

Report:

Herr Professor Kächele, welchen Erkenntnisgewinn hatten Sie persönlich vom Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer zur Frage der Änderung der Psychotherapie-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss?

Prof. Dr. Horst Kächele:

Die Orientierung an einem humanistischen Menschenbild in der Psychotherapie ist offenkundig out, wie die bislang dominierende Orientierung an sog. Schulen. Dabei sind Schulen a priori nichts schlechtes, denn sie stehen für Werte, basierend auf diversen Menschenbildern. Stattdessen gilt das biologistische Leitbild der technokratischen Medizin. Als wir uns auf die Aufnahme in das Medizinsystem eingelassen haben, haben wir den Pakt mit diesem Teufel geschlossen und nun müssen wir das einlösen, was von uns gefordert wird.

Report:

Bedauern Sie das?

Prof. Kächele:

Das ist nicht die Frage, sondern die Frage ist, welche Chancen wir dadurch haben. Denn nun erreicht die Psychotherapie alle, unabhängig vom Bildungs- oder materiellen Hintergrund. Mit der humanistischen Menschenbild-Einforderung, wenn ich es polemisch ausdrücken darf, haben wir nur die Reichen erreicht. Und, seien wir ehrlich, bereits 1952, übrigens von Eysenck, wurde das Primat der Evidenzbasierung statt Überzeugungsbasierung eingeläutet. Die humanistische Psychotherapie – ob Psychoanalyse, ob Gesprächstherapie oder eine andere – setzt dem „das Menschliche versteht sich leider nicht von selbst“ entgegen, ein in der naturwissenschaftlich-orientierten medizinischen Welt nicht ausreichendes Argument. Man kann auch sagen, zwischen den vereinfachten Ansprüchen der frühen VT-Forscher und der Ansprüchlichkeit der Psychoanalytiker, sog. Strukturänderungen bewirken zu wollen – zu können – gab es lange Zeit wenig Verbindendes; Alle Therapie-„Schulen“, d.h. Richtungen, stehen vor der Frage, ob sie gemeinsam eine humanistische Anthropologie weiter vertreten, oder ob eine technizistisches Machbarkeitsphantasma sich durchsetzen wird, das in die modische rhetorische Figur einer Evidenz-Basierten Medizin besser einzufügen ist.

Report:

Passt damit die Verhaltenstherapie in ihrer reinen Form besser in das Medizinsystem?

Prof. Kächele:

Nur scheinbar passt sie besser hinein, falls es denn die VT in ihrer reinen überhaupt außerhalb der Lehrbücher gibt, dann hat diese mit der praktischen psychotherapeutischen Welt nicht viel zu tun. Die Verhaltenstherapie ist unter Laborbedingungen leichter zu realisieren; unter Praxisbedingungen gibt es keinen nennenswerten Unterschied zwischen Psychotherapien kürzerer Dauer. Dies gilt sowohl für die ambulante wie auch für die stationäre Psychotherapie in der BRD. Wir sollten dies offen aussprechen: ich sehe keinen für einen Patienten entscheidungsrelevanten Unterschied zwischen den kürzeren therapeutischen Vorgehensweisen. Glücklicherweise diese Diskussion bald überholt sein, denn die Neurowissenschaften werden die „materielle Abbildung“ sowohl der Störungen wie deren psychotherapeutische Beeinflussung nachweisen. Dann werden die sprach- und konzeptgebundenen Unterschiede schmelzen wie Schnee in der Sonne.

Report:

Das ist augenblicklich erst in spannenden Ansätzen zu erkennen, doch der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet hier und heute, welche Verfahren Richtlinienverfahren bleiben und werden dürfen, sollen.

Prof. Kächele:

Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte m.E. im Unterschied zum Wissenschaftlichen Beirat (WBP) das Therapiegesehen in der Praxis zu im Auge haben, sollte dieses überprüfbar zu machen. D.h. er sollte sich nicht auf die reine Wirksamkeitsprüfung beschränken, sondern sollte welches Verfahren - und Schule auch immer zu bewerten suchen. Ich halte es für angemessen und auch in der Medikamenteneinführung etabliert, wenn jedes therapeutische Vorgehen in der praktischen Anwendung vor Ort sich zu bewähren hat. Es wäre Qualitätssicherung, wenn bei 5 bis 10 % aller Therapien aller Verfahren eine Routineevaluation durchgeführt würde. Die GT könnte dann durchaus angewendet und ihre praxis-bezogene Wirksamkeit (effectiveness) nachgewiesen werden oder eben nicht. Dasselbe sollte im Übrigen auch für die anderen Richtlinienverfahren gelten. Damit würde auch mit dem Unsinn aufgeräumt werden, dass in der täglichen Anwendung gemäß einer „reinen“ therapeutischen Lehre vorgegangen würde. Reine VT wird im Labor der Therapieforschung praktiziert, aber nicht von den Vtlern vor Ort.

Report:

Ist das zum Nachteil der Patienten und Patientinnen?

Prof. Kächele:

Keinesfalls. Eher umgekehrt wird ein Schuh daraus: wenn man PatientInnen therapeutische Interventionen vorenthält, die passend sind und vom Setting her passen, nur weil sie nicht zu einer bestimmten Schule gehören, dann wäre das nicht lege artis. Ich möchte aber auf eine bisher wohl eher unterschätzte Gefahr hinweisen, nämlich die der Dequalifikation des Berufsstandes der PsychotherapeutInnen: wenn denn vieles wirksam ist und manches leicht zu erlernen, sogar so leicht, dass man Fach- und Pflegepersonal darin schulen kann, dann sind Ergebnisse unter den Laborbedingungen von Forschungsdesigns für die Wissenschaft wichtig, aber nicht für den Bundesausschuss, der sollte die Gesamtbreite therapeutischen Vorgehens überprüfen, dafür Kriterien entwickeln. Er sollte das dramatisch zuspitzen: Die GT wird zunächst für fünf Jahre zugelassen. Es wird jede zehnte Therapie aller Therapeuten und aller Richtlinienverfahren im Feld evaluiert und dann wird sich die Frage nach den so genannten Richtlinienverfahren so nicht mehr stellen, denn nach den mir vorliegenden Forschungsergebnissen trägt zum Erfolg einer Therapie zu 40 % die Fähigkeit des Patienten bei, von einer Vorgehensweise zu profitieren und lediglich zu einem deutlich geringen Anteil ein spezifischer Verfahrenseffekt. Ich plädiere klar für Wirksamkeitsprüfung im Labor, die dann aber von einer Anwendungswirksamkeitsprüfung gefolgt sein muss.

Report:

Wie findet denn der Patient heraus, von welcher Vorgehensweise er am meisten profitieren kann?

Prof. Kächele:

Da hilft nach wie vor nur trial and error: wer mit welchem Verfahren passt zu meinen Möglichkeiten.

Die entsprechenden Passungsstrategien könnte ich mir in Ambulanzen und/oder Interventionsgruppen vorstellen, in denen gemeinsam diskutiert wird, und in denen die Entscheidungen regelmäßig überprüft werden, v.a. können dort die wichtigen zusätzlichen Parameter diskutiert werden, die zur Realisierung einer Therapie nach wie vor entscheidend beitragen: Familie, Beruf, Ausbildung, Vorerkrankungen z.B.. Das wäre dann auch eine Chance für die Psychotherapie, an harte, ökonomisch relevante Daten zu kommen. Denn nur diese zählen in der Öffentlichkeit, z.B: weniger Krankentage. Die Krankenkassen werden nicht davon beeindruckt sein, wenn der SCL- Wert durch Psychotherapie belagbar um einige Punktwerte sinkt. Sicher ist doch, gar keine Psychotherapie ist deutlich schlechter als irgendeine Psychotherapie, schrieb

schon Klaus Grawe. Deshalb plädiere ich für diagnostisch und therapeutisch relevante Kurzzeittherapien als Einstieg in das Versorgungssystem.

Report:

Reichen denn Kurzzeittherapien für eine dauerhafte Heilung oder Linderung?

Prof. Kächele:

Es gibt jene Fälle umschriebener Störungen, bei denen eine einmalige kürzere Intervention zur rechten Zeit ausreicht. Allerdings hat sich unser Verständnis besonders bei depressiven Störungen geändert. Pharmako- wie auch Psychotherapie müssen mit Rückfällen leben, wenn die therapeutische Begleitung aufhört. Langzeiteffekte gerade bei komplexen Störungen wie z.B. Essstörungen sind nur in langfristig angelegten Settings erreichbar. Das heißt nicht, dass es eine Langzeitanalyse sein muss; niederfrequente Langzeitbehandlungen stellen den weitaus größten Teil dieser Versorgung sicher. In einem kleinen Prozentsatz werden hochfrequente Psychoanalysen ebenfalls ihren begrenzten Anwendungsbereich behalten, aber vermutlich werden wir neue Formen der Langzeitbegleitung wie "stepped care" Ansätze erproben müssen. Prophylaktische Nachsorge ist im Richtlinien-System noch wenig beachtet. Die Idee einer zweijährigen Karenzzeit dürfte empirisch nicht zu begründen sein; sie stammt wohl aus der Zeit, wo noch das Phantasma einer kurativen Behandlung kluge Köpfe besetzt hielt. Die Prävalenzdaten sind dafür wenig relevant. Die 25 % der Normalbevölkerung, die irgendwann einmal in ihrem Leben psychotherapeutisch behandelt gehören, sind tatsächlich nicht die Sorgen-Klientel, sondern wir sollten uns verstärkt um jene sorgen, die "high users" der somatischen Medizinsysteme sind, die oft erst nach jahrelanger Odyssee einer sinnvollen therapeutischen Behandlung zugeführt werden. „Die Neurose sollte nicht der Reichtum der Armen“ sein, um einmal Freud zu zitieren.

Report:

Leiten sich aus diesen Überlegungen und Erkenntnissen von Ihrer Seite Anregungen oder auch Forderungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss ab?

Prof. Kächele:

Ja! Übertriebener Streit um die Zulassung von einzelnen Verfahren oder Methoden oder Techniken ist nicht sehr produktiv für die therapeutische Versorgung. Sinnvoll ist es, die Möglichkeiten des Psychotherapeutengesetzes sinnvoll einzusetzen und die in Gang gekommene Entdiskriminierung psychischer Krankheit fortzusetzen. Psychisch Kranke sind oft Langzeitkranke, chronisch Kranke und wie diese zu behandeln. Es ist nicht einzusehen, dass an Diabetes Erkrankte als chronisch Kranke gesehen werden, aber z.B. anorektische, depressive oder psychotische Patienten oder Patientinnen nicht. Dass sich für diese Patienten und Patientinnen die Versorgungsstrukturen ändern, das ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses und dafür eine qualitätsgesicherte, wirtschaftliche und effiziente Versorgung bereitzustellen. Sog. schulenspezifische Behandlungsmodelle können m.E. im Rahmen von Leitlinien für die Behandlung dieser Erkrankungen produktiv konkurrieren, denn die Äquivalenz verschiedener Verfahren für diverse Störungsbilder ist schließlich ein Faktum.

Report:

Gibt es weitere Tipps für Strukturänderungen der psychotherapeutischen Versorgung?

Prof. Kächele:

Selbstverständlich! Nehmen Sie die Erfolgsgeschichte der Psychoonkologie. Die psychologische und – sofern notwendig – die psychologisch bzw. psychotherapeutische Mitversorgung onkologisch Erkrankter ist nicht mehr wegzudenken. Psychosomatische Grundversorgung war ein Schritt in die richtige Richtung. FachärztInnen und/oder Pflegepersonal können dazu beitragen, dass PsychotherapeutInnen die nicht selten notwendigen speziellen Leistungen einbringen, wenn diese mit dem medizinischen Versorgungssystem gut vernetzt sind. Diese Einbindung zu regeln, dass

Leistungen qualifiziert erbracht werden und sicher auch angemessen honoriert werden, ist mein Wunsch an das System der Versorgung..

Report:

Wie könnte denn Ihrer Meinung eine optimale psychotherapeutische Versorgung geregelt werden?

Prof. Kächele:

Ich vertraue – bislang jedenfalls – auf die Praktiker im Gemeinsamen Bundesausschuss, dass diese ihre Leitsätze, Richt- oder Leitlinien an der Schnittstelle zwischen Praxis und Forschung orientieren und von der Medizin pragmatisch lernen. Alles, was neu ist, wird im Feld überprüft. Kein Medikament wird zugelassen, das nicht diese Bewährungsprobe im Feldversuch nach der Laborphase hinter sich gebracht hat. Und ich wage mal zu behaupten, dass die psychotherapeutische Forschung, die nur aus der Laborphase besteht, durch die Anwendung im Feld nur gewinnen kann.

Report:

Können Sie ein Beispiel nennen, über die Psychoonkologie hinaus, welche Forschung im Bereich der Psychotherapie im Feld betrieben werden sollte?

Prof. Kächele:

Nehmen Sie unsere Untersuchung im Bereich der Prävention der postpartalen depressiven Erkrankung bei jungen Müttern in Stuttgart. Nur eine einzige Frage während der Vorsorgeuntersuchungen – nämlich die nach einer depressiven Vorerkrankung - konnte bereits die Risikogruppe identifizieren; wenn entsprechende Screeningangebote installiert wären, könnte die manifeste Erkrankungsrate deutlich vermindert werden.

Dies setzt allerdings ein anderes Denken voraus, um Forschung zu betreiben. Es setzt voraus, dass die Erkrankung, deren Prävention und mögliche Behandlung wie Rehabilitation im Lebens- und biografischen Kontext der Menschen gesehen werden und passende Behandlungsstrategien entwickelt werden. Die Entwicklung von Behandlungsstrategien ist hier eine andere als die laborgerechte symptomatische störungsspezifische Indikation. Es geht um Passung von Versorgung an Menschen, die selten „nur“ diabetisch sind oder eine „depressive Phase“ haben. Psychotherapeutische Versorgung auf Kontingentierung von Behandlungsstunden je Störung oder Störungsgrad zu reduzieren oder eine womöglich einlinige oder gar ausschließliche Zuordnung therapeutischer Vorgehensweisen zu einer vermeintlich umschriebenen Störung ist nicht gerechtfertigt. Insofern verstehe ich die Diskussion um die Zulassung eines neuen Verfahrens, die nur – ich betone nur - anhand von Wirksamkeitsstudien in welchen wie auch immer definierten Anwendungsbereichen geführt wird, als nicht zielführend für eine angemessene psychotherapeutische Versorgung.

Angemessene psychotherapeutische Versorgung ist eine umfassende Orientierung an der Begleitung von Menschen, zur Vorbeugung, Heilung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen. Das ist mit der Richtlinienpsychotherapie in der jetzigen Form nicht ausreichend gewährleistet.

Report:

Herr Professor Kächele, wir danken Ihnen für das Gespräch

Das Gespräch für den Report Psychologie führten

Karin Dlubis-Mertens
Uschi Gersch

