

## Editorial

Einer aktuellen Nachricht zufolge sind derzeit eine Million Patienten in kassenfinanzierter ambulanter psychotherapeutischer Behandlung; im Vergleich zu dem Jahr 2000 ist dies eine Zunahme von fast 100%. Dieser Anstieg spricht für eine wachsende Akzeptanz dieser Behandlungsform in der Bevölkerung. Er reflektiert auch den sprunghaften Anstieg der Zahl insbesondere psychologischer Psychotherapeuten, die als Folge des Gesetzes (PsychThG 1989) zur Einführung des psychologischen Psychotherapeuten als neuen Heilberuf im Versorgungssystem tätig geworden sind. Mit dem Gesetz hat der Gesetzgeber auch einen Wissenschaftlichen Beirat installiert, dem die Aufgabe zukommt, die Wissenschaftlichkeit von Verfahren zu überprüfen, die im Rahmen der kassenfinanzierten Versorgung zur Anwendung kommen können, falls ein zweites Gremium, der Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen, dies unter den Gesichtspunkten des Nutzen und der Wirtschaftlichkeit für angezeigt hält.

Kein Wunder dass intensive Bemühungen um die Frage kreisen, wie denn Wissenschaftlichkeit eines Psychotherapieverfahrens festgestellt werden kann. Dabei werden mit Nachdruck verschiedene Standpunkte – bestimmt von angeblich wissenschaftlich fundierten Meinungen und Überzeugungen – vertreten: Soll es ausreichen, allein das Vorhandensein von Wissenschaftlern zu registrieren, die sich mit einer Methode X wissenschaftlich beschäftigt haben, welche an Universitäten gelehrt und beforscht wird? Oder sollte es einen verbindlichen Prüfkanon geben, der analog der Einführung eines neuen Medikamentes abgearbeitet sein muss, bevor eine Zulassung für die Behandlung einer bestimmten Störung ausgesprochen werden kann? Und wie eng muss dieser Kanon sein? Nimmt man die Medikamentenzulassung als Vorbild ernst, hat eine neue Psychotherapiemethode vier Phasen der Forschung zu durchlaufen, bei denen verschiedene Aspekte geprüft werden müssen: Beschreibende Untersuchungen, experimentelle Versuche, randomisiert-klinische Studien und Anwendungsbeobachtungen sind die Schritte dieser aufsteigenden Reihe, durch die Anbieter dem

potenziellen Kunden gewährleisten sollen, dass ein „Medikament“ nicht nur wirkt, sondern auch keine schädlichen Nebenwirkungen hat und zugleich den Kriterien der Wirtschaftlichkeit gerecht werden kann.

Aber ist diese Analogisierung von Medikament und Psychotherapie angemessen, ist es nicht ein Missbrauch der „drug metaphor“, wie angesehene Therapieforscher meinen (Stiles u. Shapiro 1989)? Trifft es den Kern der Sache, dass Psychotherapie eine so persönliche Angelegenheit sei, die nicht einem solchen Prüfkanon zu unterwerfen sei, sondern nur die Angelegenheit beider am Therapieprozess Beteiligter sein kann? Und selbst wenn man sich mit einem Prüfkanon einverstanden erklären kann, reicht es aus, wenn nur experimentelle, klinische Studien, bei denen Patienten durch Zufall einem Verfahren (oder einem anderen, bereits lizenzierten Verfahren) zugewiesen werden, als Anerkennungsgrund akzeptiert werden? Alle Welt spricht von der evidenzbasierten Medizin, bei der eine Reihung von Evidenzgraden für medizinische Interventionen vorgenommen wird – nur wer entscheidet, welcher Grad von Evidenz als ausreichend erachtet werden kann?

Diesen Fragen gehen die Beiträge in diesem Heft nach, und eine der Antworten darauf lautet durchgängig: Es gibt auf keine dieser Fragen nur eine einzige Antwort, sondern in Abhängigkeit von dem jeweils zugrunde liegenden wissenschaftlichen Paradigma unterschiedliche. Und da wissenschaftliche Paradigmen (sensu Kuhn 1977) sich nicht vergleichen lassen, sollten diejenigen, die ihre Antworten als die „besseren“ oder gar als die „richtigeren“ deklarieren, darauf hingewiesen werden, dass ein solcher Standpunkt nicht eine wissenschaftliche Erkenntnis wiedergibt, sondern Ausdruck von Interessenpolitik ist. Ein wenig beachteter Gesichtspunkt in dieser Diskussion sind dabei Forderungen einer „Ethik in der Medizin“, die in fünf Kerngedanken zusammengefasst werden können (Kächele u. Porzsolt 2000):

- sensibilisieren anstatt moralisieren
- die Kommunikationsfähigkeit verbessern

- die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Wertsystemen fördern
- Fairness im Umgang mit anderen Perspektiven üben
- andere Entscheidungen respektieren

Wer diesen fünf Punkten gerecht wird, erfüllt zugleich die erste, aber auch die bedeutendste der drei Bedingungen für die Realisierung evidenzbasierter Medizin, nämlich die notwendige Haltung und Einstellung (attitude). EBM ist damit Ethik plus weiteres Wissen und Können. Es geht darum, bestimmte Fähigkeiten (skills) zu erlernen und dazu noch Wissen (knowledge) zu erwerben, um ein solcherart komplex konzipiertes klinisches verantwortungsvolles Handeln in der Medizin realisieren zu können. Solche Gesichtspunkte sind unseres Erachtens vermehrt in diese Diskussion um Standards einzubeziehen. Da die Arbeit des Wissenschaftlichen Beirates

Psychotherapie entschieden durch die Akzentuierung der RCT-Wirksamkeitsforschung bestimmt wird, ist damit zu rechnen, dass sich die fachinterne und öffentliche Diskussion um die Angemessenheit wissenschaftlicher Prüfungsverfahren intensivieren wird.

*Horst Kächele und Jochen Eckert*

### Literatur

- Kächele H, Porzsolt F (2000). Editorial: Ethik und/oder evidenzbasierte Psychotherapie – eine Herausforderung. *Psychother Psych Med* 50: 37.
- Kuhn TS (1977). Neue Überlegungen zum Begriff des Paradigmas. In: Die Entstehung des Neuen: Studien zur Struktur der Wissenschaftsgeschichte. Kuhn TS (Hrsg). Frankfurt: Suhrkamp; 389–420.
- Stiles WB, Shapiro DA (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clin Psychol Rev* 9: 521–543.