brachte signifikante Verbesserungen in einer Vielzahl der angewendeten Veränderungsmaße. Die Verbesserungen bestanden auch noch nach 12 Monaten

Abschließende Bewertung

Unklar ob GPT
Geringe Fallzahl, geringe Therapie-Dosis

Bedeutung für ambulante Versorgung

Keine; s.o.“

Kommentar der GPT-Fachverbände:

Die abschließende Bewertung „Unklar, ob GPT“ ist unverständlich, weil die Beschreibung der „nondirective therapy“ zum Gegenstand der Bewertung gemacht wird, und die wesentlichen Prinzipien der GPT aufgeführt werden.

Der Einwand „geringe Fallzahl“ ist nicht gerechtfertig, da die Gesamtstichprobe 30 Patienten umfasste, und in allen drei Behandlungsgruppen 10 Patienten die Behandlung abgeschlossen haben.

„Geringe Therapiedosis“ könnte allenfalls in Zusammenhang mit ausbleibendem Therapieerfolg Fragen aufwerfen.

Hier ist entscheidend, dass mit der (geringen) Therapiedosis die signifkanten Verbesserungen sowohl 6 Monate als auch 12 Monate nach Beendigung der Behandlung stabil waren.

Positiv bewertete Studie - unberücksichtigt

Beispiel 3

Greenberg LS, Watson JC, Psychotherapy Research 8(2) 210-224, 1998

Die folgenden Auszüge aus der "konsentierten" Bewertung der AG/TG sind wörtlich zitiert.

*„**Evidenzkategorie**: **Ib** Randomisierte vergleichende klinische Studien*

Fragestellung:

Effektivität der prozess- und erlebnisorientierten Psychotherapie mit der alleinigen klientenzentrierten Psychotherapie in der Behandlung depressiver Störungen zu vergleichen

Angewandtes Psychotherapieverfahren: PE- Prozess und erlebnisorientierte Psychotherapie nach GREEBERG

Vergleichend angewandtes Therapieverfahren:

CC-Clientzentrierte Psychotherapie nach ROGERS

Ergebnisse:

Beide Behandlungsansätze unterscheiden sich nicht im Hinblick auf die Reduktion depressiver Symptome sowohl am Ende der Therapie als auch nach 6 Monaten.

Die erlebnisorientierte Psychotherapie zeigt aber deutliche positive Effekte in der Behandlungsmitte auf die Depression und auf die gesamte Symptomatik, das Selbstwertgefühl und die interpersonellen Probleme.

Abschließende Bewertung:

Leichte Überlegenheit der process-experiential Therapie gegenüber CC (siehe oben) nach 6 Monaten.

Bedeutung für ambulante Versorgung:

Keine Aussage im Sinne der Fragestellung der Themengruppe GT möglich

---

Kommentar der GPT-Fachverbände:

Die Zurückweisung dieser Studie wirft die Frage auf, mit welcher Fragestellung sich die Themengruppe befasst hat.

Die Aussage ist in ihrem inhaltlichen Gehalt und hinsichtlich ihrer logischen Ableitung unverständlich.

Positiv bewertete Studie - unberücksichtigt

Beispiel 4

Stanley, A.M., Beck, J.G., Glassco, J.D: Treatment of Generalized Anxiety in Older Adults: A Preliminary Comparison of Cognitive-Behavioral and Supportive Approaches.
Behavior Therapy 27, 565-581, 1996

Die folgenden Auszüge aus der "konsentierten" Bewertung der AG/TG sind wörtlich zitiert.

„Vergleichende Psychotherapiestudie ohne Placebo- und ohne Kontrollgruppe - Prospektive vergleichende Studie **-** *Evidenzkategorie 1b"*

Die Autoren versuchen eine systematische Untersuchung von bekannten und bewährten Behandlungsverfahren für Angsterkrankungen auf alte Personen zu übertragen. Interessenskonflikte inhaltlicher Art konnte ich nicht entdecken.

Die Fragestellung ist einmal die grundsätzliche Wirksamkeit der Behandlungsverfahren auf eine Population von älteren Menschen bei gleichzeitiger Untersuchung der vergleichenden Wirksamkeit der beiden Behandlungsverfahren, kognitive Verhaltenstherapie und nicht direktive Therapie in Gruppen.

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer war 35 Jahre, das Durchschnittsalter 55 Jahre und älter.

Angewandtes Psychotherapieverfahren

Nicht direktive Gruppendiskussion der Angstsymptome und Erfahrungen, Annahme einer unterstützenden erleichternden Rolle, die die Patienten ermutigen sollte, ihre Erfahrungen zu teilen und für einander Unterstützung zu entwickeln. Den Patienten wurde erlaubt, Copingfähigkeiten zu disktuieren, aber es wurden keine spezifischen Skills beigebracht und der Therapeut war sorgfältig angehalten, keine Belohnung differentieller Art für irgend eine Art des Copings zu ermöglichen.

14 wöchentliche 1,5 h-Gruppensitzungen mit 4-6 Patienten, durchgeführt von trainierten graduate students. Durchführungsintegrität wurde überprüft. N = 46.

- CBT (N = 26 assigned, N = 18 completers): PMR, kognitive Therapie & Exposition.

- *NPT (N = 20 assigned, N = 13 completers): Fokus auf Diskussion von Angst, 'share experiences and provide support'*

Vergleichend angewandte Psychotherapieverfahren

Kognitive Verhaltenstherapie mit den 3 Komponenten Muskelentspannung, kognitive Therapie und Exposition in dieser Reihenfolge. Die beschriebenen Verfahren entsprechen den üblichen Techniken einschließlich Hausaufgaben.

Ergebnisse

Signifikante Effekte im Schwereindex in Bezug auf die beiden Behandlungsgruppen von Anfang zu Therapieende ohne weitere Änderungen. Keine signifikanten Gruppen x Zeit Interaktion. Bei Angst gleiches Ergebnis, keine Gruppen x Zeit Interaktion.

Änderungen mit Gewinn in der Follow-up Phase keine Gruppen x Zeit Interaktionen. Das gleiche gilt für die damit verbundenen Ängste, die sich allerdings nicht signifikant verändert hatten. In Bezug auf die vorhandenen Sekundärdiagnosen die auch auf der Achse I vorhanden waren, aber nicht als schwerwiegend betrachtet wurden, hatten 48% zu Beginn eine solche, nach Beendigung der Therapie hatten nur noch 17 CBT bzw. 8 % eine zweite erkennbare Diagnose. Interessant ist, dass in der SP Bedingung zu Beginn sehr viel mehr Personen 62% versus 39 eine zusätzliche Diagnose aufzuweisen hatten. In der Katamnese hatten keine Patienten eine Zusatzdiagnose mehr. Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Behandlungsgruppen. 28 respektive 54 wurden in der SP Bedingung als Treatment Responder kategorisiert. Im Follow - up 5o versus 77. Es gab keine weiteren Behandlungen in der Katamnese.

Fazit der Autoren

Die Gruppentherapien beider Behandlungsarten sind wirksam. Die Anzahl der Verweigerer bzw. Ausfallpersonen ist hoch. Die Ergebnisse widersprechen der anfangs postulierten Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Autoren führen das einmal auf die Gruppenbehandlung zurück und auf unbekannte Faktoren die mit dem Alter zusammenhängen. Das Fehlen von Kontrollgruppen, Warteliste und Placebo wird einschränkend bemerkt.

Abschließende Bewertung

Sehr sorgfältige Studie in Bezug auf die Methodik und Erfassung der beiden Behandlungsarten nicht direktive Gruppentherapie mit der kognitiven Verhaltenstherapie zumindest gleichwertig. Geringe Stichprobengröße in Bezug zu Studiendesign. Es gibt Tendenzen die allerdings nicht die Signifikanz erreichen das in Bezug auf die mitbehandelten Achse I Diagnosen die SP überlegen ist.

Bedeutung für ambulante Versorgung:

Die Vergleichbarkeit der Katmanesenzeiträume ist gegeben. Der Zeitfaktor ist sorgfältig untersucht und das Dosiswirkungsproblem ist auch erschöpfend behandelt. Die Schlussfolgerung ist, dass die Behandlungen in Gruppen speziell

für ältere Leute wahrscheinlich eine Einzelbehandlung vorzuziehen ist und zwar unabhängig von den beiden Behandlungsverfahren.“

Kommentar der GPT-Fachverbände:

Die „sehr sorgfältige Studie“ wurde nicht als Eignungsbeleg für die GPT berücksichtigt, obwohl nicht in Frage stand, dass eine gesprächspsychotherapeutische nicht-direktive Behandlung mit Verhaltenstherapie verglichen wurde. Die GPT-Behandlung hat sich als mindestens gleichwertig gegenüber der Verhaltenstherapie erwiesen – mit einer leichten Überlegenheitstendenz.

Die Begründung, weshalb diese „sehr sorgfältige Studie“ nicht berücksichtigt wurde, fehlt.

Positiv bewertete Studie - unberücksichtigt

Beispiel 5

Birmaher B. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000; 57 (1): 29-36.

Die folgenden Auszüge aus der "konsentierten" Bewertung der AG/TG sind wörtlich zitiert.

2a Fragestellung:

Effekte unterschiedlicher Behandlungen (kognitiv-behaviorale Therapie, systematische Familienverhaltenstherapie, nicht-direktive stützende Therapie) bei Jugendlichen (Alter:13-18 Jahre) mit Major Depression gemäß DSM 111-R

2b Zielsetzung:

Hypothesen:

- *Patienten, die mit kognitiv-behavioraler Therapie behandelt wurden zeigen langfristig bessere Behandlungserfolge als Patienten, die mit systematischer Familienverhaltenstherapie oder mit nicht-direktiver stützender Therapie behandeltwurden.*
- *Patienten mit schwererem klinischen Krankheitsbild(stärkere Depression und geringradiges Funktionsniveau), komorbiden Störungen, psychopathologisch auffälligen Eltern und Familienkonflikten haben längere depressive Episoden, eine größere Wahrscheinlichkeit depressive Rückfälle zu erleiden und weisen eine höhere Frequenz chronischer, dauerhafter Depression auf.*

Ergebnisse:

In der follow-up Phase (alle drei Monate nach Behandlungsende innerhalb eines Jahres und 24 Monate nach Behandlungsende) fanden sich in den Ergebnisvariablen (depressive Symptome, Funktionsniveau und kognitive und familiäre Variablen) keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Behandlungsgruppen.

Kognitiv-behaviorale Therapie war nur in Bezug auf kurzfristige Behandlungserfolge, direkt nach Beendigung der Behandlung, überlegen.

Bewertung:

Studie nicht relevant, da Jugendliche im Alter von 13-18 Jahren untersucht wurden und keine Erwachsenen.“

Kommentar der GPT-Fachverbände:

Die Hypothese langfristig überlegener Behandlungserfolge kognitiv-behavioraler Therapie konnte nicht bestätigt werden.

Die Studie wurde nicht als Eignungsbeleg für die GPT berücksichtigt, obwohl effektive und über die 2-Jahreskatamnese stabile Behandlungserfolge zur Gesprächspsychotherapie vorliegen.

Die Nicht-Berücksichtigung mit Hinweis auf das Alter der Patienten ist sowohl sach- als auch rechtswidrig.

Offensichtlich sollen die Grundrechtsansprüche approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit der Fachkunde in Personzentrierter Psychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf diese Weise unbeachtet bleiben.

Positiv bewertete Studie - unberücksichtigt

Beispiel 6

Die folgenden Auszüge aus der “konsentierten” Bewertung der AG/TG sind wörtlich zitiert.

Shear Katherine, Paul A.Pilkonis, Marylene Cloitre, Andrew C.Leon. Cognitive Behavioral Treatment Compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. Arch Gen Psychiatry/Vol.51, 1994, 395-401

Die folgenden Auszüge aus der “konsentierten” Bewertung der AG/TG sind wörtlich zitiert.

„Evidenzstufe 1b; randomisierte vergleichende klinische Studien

Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie

Fragestellung

Eine vergleichende Wirksamkeits- und Outcome-Studie. Die Prozess - Outcome-Studie ist in Bezug auf den hypothetischen Prozess der die kognitive Verhaltenstherapie steuern soll angelegt.

Die spezifischen hypothetischen Wirkfaktoren der Verhaltenstherapie nämlich Unterbrechen der Interozeptionsfehler sind in der non-direktiven Therapie ausgeschlossen. Wenn die trotzdem funktionieren sind die ätiologischen Hypothesen und damit auch die damit verbundenen Änderungshypothesen revisionsbedürftig.

Angewandtes Psychotherapieverfahren

Der Patient wird in einer 3-stündigen Eröffnungsphase die Panikstörung erklärt als Folge von Lebensstress und anderen Modellen. Daran anschließend wird ein Fokus auf Lebensprobleme und Stress in den verbleibenden Behandlungsstunden bearbeitet. Der Therapeut muss reflektiv zuhören um den Patienten zu helfen die versteckten Gefühle wahrzunehmen und mit ihnen umzugehen. Direkte Ratschläge und verordnende Interventionen sind ausgeschlossen. Die inhaltlichen Probleme sind naturgemäß in den einzelnen Behandlungen unterschiedlich. Ausnahme ist wenn die Patienten direkte Fragen über Panik- oder Angstsymptome stellen kann der Therapeut die Frage beantworten und die Informationen aus den ersten 3

Behandlungsstunden wiederholen. Das schließt ein eine Versicherung, dass Panikattacken nicht gefährlich sind. Manualtreue wird indirekt kontrolliert in dem dass ausgeschlossen wird, dass kognitive Verhaltenstherapieverfahrenelemente nicht auftauchen. Die Therapeuten haben 2 Jahre Erfahrung in MPT Techniken, die Behandlungen wurden durch die Autoren supervidiert.

Vergleichend angewandtes Psychotherapieverfahren

Kognitive Verhaltenstherapie.

Ergebnisse

Entgegen der Hypothese hat die MPT Gruppe die gleichen Erfolgsergebnisse auch in die 6 Monate Katamnese hinein. Beide Gruppen sind sehr erfolgreich. 66% respektive 78% in der MPT Gruppe ohne Panikattacken für 2 Wochen nach Ende der Behandlung. Nach 6 Monaten 74 in der CBT Gruppe und 78 in der NPT. Signifikante Unterschiede zwischen Vorbehandlungsbeginn und der Katamnese auf allen Maßen. Zwei Versuchspersonen haben beim Urintest Benzos und Tricykla aufgewiesen

Fazit der Autoren

Die ätiologische Hypothese ist falsch. Die nachweisliche Wirksamkeit beider Verfahren wird entweder auf unspezifische Behandlungseffekte zurückgeführt oder auf die Einführung des 3stündigen Fokusses zu Beginn der die beiden Behandlungen zumindest in dieser Hinsicht homogenisierte.

Abschließende Bewertung

Hochinteressante Studie doch fehlt die Kontrollgruppe im Sinne einer Placebogruppe.

Eine solche Behandlung ist mir im deutschsprachigen aber auch englischsprachigen Raum nicht bekannt , sie wäre aber wahrscheinlich ein Gewinn. Die allfällige Verbindung zur GT ist mir nicht klar.“

Kommentar der GPT-Fachverbände:

Das angewandte Psychotherapieverfahren gehört zu den nicht-direktiven, supportiven Behandlungsverfahren, die auf den Prinzipien der rogerian therapy gründen. Die „hochinteressante Studie“ belegt die Wirksamkeit der

selbstexplorativen Aktivierung von Ressoucen zur Problemlösung, auf welche die GPT abstellt.

Die „Verbindung zur GT“ ist offensichtlich klar benannt; wenn sie dem Bewerter nicht klar wurde, reicht das nicht aus, um der Studie die Belegkraft für die GPT völlig abzusprechen.

Unklar ist die Bedeutung des Satzes „Eine solche Behandlung ist mir im deutschsprachigen aber auch englischsprachigen Raum nicht bekannt.“

Positiv bewertete Studie - unberücksichtigt

Beispiel 7

Sauer J. Zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie. Psychotherapie Forum (1993) 1: 67-80

Die folgende Text ist der Volltext der “konsentierten” Bewertung der AG/TG.

Fragestellung:

Der Aufsatz behandelt die Frage der Effizienzkontrolle klientenzentrierter Psychotherapie anhand einer Vielzahl ausgewählter Untersuchungen zur allgemeinen Wirksamkeit, zur differentiellen Indikation und zur vergleichenden Wirkung.

Zielsetzung:

Es soll die spezifische Wirkungsweise klientenzentrierter Einzelpsychotherapie und in Ansätzen personenzentrierter Gruppenpsychotherapie dargestellt werden. Fragen des Spektrums der differentiellen Indikation klientenzentrierter Psychotherapie und die Analyse ihrer psychotherapeutischen Prozesse sollen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Forschungsparadigmata diskutiert werden.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung bezüglich der klientenzentrierter Psychotherapie und die Befunde würden zeigen, dass es sich bei der klientenzentrierter Psychotherapie um eine spezifische und wirksame psychotherapeutische Methode handelt. Strittig jedoch sei in der wissenschaftliche Diskussion das Spektrum der differentiellen Indikationsstellung und der störungsspezifischen Interventionsstrategien.

Bewertung:

Es handelt sich bei diesen Beitrag um eine Überblicksarbeit. Es ist selbst keine Meta-Analyse und auch kein systematischer Review, sondern eine Stellungnahme. Für unsere Fragestellung daher nicht unmittelbar verwertbar.“

Kommentar der GPT-Fachverbände:

Der Beitrag wurde nicht, auch nicht als „Expertenmeinung“ (Evidenzstufe V) als Eignungsbeleg für die GPT berücksichtigt.
Der Grund kann nur in der „Fragestellung“ liegen, zu der der Beitrag ausgewertet wurde. Diese “Fragestellung“ ist nicht bekannt; sie kann sich jedenfalls nicht auf die GPT-Bewertung nach Maßgabe der G-BA-VerfO richten.
Überblicksarbeiten sind mindestens der Evidenzstufe V zuzuordnen und damit in die Bewertung einzubeziehen.

Positiv bewertete Studie - unberücksichtigt

Beispiel 8

Svartberg M, Seltzer MH, Stiles TC. The effects of common and specific factors in short-term anxiety-provoking psychotherapy: a pilot process outcome study, J.Nerv. Ment. Dis., 1998 , 186, 11, 691 – 6

Die folgenden Auszüge aus der "konsentierten" Bewertung der AG/TG sind wörtlich zitiert.

„Prospektive vergleichende Studie mit 2 randomisierten Behandlungsarmen. Keine Wartekontroll und Placebobedingung.

Evidenzkategorie 1b *randomisiert vergleichend klinisch*

Achse I Diagnosen, soziale Phobie, generalisierte Angststörung, Panikstörung, Depression, Anpassungsstörung, psychosexuelle Störung, 2 Patienten ohne Achse I Diagnose, typische Eingangsproblematik, Beziehungsprobleme mit dem anderen Geschlecht. Heterogene Krankheitsgruppen

Fragestellung

Es soll untersucht werden, ob spezifische psychodynamische behandlungstechnische Faktoren notwendig sind oder ob allgemeine Behandlungsfaktoren für die Erreichung der Veränderung ausreichend sind.

Zielsetzung

Die Einführung der gesprächstherapieähnlichen Verfahren diente dem Ausschluss der psychodynamischen Technikfaktoren.

Angewandtes Psychotherapieverfahren

Nondirektive Psychotherapie speziell für diese Studie entwickelt. Niedrige verbale Aktivität des Therapeuten Nicht-Direktivität, kein Fokussieren auf die Therapeut-Patienten-Beziehung, kein Gebrauch von Konfrontation über Interpretation. Keine Präferenzen in Bezug auf die Konflikte die zu bearbeiten sind oder in Bezug auf die

Tiefe der Interpretation. Unterstützende Statements und einfache Reflexionen waren akzeptierende empathische Haltung

Vergleichend angewandte Therapieverfahren

Fokussierendes psychoanalytisches Verfahren, das ödipale Situations- und Trauerprobleme bearbeiten soll. 2 Blöcke als provozierende Techniken und Standard (STAPP) Techniken. Konfrontation , Übertragungsdeutungen etc.

Therapeuten klinische Erfahrung 6,5 Jahre NDP, und STAPP 1,6 Jahre.

Ergebnisse

Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Schnelligkeit der Besserung während der Behandlung und nach der Behandlung in Bezug auf die beiden Behandlungstypen, die durchschnittlichen Veränderungsdaten sind für die beiden Behandlungsformen identisch. Die therapeutische Allianz ist als Prädiktor für den Erfolg sehr gut geeignet, schließt man sie ein steigt die Prädiktionsrate um das 6-fache. Es gibt keine Interaktion zwischen Behandlungsart und therapeutischer Allianz.

Fazit der Autoren

Die Bedeutsamkeit der gemeinsamen Faktoren des Behandlungsgeschehens. Die therapeutische Effektivität einiger psychodynamischer Techniken von STAPP wird in Frage gestellt.

Abschließende Bewertung

Die Gesprächstherapie hat für die in Bezug auf die Symptomatik Patienten relativ unausgelesene die allerdings in Bezug auf die Eignung für STAPP schon gescreent worden waren zumindest gleiche Erfolge wie die STAPP (Short Term Anxiety Provoking Therapy.)

Bedeutung für ambulante Versorgung

Die Gesprächstherapie ist der Short Term Anxiety Provoking Psychotherapy für eine heterogene Patientengruppe zumindest gleichwertig. Die Short Term Anxiety Provoking Psychotherapy wird in Deutschland nicht verwendet.“

Kommentar der GPT-Fachverbände:

Die TG hat „konsentiert“, dass die Studie für die ambulante Versorgung eine mindestens gleichwertige Eignung der GPT im Vergleich mit einem fokussierenden psychoanalytischen Verfahren erwiesen hat.
Die TG behauptet, dieses psychoanalytische Verfahren werde in Deutschland nicht verwendet. Wieso daraus der Schluss gezogen werden konnte, die Ergebnisse zur Eignung der GPT wären unbrauchbar, ist unerfindlich. Wesentlich für die Frage der Eignung der GPT ist, dass die Studie den therapeutischen Nutzen der GPT erwiesen hat.