

Leitlinien in der Psychotherapie

Ausschuss Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung¹ der Psychotherapeutenkammer Berlin

Zusammenfassung: Mit diesem Beitrag wird ein aktuell in der Profession kontrovers diskutiertes Thema aufgegriffen und dabei in wesentlichen Facetten im Sinne eines Überblicks dargestellt. Es geht darum, Begriffe zu erläutern sowie wesentliche Hintergründe für die Entwicklung von Leitlinien im Gesundheitswesen hinsichtlich der gesundheitspolitischen Intentionen und Implikationen zu erörtern. Fakten zur Methodik und zum Stand der Entwicklung von Leitlinien sowie zentrale Argumente für die Entwicklung und den Einsatz von Leitlinien in der Psychotherapie werden häufig genannte kritische Aspekte der Leitlinienentwicklung gegenüber gestellt. Entsprechend der Repräsentation verschiedener Praxisbereiche der Psychotherapie wurden zur Illustration einzelne Leitlinien exemplarisch für die Arbeitsfelder Psychologische Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie für das Arbeiten in Institutionen ausgewählt. Da die Entwicklung störungsbezogener Leitlinien auf der Basis evidenzbasierter Kriterien erfolgt, werden im Rahmen eines Exkurses wesentliche Informationen und kritische Diskussionspunkte zum Thema Evidenzbasierung im Gesundheitswesen zusammenfassend erläutert.

Der Text wurde von den Mitgliedern des Ausschusses „Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung“ der Psychotherapeutenkammer Berlin verfasst.

1. Zur Historie und zur Rolle von Leitlinien im Gesundheitswesen

Den Anstoß für die Entwicklung von Leitlinien in der Gesundheitsversorgung gab der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem 1995 veröffentlichten Sondergutachten mit dem Titel „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität, mehr Wirtschaftlichkeit“. Unter besonderer Berücksichtigung der Interessen der Krankenversicherten wurden dort professionelle Standards und Leitlinien für ein indikationsorientiertes ärztliches Handeln gefordert, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauen (Sachverständigenrat, 1995, S. 18).

Zur Verbesserung der Qualitätssicherung schlugen die Sachverständigen unter der Überschrift „Vermeidung von Überfluss und Defiziten“ die Erstellung einer Sammlung diagnostischer und therapeutischer Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien (Standards) vor (a.a.O., S. 23).

Handlungsbedarf wurde vor allem für die folgenden zwei Punkte gesehen:

- Verbesserung der Konsensbildung in Diagnostik und Therapie durch
- Abstimmung zwischen den einzelnen wissenschaftlichen Gesellschaften mit dem Ziel der Verringerung von Widersprüchen und überzogenen Ansprüchen.

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen übergab die Aufgabe der Erstellung

von Behandlungsleitlinien an die „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ (AWMF). Die AWMF ist ein Zusammenschluss von 152 ärztlichen Fachgesellschaften. Der Bereich, der sich mit Themen der Psychotherapie befasst, wird von vergleichsweise wenigen Fachgesellschaften vertreten. Psychologische und psychotherapeutische Fachverbände werden bei psychotherapie-spezifischen Leitlinien jedoch meist mit einbezogen.

2. Was sind Leitlinien?

Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Hilfen zur Entscheidungsfindung über die angemessene therapeutische Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Hauptzweck ist die Darstellung des aktuellen fachlichen Entwicklungsstandes zu einer Erkrankung oder zu einem Problembereich. Sie sollen den Angehörigen des Berufs Orientierung im Sinne von Entscheidungsoptionen und Handlungsempfehlungen geben. Von diesen Empfehlungen kann und muss in begründeten Fällen abgewichen werden. Die Umsetzung liegt also im Ermessensspielraum des Therapeuten und hängt von der einzelfallspezifischen Einschätzung ab.

Leitlinien für die strukturierte medizinische Versorgung (d. h. für die Integrierte Versorgung und für Disease-Management-Programme) werden **Versorgungsleitlinien**

¹ Rolf Brückler, Renate Degner, Thomas Fydrich, Michael Heine, Mark Helle, Brigitte Reysen-Kostudis, Michael Schmude, Anne A. Springer, Uwe Wittenhagen.

en genannt (www.versorgungsleitlinie.de). Ein Programm für Nationale Versorgungsleitlinien wird beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ; Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; www.azq.de) unterhalten. Dieses Programm ist eine gemeinsame Initiative der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF.

Patientenleitlinien. Die Maxime der Transparenz und aktiver, mündiger Patientenbeteiligung impliziert, dass neben einer umfassenden, primär für das Fachpersonal verfassten Version einer Leitlinie auch ein gut verständlicher Text für betroffene Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt wird. Evidenzbasierte Empfehlungen für gesunde Menschen werden auch **Gesundheitsleitlinien** genannt (vgl. Glossar unter www.versorgungsleitlinien.de).

Leitlinien im institutionellen Bereich. Um eine angemessene Versorgung im institutionellen Bereich im Kontext der jeweiligen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu sichern, wurden schon seit langem für die professionelle Arbeit in entsprechenden Institutionen – beispielsweise in stationären Einrichtungen, Beratungsstellen, psychiatrischen Tageszentren – Leitlinien erstellt. Schriftlich fixierte Arbeitsvorgaben, Standards und Vereinbarungen tragen dort eher den Charakter von internen Qualitätsmanagement-Systemen, im Rahmen derer durch strukturelle Einbindung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl organisatorische als auch behandlungsorientierte Vorgänge mit meist hoher Verbindlichkeit geregelt werden (vgl. Abschnitt 5.2).

3. Wie werden Leitlinien erstellt?

Die Erstellung von Behandlungsleitlinien ist an ein formalisiertes Verfahren der Recherche, Zusammenfassung, Diskussion sowie an die Übereinstimmung zwischen Fachleuten gebunden. In Deutschland werden Leitlinien primär von den Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der ärztlichen Selbstverwaltung oder von Be-

rufs- und Fachverbänden entwickelt und verbreitet. Dabei wird Wissen aus wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Praxiserfahrung zusammengeführt und Empfehlungen im Konsensverfahren (oft multidisziplinärer) Expertengruppen formuliert.

Leitlinien werden nach dem System der AWMF als S1-, S2- oder S3-Leitlinie klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe darstellt. Die Klassifikation erfolgt auf der Basis der jeweiligen Entwicklungsmethodik:

- S1: von einer Fachgesellschaft repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe wird im informellen Konsens eine Empfehlung erarbeitet und von der Fachgesellschaft formal verabschiedet.
- S2: eine formale Konsensfindung (S2k; z. B. mittels Delphi-Befragung, Konsensuskonferenzen) und/oder eine formale Evidenzrecherche (S2e) hat stattgefunden und die Leitlinie wurde auf dieser Basis erstellt. Das Ergebnis wird abgestimmt und formal verabschiedet.
- S3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien), inklusive formaler Konsensfindung sowie Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Ziele.

Die fachliche Güte von Leitlinien im lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Arbeitsgruppen werden mittels eines methodischen Instruments zur Leitlinien-Bewertung (DELBI = Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung) untersucht bzw. bewertet (vgl. www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi). Im Rahmen der Bewertung nach DELBI werden Leitlinien auf der Basis von Checklisten auf ihren Geltungsbereich und ihren Zweck, auf die Beteiligung von Interessengruppen, auf methodologische Exaktheit, Klarheit und Gestaltung sowie auf ihre Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem und auf redaktionelle Unabhängigkeit geprüft.

Um der Vielzahl teilweise deutlich interessengeleiteter Leitlinien unterschiedlicher Fachgesellschaften mit ihren zum Teil deutlich unterschiedlichen Empfehlungen begegnen zu können, wurden seit 2002

vermehrt **Nationale Versorgungsleitlinien** (NVL) erstellt. Die Themenauswahl erfolgt durch Identifizierung prioritärer Versorgungsprobleme. Das Erstellen der NVL wird durch das ÄZQ in Auftrag gegeben. Für Psychotherapeuten besonders relevant ist die aktuelle Entwicklung einer kombinierten S3- und NVL für die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Depressionen.

Die Entwicklung der S3- und NVL Depression befindet sich aktuell in der letzten Runde der Konsensfindung (Stand: Dezember 2008). Bei dem Prozess der Entstehung dieser Leitlinie waren und sind beteiligt (a) die Steuergruppe der NVL (u. a. Vertreter der ÄZQ, AWMF, verschiedene Fachverbände sowie Patienten- und Angehörigenvertreter), (b) ein Koordinationsteam bestehend aus Vertretern der ÄZQ, AWMF und der Leitliniengruppe sowie (c) die Konsensgruppe, in der 31 Fachgesellschaften, Berufsverbände und die Patienten- und Angehörigenvertreter mitarbeiten. Der Ablauf bei der Erstellung von NVL verläuft dabei in mehrfachen Abstimmungsschritten und verlief für die NVL Depression folgendermaßen (vgl. Härter et al., 2008):

1. Zusammenstellung des Koordinationsteams und der Konsensgruppe
2. Konsentierung der Schlüsselfragen
3. Extraktion der Information aus unterschiedlichen (international vorhandenen) Leitlinien
4. Erste Prüfung hinsichtlich der Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem/Abgleich mit Empfehlungen schon vorliegender deutscher Leitlinien
5. Erstellung, Diskussion und Abstimmung eines Hintergrundtextes und darin enthaltener Empfehlungen
6. Diskussion der Hintergrundtexte und Empfehlungen/formalisierte Abstimmung der Empfehlungen und Vergabe eines Empfehlungsgrades
7. Erstellung der endgültigen Textfassung
8. Kommentierung im Peer-Review-Verfahren
9. Sammlung, Sichtung, Aufarbeitung und Konsentierung der Kommentare
10. Erstellung und Veröffentlichung der finalen Fassung

Evaluation und Aktualisierung von Leitlinien. Allgemein gilt, dass Leitlinien einer wissenschaftlichen Evaluation unterzogen werden müssen. Dabei wird systematisch untersucht, ob die jeweilige Leitlinie tatsächlich zur Verbesserung der Versorgung beiträgt. Dies steht für die meisten der existierenden Leitlinien noch aus. Für den Bereich der Versorgung von depressiv Erkrankten liegen erste positive Befunde vor (Härter & Bermejo, 2006).

4. Welche Behandlungsleitlinien gibt es aktuell?

Im gesamten Bereich der Medizin werden fortlaufend Leitlinien entwickelt oder aktualisiert. Auf ihrer Internetseite verweist die AWMF für den gesamten Bereich der Medizin und Psychotherapie derzeit (Stand: März 2009) auf etwa 500 gültige und aktualisierte S1-Leitlinien zu sehr unterschiedlichen Bereichen und Erkrankungen. Etwa 110 Leitlinien wurden nach Kriterien

von S2-Richtlinien erstellt und 56 Leitlinien haben derzeit S3-Status. Für den Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen **Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Erwachsenen** (Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) liegen derzeit Behandlungsleitlinien für 16 Störungsbereiche vor, die meist den Status von S2-Leitlinien haben (siehe www.uni-duesseldorf.de/awmf/II).

Für den Bereich der **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** gibt die AWMF aktuell 38 Leitlinien nach der Entwicklungskategorie S1 sowie eine zum Bereich „Persönlichkeitsstörungen“ auf Entwicklungsstufe S2. Das Spektrum der Leitlinien reicht beispielsweise von „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns“ über „Angststörungen“ und „Essstörungen“ bis hin zur Leitlinienfassung der „Kinder- und Jugendpsychiatrischen Untersuchung“. Alle aufgeführten Leitlinien wurden von der

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland und der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie entwickelt (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_028.htm).

Aktuelle Tabellen finden sich im Internet unter www.awmf.de.

5. Beispiele für Leitlinien

5.1 Leitlinien für Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) wurde ein Expertenkomitee gebildet, an dem sich neben der DGPPN folgende Fachgesellschaften

AntragPro

Die Software zum einfachen und schnellen Schreiben der Antragsberichte für Psychotherapie

- umfangreiche Mustertextsammlung (min. 250 pro Modul)
- praxiserichte Mustertexte von erfahrenen Psychotherapeuten und Psychoanalytikern
- schnelle Auswahl nach Diagnosen, Schlagwörtern, etc.
- integrierte Patientenverwaltung
- Übernahme von erstellten Gutachten in den Fundus
- Zur Zeit erhältliche Module:
 - Erst- & Umwandlungsanträge TFP Erwachsene
 - Erst- & Umwandlungsanträge TFP Kinder u. Jugendliche
 - Erst- & Umwandlungsanträge anal. PT Erwachsene
- Module in Vorbereitung:
 - Fortführungsanträge TFP Erwachsene

Weitere Informationen und Bestellmöglichkeit
www.antrag-pro.de
 01805-012214*

*14 cent/Minute, Mobilnetz ggf. teurer

PSY.DV

Software für Psychotherapeuten
 Dipl.-Psych. D. Adler, Heckenweg 22, 53229 Bonn

Das neue Fort- und Weiterbildungsprogramm ist da!



2009 - 2010

Neuropsychotherapie, Interkulturelle Kompetenz, Lerntherapie, Traumatherapie, Schematherapie, Gruppentherapie, Psychotherapie-Supervision

...und viele weitere Themen

www.afp-info.de
bundesakademie@afp-info.de

Die Akademie für Fortbildung ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie

Unter evidenzbasierter Medizin (EbM) wird verstanden, dass medizinische Behandlungen für individuelle Patienten gemäß der besten zur Verfügung stehenden externen Evidenz umgesetzt werden sollen. Dabei umfasst die „externe Evidenz“ im besten Fall das zu einem bestimmten Problembereich vorhandene und systematisch gesammelte „objektive“ Fachwissen. Im Unterschied dazu wird unter „interner Evidenz“ das individuelle, auf der Grundlage der Ausbildung und der Erfahrungen erworbene Wissen und Können, also die klinische und therapeutische Expertise verstanden. Das Verfahren zur Definition evidenzbasierter therapeutischer Maßnahmen umfasst die Suche der relevanten Literatur für ein konkretes klinisches Problem, den Einsatz einfacher wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studien sowie der Größe des beobachteten Effekts und die Anwendung dieser Evidenz auf den konkreten Patienten unter Berücksichtigung der klinischen Erfahrung.

Zur Definition der evidenzbasierten Medizin sagt einer der namhaften „Väter“ der EbM, Sackett: „Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ und weiter „die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Dieses häufig wiedergegebene Zitat spiegelt die zentrale Intention der evidenzbasierten Medizin wider. Es geht um die praxisgerechte Anwendung und Umsetzung von externen, empirischen Befunden möglichst hohen Evidenzgrades bei der Behandlung eines konkreten (medizinischen) Problems bei einer konkreten Person. Evidenzbasierte Medizin (und Psychotherapie) beinhaltet weiterhin, den eigenen Informationsbedarf zum Patientenproblem definieren zu können, durch bestmögliche externe

Evidenz Wissenslücken zu schließen und dieses Wissen patientenorientiert umzusetzen. Dennoch kann bei einer konkreten Behandlung die Situation auftreten, dass die Forschungsbefunde (externe Evidenz) keine angemessenen Handlungsanleitungen zur Verfügung stellen. Sackett sagt dazu: „Ohne klinische Erfahrung riskiert die ärztliche Praxis durch den bloßen Rückgriff auf die Evidenz ‚tyrannisiert‘ zu werden, da selbst exzellente Forschungsergebnisse für den individuellen Patienten nicht anwendbar oder unpassend sein können“ (a.a.O.).

Tabelle 1 zeigt die in der wissenschaftlichen Literatur und in den Leitlinienkommissionen sehr häufig verwendete Einteilung von Evidenzstufen (vgl. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, 2003; Härter et al., 2008); von anderen Autoren bzw. Institutionen werden jedoch auch davon abweichende Einteilungen vorgeschlagen.

Da die Einteilung verschiedener Evidenzgrade allein nur die Güte von Studien klassifiziert und dabei die Praxisrelevanz der Studien nicht unbedingt berücksichtigt wird, hat sich seit dem Jahre 2000 eine internationale Arbeitsgruppe, die GRADE Working Group (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) zur Aufgabe gemacht, diese zu ordnen und weitere wichtige Aspekte wie Relevanz und Durchführbarkeit klinischer Interventionen mit zu berücksichtigen. Das GRADE System zur Bewertung der

Evidenz und Formulierung von Empfehlungen „übersetzt“ daher das Vorliegen von Studien und deren Evidenzgrade in klinische Handlungsempfehlungen. Handlungsempfehlungen werden dabei in den Leitlinien als Soll-, Sollte-, oder Kann-Empfehlungen formuliert und zusammenfassend dann auch als „gute klinische Praxis“ (KKP = Klinischer Konsenspunkt) bezeichnet (siehe Tabelle 2). Neben den Evidenzgraden werden bei der Formulierung von Empfehlungen jedoch zusätzlich auch die klinische Relevanz der Befunde, ethische Aspekte, die externe Validität der Studien und damit die Übertragbarkeit auf die Versorgungssituation sowie auch Präferenzen der Patientengruppe berücksichtigt (vgl. Härter et al., 2008).

Bei der Beurteilung klinischer Studien ist auch die Unterscheidung von so genannten „efficacy-“ und „effectiveness-“ Studien von Bedeutung. Kontrollierte Wirksamkeitsstudien (efficacy-Studien) werden von eher versorgungsorientierten Studien (effectiveness-Studien) unterschieden, bei denen die Wirksamkeit von Interventionen unter Versorgungsbedingungen untersucht wird. Eine weitere Kategorie sind efficacy-Studien, in denen der Behandlungsaufwand (Kosten) zur Kostenersparnis durch die Behandlung ins Verhältnis gesetzt wird (vgl. u. a. Fydrich & Schneider, 2007).

Die Einteilung der Evidenzstufen verdeutlicht den hohen Stellenwert, der aus me-

Ia	Evidenz aus wenigstens einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs)
Ib	Evidenz aus mindestens einer RCT oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs
IIa	Evidenz aus wenigstens einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nicht-experimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Tabelle 1: Evidenzstufen für klinische Studien

thodischen Gründen den RCT-Studien (randomized controlled trials) zugemessen wird. In RCT-Studien werden Patienten nach Zufall auf Therapie- und Vergleichsgruppen aufgeteilt. Allein durch diese Zufallszuteilung kann – unter Berücksichtigung der externen Validität (Übertragbarkeit auf die Versorgung) und der Kontrolle von anderen Einflussvariablen – die Wirksamkeit der (aktiven) Behandlung kausal nachgewiesen werden, da mögliche Faktoren, die die Ergebnisse von Studien beeinflussen können, gleichmäßig auf die Bedingungen verteilt und damit kontrolliert werden.

Im Kontext der Nutzenbewertung von Psychotherapie wird die Methodik und die Aussagekraft von RCT-Studien jedoch häufig kritisiert (z. B. Wampold, 2001). Zentrale Kritikpunkte betreffen vor allem das Dilemma, dass bei steigender interner Validität (erhöht die Aussagekraft der Befunde hinsichtlich Kausalität durch gute Untersuchungspläne und Kontrolle von Einflussvariablen) oft die externe Validität (Übertragbarkeit auf reale Versorgungsbedingungen) verringert wird. Andere oft diskutierte kritische Punkte sind:

1. Patienten in RCT Studien werden spezifisch rekrutiert und sind dadurch stark selektiert. Daher entsprechen sie nicht den Patienten im regulären Versor-

beteiligten: die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) sowie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP). Alle Leitlinien wurden über insgesamt sechs Konsensuskonferenzen systematisch erarbeitet und schließlich abstimmdend konsentiert. Die S2-Leitlinie wurde in den Jahren 2004 bis 2007 erarbeitet und im Mai 2008 publiziert.

Die Leitlinien geben zunächst einen Überblick über grundsätzliche Aspekte der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Dabei wird vor allem darauf hingewiesen, dass Persönlichkeitsstörungsdiagnosen

A	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
B	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
C	„Kann“-Empfehlung: Bericht von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP	(Klinischer Konsenspunkt) „Standard in der Behandlung“: Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Tabelle 2: Grade der Empfehlung

- gungskontext. So würden Patienten mit zusätzlichen (komorbiden) Störungen meist nicht in Studien aufgenommen.
2. Bei einer Randomisierung werden mögliche Präferenzen von Patienten für bestimmte Therapieansätze oder Therapeuten nicht berücksichtigt, was möglicherweise zu einer nicht optimalen Passung von Patient und Therapeut/Therapie führt.
 3. Eine glaubhafte Placebobedingung als Kontrollbedingung ist im Rahmen der Psychotherapieforschung kaum realisierbar.
 4. In RCT Studien werden insbesondere störungsorientierte (statt patienteno-

rientierte) Sichtweisen umgesetzt. In diesem Zusammenhang wird das hinter RCT-Studien stehende „medizinische Modell“ kritisiert, in welchem vermeintlich abgrenzbare, isolierte Störungen im Fokus stehen.

5. Bei der in RCT-Studien meist geforderten Manualisierung und Standardisierung der Behandlung wird die therapeutische Versorgungsrealität nicht abgebildet; so gibt es in RCT Studien beispielsweise häufig festgelegte Stundenkontingente, über die im Rahmen der Studie nicht hinaus gegangen werden darf. Siehe dazu auch die „ergänzenden Diskussionsbeiträge“ am Ende des Textes.

vor Abschluss der mittleren Adoleszenz, also etwa dem 14. Lebensjahr, nicht mit ausreichender Sicherheit zu stellen sind und die Diagnose einer Dissozialen (Antisozialen) Persönlichkeitsstörung nicht vor dem 18. Lebensjahr gestellt werden sollte. Es wird zudem auf prinzipielle Probleme der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen hingewiesen und eine merkmalsorientierte, dimensionale Diagnostik als Alternative erläutert.

Weiterhin werden Studien zur Epidemiologie, zum Krankheitsbeginn, zu Modellen der Entstehung und Aufrechterhaltung der Problematik sowie zu Verlauf und Prognose zusammengefasst. Im Kapitel zur Diagnostik und Differentialdiagnostik werden sowohl die einzelnen diagnostischen Kriterien der ICD-10 und des DSM-IV-R referiert als auch einzelne diagnostische Verfahren

zur kategorialen und dimensional Diagnostik bei Persönlichkeitsstörungen vergleichend dargestellt. Zudem findet sich ein Abschnitt zur Komorbidität und deren Bedeutung für Verlauf und Prognose von Persönlichkeitsstörungen.

Im Teil zur Behandlung werden zunächst allgemeine Probleme der Behandlung von Personen mit Persönlichkeitsstörungen dargestellt und Regeln zur Hierarchisierung von Behandlungszielen vorgestellt (von Verhinderung von Suizid oder Fremdgefährdung über Gefährdung der Therapie, Störung der Verhaltenskontrolle und des emotionalen Erlebens bis zu Problemen der Lebensgestaltung). Es werden Möglichkeiten und Maßnahmen erläutert, die vom Kommunizieren der Diagnosen, der Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung bis hin zu therapeutischen Interven-

tionsstrategien reichen. Dabei werden sowohl allgemeine therapeutische Strategien als auch Vorgehensweisen bei einzelnen Persönlichkeitsstörungen dargestellt.

Auf der Grundlage der Evidenzklassen werden empirische Befunde zu Therapiestudien sowohl für psychotherapeutische als auch psychopharmakologische Behandlungen vorgestellt. Zusammenfassend wird festgestellt, dass „psychotherapeutische Verfahren derzeit als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gelten, dass die Behandlungsplanung bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen jenseits der spezifischen psychotherapeutischen Methode eine Hierarchisierung der Behandlungsziele sowie eine detaillierte Problemanalyse unter Berücksichtigung der Erhebung externer Bedingungen, akzentuierter Wahrnehmungen und Interpretationen, akzentuierter Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster, akzentuierter Handlungstendenzen, manifester Verhaltens- und Interaktionsmuster und schließlich die Analyse spezifischer Reaktionen des sozialen Umfeldes“ berücksichtigen sollte. Dabei ist ersichtlich, dass empirisch abgesicherte Therapieempfehlungen nur für drei Störungen – die Borderline-, die antisoziale und die ängstliche (vermeidende) Störung – vorliegen. „Die Empfehlungen zur Behandlung der anderen Störungen basieren wegen weitgehend fehlender Wirksamkeitsstudien überwiegend auf der klinischen Erfahrung der beteiligten Experten oder anderer veröffentlichter Expertenmeinungen“ (www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/).

Weitere zusammenfassende Hinweise:

- Es wird empfohlen, die Diagnose, eingebettet in ein psychoedukatives Vorgehen und ein sinnstiftendes Erklärungsmodell, unter Bezugnahme auf die biographische Entwicklung mit dem Patienten zu kommunizieren.
- Zu Behandlungsbeginn ist die therapeutische Beziehung komplementär zu gestalten, d. h. der Therapeut passt sich an biographisch geprägte Beziehungserwartungen des Patienten an. Im weiteren Verlauf sind dysfunktionale Erwartungen nach und nach zu irritieren und zu neuen Erfahrungen anzuregen. In einer dialektischen Dynamik zwischen

akzeptierender Wertschätzung und Irritationen von Selbstbild und erwarteten Interaktionsmustern liegt ein wesentlicher Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung.

- Alle pharmakologischen Behandlungsversuche, die auf die Coupierung einer krisenhaften Zuspitzung, auf die Behandlung komorbider Störungen oder die Behandlung von besonders dysfunktionalen Persönlichkeitsmerkmalen abzielen können, erfolgen „off-label“ (d. h. ohne Zulassung für diese Indikation). Sie sind stets mit Psychotherapie zu kombinieren. „Off-label“ erfolgen Behandlungen nur dann nicht, wenn die komorbide Störung die Hauptindikation darstellt.
- Für die Früherkennung und kompetente Diagnostizierung von maladaptiven Verhaltensweisen und dysfunktionalen Formen der Erlebnisverarbeitung ist es notwendig, Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit bereits im Kindes- und Jugendalter festzustellen, um gezielte therapeutische Interventionen rechtzeitig zu ermöglichen.

5.2 Leitlinie „Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“

Die Leitlinien zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter wurde von Vertretern von zehn Fach- sowie drei Berufsverbänden erarbeitet und wurden im Januar 2009 als S3-Leitlinie publiziert. Ziel der Leitlinie ist es nach Angabe der Expertengruppe, (a) das Bewusstsein für das Gesundheitsproblem Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu stärken, (b) Therapeuten und Patienten eine orientierende Hilfe zu geben und (c) krankheitsspezifische Informationen und Empfehlungen zur Therapie der Adipositas für alle im Gesundheitswesen sowie in der Gesundheitspolitik tätigen Personen bereitzustellen (Leitlinientext, S. 8, www.a-g-a.de). Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche wurde ein erster Entwurf der Leitlinien verfasst, der in mehreren Runden von den Mitgliedern der Expertenkommission hinsichtlich der Konsensusstärke abgestimmt wurde. Vor der endgültigen Veröffentlichung wurde der Leitlinientext in einem öffentlich zugänglichen Diskussi-

onsforum für Kommentierungen zur Verfügung gestellt.

Einige zentrale Aussagen der Leitlinie sind:

- Der Zugang zu einem kombinierten multidisziplinären Therapieprogramm sollte jedem adipösen bzw. übergewichtigen Kind oder Jugendlichen mit Komorbidität (6 bis 17 Jahre) ermöglicht werden (starker Konsens).
- Kombinierte multidisziplinäre Therapieprogramme sollten Therapien, die nur einzelne Aspekte berücksichtigen, vorgezogen werden (Konsens).
- Die Familie soll motivierend und unterstützend im Rahmen der Adipositasbehandlung mitwirken (starker Konsens).

Bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann in Einzelfällen eine medikamentöse Therapie zur Übergewichtsreduktion erwogen werden insbesondere bei Patienten mit erheblicher Komorbidität und einem extrem hohen Gesundheitsrisiko sowie Versagen einer herkömmlichen verhaltenensorientierten Therapie über mindestens 9 bis 12 Monate (starker Konsens).

Die Module einer multidisziplinären Therapie umfassen dabei in der Regel (a) Ernährungstherapie, (b) Steigerung der körperlichen Aktivität und (c) Verhaltenstherapie. Dabei wird vorgeschlagen, die Steigerung körperlicher Aktivität aus motivationalen Gründen in Gruppen ohne Leistungsanspruch bei gleichzeitiger Wissensvermittlung anzubieten. Die körperliche Aktivität sollte dem Grad der Adipositas und dem Geschlecht der Teilnehmer angepasst sein und möglichst durch das soziale Umfeld unterstützt werden. Weiterhin sollte durch ein verhaltenstherapeutisches Programm ein flexibel kontrolliertes statt rigides Essverhalten erlernt werden.

5.3 Leitlinie für den Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin in Krankenhäusern der Akutversorgung

Ein Beispiel für Leitlinien im institutionellen Kontext ist die Leitlinie der AWMF zum

Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin in Krankenhäusern der Akutversorgung (Entwicklungsstufe 2). Unter dem Begriff Konsiliar- und Liaisondienst werden hier Interventionen zusammengefasst, die nicht im engeren Sinne zur ärztlichen Behandlung gehören, sondern eher psychosoziale und psychotherapeutische Elemente enthalten. Diese Maßnahmen können sowohl im Bedarfsfalle bei externen Behandlern nachgefragt als auch routinemäßig im Krankenhaus von angestellten Kolleginnen und Kollegen durchgeführt werden. Adressaten sind neben dem Patienten dessen Angehörige sowie die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal. Dementsprechend vielfältig ist die Art des Angebots, das von patientenbezogener Beratung der Ärzte bei Diagnose- und Indikationsstellung sowie im Einzelfall der Durchführung von Psychotherapie, über Information und Betreuung von Angehörigen bis hin zu Weiterbildungsangeboten für das Krankenhauspersonal reicht.

In der Leitlinie wird zunächst der Bedarf an dieser Art von Leistungen an Krankenhäusern der Akutversorgung eingeschätzt. Danach weisen mindestens 30% aller Patienten psychische bzw. psychosomatische Störungen auf. Bei 10% wird eine psychotherapeutische Interventionsnotwendigkeit festgestellt. Ein Bedarf für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird vor allem für Ärzte und Pflegepersonal in psychisch belastenden Arbeitsbereichen gesehen, wozu beispielsweise die Intensivmedizin und die Onkologie gehören.

Ausgehend von dieser Bedarfsanalyse gibt die Leitlinie im weiteren Verlauf Empfehlungen zur Planung, Implementierung und Evaluation der Versorgung. Behandlungs-

maßnahmen und institutionelle Bedingungen werden anhand von Experteninterviews und Auswertung wissenschaftlicher Daten dahingehend bewertet, inwieweit sie den folgenden Zielen entsprechen:

- qualifizierte Versorgung der Patienten und deren Angehörigen,
- Verbesserung der Kompetenz der Behandler (Weiterbildung, Supervision),
- Wahrnehmung einer Schnittstellenfunktion zwischen der Klinik und anderen Agenten der psychosozialen Versorgung.

In diesem Zusammenhang wird auch der Zeitaufwand für entsprechende Behandlungen bzw. Dienste abgeschätzt, aus dem sich dann auch der Umfang des notwendigen Stellenpools ergibt. Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von drei bis acht Stunden pro Patient veranschlagen die Verfasser der Leitlinie für jede Vollzeitkraft die Versorgung von 160 bis 300 Patienten im Jahr. Die große Spannweite erklärt sich durch unterschiedliche institutionelle Aufträge an die Behandler. Neben diesen Behandlungsstunden werden weitere Zeiten für Supervision, Weiterbildung, kollegialen Austausch und die Anfertigung von Berichten veranschlagt (Rudolf & Eich, 2003).

In der Berücksichtigung der Vielschichtigkeit dieses Aufgabenbereiches, der Einbeziehung institutioneller Bedingungen sowie der Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Institutionen greift diese Leitlinie in großen Anteilen den Berufsalltag angestellter Psychotherapeuten auf.

Da diese Leitlinie derzeit aktualisiert wird, ist sie zurzeit nicht auf der oben angeführten Internetseite der AWMF einzusehen.

6. Kritische Aspekte²

Die Entwicklung der Psychotherapie seit den 60er Jahren erscheint unter dem Aspekt der Professionalisierung als Erfolgsgeschichte. Die Etablierung des Berufsstandes der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Integration von Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung tragen wesentlich zum heutigen Ansehen der Psychotherapie bei. Gleichzeitig zeigte sich im Zuge dieser Professionalisierung und der Integration in die Gesetzliche und Privaten Krankenversicherungen, dass die Psychotherapie zwar einen überaus wichtigen Anteil in der Versorgung übernehmen konnte, aber auch, dass diese notwendige Versorgungsorientierung die Vernachlässigung gesellschafts- und kulturkritischer Potentiale, die die Theorien von Verfahren und Behandlungstechniken beinhalten, mit sich bringen kann. Psychotherapie wird jedoch immer mit erkrankten Menschen durchgeführt, die im Kontext zu bestimmender gesellschaftlicher, historischer und kultureller Bedingungen vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Geschichte dekomensieren, die also nicht isolierbare (psychische) Störungen zeigen. Die Störungsorientierung im Kontext der Versorgung zeigt sich jedoch an vielen

² Nach umfassenden Diskussionen war der Ausschuss nicht in der Lage, zu diesem Abschnitt in allen Teilen konsentierbare Einschätzungen zu formulieren. Diese Tatsache spiegelt wahrscheinlich auch die umstrittene und facettenreiche Diskussion zur Bewertung von Leitlinien in der Profession wider. Von daher haben wir entschieden, neben der konsentierten Fassung der Diskussion im Anschluss zusätzlich zwei weitere, stärker pointierte Diskussionsbeiträge aufzunehmen.

KURSE FÜR PSYCHOLOG(INN)EN UND FACHINTERESSIERTE

Unseren tagesaktuellen Veranstaltungskalender finden Sie unter:
www.koenigundmueller.de

Wir bringen es auf den Punkt!

Bei unseren Kursen erhalten Sie Punkte der Psychotherapeuten- und / oder Ärztekammern



Akademie bei König & Müller
Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg
Tel.: 0931 - 46079033, Fax: 0931 - 46079034
akademie@koenigundmueller.de
www.koenigundmueller.de

Stellen. Die Orientierung an Diagnosen und psychischen Störungen findet sich vor allem in zentralen Verfahrensregeln von Gremien, die für die Profession im Rahmen der berufs- und sozialrechtlichen Zulassung von Psychotherapieverfahren eine hohe Bedeutung haben. Hierzu gehören in erster Linie der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG und der Gemeinsame Bundesausschuss. Störungsorientierte Psychotherapiestudien und RCT-Studien spielen bei deren Beurteilungskriterien und bei der Bewertung der Evidenz psychotherapeutischer Interventionen eine dominante Rolle. Die Bedeutung des störungsorientierten Modells zeigt sich daher auch in besonderer Weise im Zusammenhang mit der Erstellung von Behandlungsleitlinien.

Dieser Logik folgt, dass in Leitlinien nur in geringem Maße sozialwissenschaftliche Aspekte von Krankheit und Gesundheit berücksichtigt werden. Zudem werden Befunde und Ergebnisse der psychotherapeutischen Prozessforschung wenig oder gar nicht berücksichtigt. Sollten Psychotherapie-Leitlinien, so wie sie gegenwärtig erstellt werden, in die Praxis implementiert werden, besteht die Gefahr, dass das störungsorientierte Modell für psychische Erkrankungen zunehmend festgeschrieben wird. Dies wird Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung und auch auf die zukünftige Psychotherapieausbildung haben.

Hinsichtlich der Erstellung von Behandlungsleitlinien werden vielfach auch die im Kasten zur evidenzbasierte Medizin erwähnten kritischen Punkte zur Bewertung von RCT-Studien und der ihnen zugesprochenen hohen Evidenz problematisiert. Prinzipiell kann die Frage gestellt werden, ob das Vorgehen, störungsspezifische Leitlinien für Psychotherapien in der Praxis in erster Linie störungsorientiert und auf der Basis einer primär naturwissenschaftlichen Methodik zu erstellen, der richtige Weg ist. Behandlungsleitlinien in der aktuellen Form legen nahe, dass der Erfolg von Psychotherapien weitgehend von der behandelten Störung und einer dazu als passend angenommenen Intervention (Therapieverfahren, -methode oder -technik) abhängt.

In der Profession wird diskutiert, dass die jeweilig im Fokus stehende zu behandelnde Störung bzw. Problematik auf der Seite des Patienten und darüber hinaus auch die verfahrensspezifische Ausbildung der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten nur einen Teil des gesamten Behandlungsgeschehens repräsentieren (vgl. allgemeines Modell der Psychotherapie von Orlinsky & Howard, 1986). Von manchen Seiten wird kritisiert, dass bei der Erstellung von Behandlungsleitlinien die in der Praxis charakteristischen idiosynkratischen Prozesse und Faktoren in der Patient-Therapeut-Interaktion zu wenig Berücksichtigung finden. Zu diesen Faktoren werden v. a. die in der Versorgung wichtigen besonderen Lebensbedingungen der Patientinnen und Patienten in ihrem jeweiligen sozialen und beruflichen Umfeld, deren wirtschaftliche Belastungen oder Besonderheiten der Therapeut-Patient-Beziehung gezählt.

Kritisiert wird zudem, dass eine explizit psychotherapeutische Sicht auf Krankheitsentstehung, -verlauf und Therapie bei der Entwicklung von Leitlinien bislang oft noch fehlt. Beispielsweise haben im kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich auf dem Hintergrund einer auf Psychotherapieverfahren bezogenen Differenzierung verschiedene Experten eine Reihe im engeren Sinne psychotherapeutischer Leitlinien erarbeitet. Hierzu gehören Entwicklungen und Vorschläge zur evidenzbasierten Leitlinien bei Persönlichkeitsstörungen, Angst- und phobischen Störungen, depressiven Störungen, aggressiv-dissozialen Störungen, Regulationsstörungen und Zwangsstörungen, die auf psychodynamischen und/oder verhaltenstheoretisch fundierten Therapieansätze beruhen (Zeitschrift „Kindheit und Entwicklung“, 2004; Schneider & Döpfner, 2004).

Leitlinienintern betrachtete Aspekte

Die Hypothese, dass Leitlinien die Versorgung im Sinne einer geeigneten Qualitätssicherungsmaßnahme verbessern, bedarf der fortlaufenden Überprüfung durch Anwendungsbeobachtung und systematische Forschung. Hierzu gibt es bislang nur we-

nige Untersuchungen. Leitlinien benötigen einen fortlaufenden Aktualisierungsdienst.

Die Qualität einer Leitlinie bildet immer auch die Qualität des Konsens-Prozesses der entsprechenden Gremien, Arbeits- und Interessengruppen ab. Bei der Zusammensetzung und der Arbeitsweise von Leitliniengruppen sind daher u. a. folgende Faktoren besonders wichtig:

- Ist das Gremium repräsentativ zusammengesetzt?
- Ist das Vorgehen in allen Punkten transparent?
- Werden mögliche Interessenskonflikte und -kollisionen offen gelegt?
- Wie wird mit abweichenden Meinungen und Einschätzungen umgegangen?

Berufs- und haftungsrechtliche Implikationen: Werden aus Leitlinien Richtlinien?

Behandlungsleitlinien sind keine Richtlinien. Sie könnten aber unter versicherungsrechtlicher und Institutionsperspektive normierenden Charakter bekommen. Die Nichtbeachtung von Leitlinien müsste dann unter Umständen gerechtfertigt werden. Hart (1998) definiert eine Leitlinie dann als rechtlich verbindliche Vorgabe, wenn sie einen medizinischen Standard darstellt. Allerdings benutzen die Zivilgerichte bis jetzt nicht den Begriff der Leitlinie, sondern den des Standards und holen deswegen ggf. Gutachten ein. Deren Methodik entspricht jedoch der StandardEinstufung und nicht dem Entstehungsprozess von Leitlinien. Die Gutachten definieren aber häufig gerade nicht den Standard, sondern evidenzbasierte und konsensual gefundene Entscheidungswege (Hess, 2004).

Angesichts der fortschreitenden Ökonomisierung auch im Gesundheitswesen sollten solche Entwicklungen kritisch gesehen werden. So werden z. B. medizinische Leitlinien in die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses als strukturierte Behandlungsprogramme (z. B. Disease Management Programme) aufgenommen. Zwar hält die entsprechende Verordnung fest, die im Einzelfall notwendige Entscheidungsfreiheit des Arztes bzw. Psy-

chotherapeuten sei nicht tangiert, aber die leitlinienbasierte grundsätzliche Verbindlichkeit der jeweiligen Anforderungsprofile für DMPs wird damit indirekt festgestellt. Hierdurch wird die Therapiefreiheit zu einer zu begründenden Ausnahme. Derartige indirekte Verwandlungen von Leitlinien zu Richtlinien finden sich auch in den Anforderungsprofilen von Verträgen im Selektivvertragssystem.

Kritisch zu reflektieren sind Leitlinien insgesamt auch unter dem Aspekt der zunehmend auch rechtlich ausgetragenen Auseinandersetzungen im ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Bereich und der damit möglichen Zunahme von Schadenersatzprozessen. Leitlinien können in diesem Zusammenhang leicht zu „Richtlinien“ umgedeutet werden. Was zur Unterstützung der Profession gedacht war und zur Verbesserung der Versorgung beitragen sollte, könnte in zunehmend bindende Verpflichtung umschlagen. Weiterhin könnte ein fachlich begründetes Arbeitsinstrument (also hier die Leitlinien) missbräuchlich in erster Linie zur Kostendämpfung eingesetzt werden, ohne dass dabei die Behandlungsqualität für Betroffene gesichert bzw. erhalten wird.

Zusammenfassend ist die Intention zu begrüßen, verfügbares Wissen über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten verfahrenübergreifend zu sammeln, zu sichten und daraus Orientierungshilfen für praktisch Tätige sowie Patientinnen und Patienten abzuleiten. Gleichzeitig wird jedoch von verschiedenen Seiten auf die Gefahr aufmerksam gemacht, dass Leitlinien, so wie sie aktuell wissenschaftstheoretisch konzipiert sind, von den Interessen der Ökonomisierung im Gesundheitswesen sowie den Abläufen im Wissenschaftsbetrieb (mit) bestimmt sein können und möglicherweise die Versorgung von Patienten sogar verschlechtern. Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollten in der Leitlinienarbeit mitwirken und sich mit ihrem theoretischen und behandlingstechnischen Wissen einbringen. Sie sollten jedoch gleichzeitig ihr Wissen um die Besonderheit und die Funktion psychischer Erkrankungen im Kontext der Individualität der Patientinnen und Patienten

sowie der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in den Diskussionsprozess einbringen.

Erster ergänzender Diskussionsbeitrag eines Ausschussmitglieds:

Wie in anderen Bereichen der evidenzbasierten Medizin ist es auch bei der Beurteilung von Befunden aus der Psychotherapieforschung aus methodischen Gründen angemessen und gerechtfertigt, randomisiert-kontrollierten Studien (RCT-Studien = randomized-controlled trials) den höchsten Evidenzgrad zuzuerkennen. Allein durch diese Studiendesigns kann ein eindeutiger Nachweis für den kausalen Zusammenhang zwischen Veränderungen in der Therapie und der Intervention erbracht werden. Mit den Fortschritten bei der Planung und Durchführung von RCT-Psychotherapiestudien wurden in den letzten 20-30 Jahren zunehmend Untersuchungspläne realisiert, die neben der hohen internen Validität auch hohe externe Validität sicherstellen. So ist die Kritik, dass in RCT Studien meist nur „monosymptomatische“ Patienten behandelt wurden, keineswegs haltbar. Zusammenfassende Untersuchungen von Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph und Brody (2003) sowie Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph und Rothman (2005) zeigen, dass Patientinnen und Patienten in RCT Studien sich hinsichtlich wichtiger zentraler Variablen – wie Komplexität der Störungen (Komorbidität) und Schweregrad der Problematik bzw. der Störung – von Patienten im Versorgungskontext nicht unterscheiden. Shadish, Matt, Navarro und Phillips (2000) zeigen in einer Metaanalyse, dass auch bei hoher externer Validität von RCT-Studien vergleichbar gute Effekte mit standardisierten Therapien erreicht werden. Das bedeutet, dass die im Rahmen von RCT-Studien getroffenen Aussagen gut auf die psychotherapeutische Praxis übertragen werden können. Dies setzt jedoch voraus, dass die in dieser Art empirisch validierten Behandlungen in der Praxis berücksichtigt und umgesetzt werden.

Das oft kritische so bezeichnete „medizinische Modell“ beinhaltet, dass das zentrale Motiv des Patienten bzw. der Patientin ernst genommen wird: Das wesentliche Ziel einer Psychotherapie ist die Verringerung von

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Rechtsanwälte · Notare

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

- Studienplatzklagen
- ZVS-Anträge
- Auswahlgespräche
- Härtefälle
- Prüfungsrecht
- BAFÖG

**Wir haben die
Erfahrung.**

Geiststraße 2
D-48151 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.meisterernst.de

Institut für Psychoanalyse Nürnberg (DPG)

bietet staatlich anerkannte und qualifizierte psychoanalytische Aus- und Weiterbildung für

- Diplom-Psychologen nach dem PTG
- Ärzte gemäß Richtlinien der Ärztekammer
- Erwerb der Mitgliedschaft in der IPA

Nächster Beginn der Ausbildung: Oktober 2009

► **Zum Kennenlernen** bieten wir Ihnen die Teilnahme an folgenden Seminaren des Instituts an:

- 8.7.+15.7.09 „A. Mitscherlich: Wie weiter?“
- 10.7.09 „Analyt. Neurosenlehre I“
- 18.7.09 Film-Sem. „Die Anruferin“
- 20.7.09 „Freud: Das Unbehagen in der Kultur“

Infos zu Aus- und Weiterbildung sowie Anmeldung zu den Kennenlernseminaren oder zur Studienberatung über:

IPN, Penzstr. 10, 90419 Nürnberg
Tel: 0911/ 97797101
e-mail: sekretariat@dpg-nuernberg.de
www.psychoanalyse-nuernberg.de

individuellem, durch die Symptomatik bzw. Problematik hervorgerufenem Leid. Dabei helfen störungsbezogene Kenntnisse und spezifische, auf die Problematik bezogene Interventionen.

Die weiteren häufig geäußerten kritischen Punkte sind m. E. weniger bedeutsam. So spielen Placebobedingungen als Kontrollbedingungen in Psychotherapiestudien kaum eine bedeutsame Rolle. Die häufigsten Kontrollbedingungen in Psychotherapiestudien sind andere Therapien (oft z. B. psychopharmakologische Behandlungen oder die reguläre Versorgung: TAU = treatment as usual) oder Wartekontrollbedingungen. Eine Verfälschung von Ergebnissen durch Randomisierung, die die Präferenz von Patienten für alternative Behandlungen nicht berücksichtigt, ist in Psychotherapiestudien ebenfalls kaum relevant, da bei klarer Präferenz für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren Patientinnen und Patienten eine Einwilligung zur Teilnahme nicht geben würden und zudem dieser Effekt sich in vergleichbarem Maße in allen Untersuchungsbedingungen auswirken würde.

Leitlinien, die auf der Grundlage der gegebenen Evidenzbeurteilung erstellt werden, implizieren die höchste Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Behandlung. Entsprechend dem Modell der evidenzbasierten Psychotherapie enthebt dies den Therapeuten jedoch nicht von der Notwendigkeit, im jeweiligen Einzelfall konkrete Entscheidungen über differentielle und adaptive Indikationen zu treffen. Dabei müssen ggf. die vorgesehenen Therapiemanuale bzw. die vorgeschlagenen therapeutischen Interventionen auf die individuellen Gegebenheiten angepasst werden.

Zusätzlich zur Prüfung und Weiterentwicklung der Psychotherapie durch RCT-Studien müssen im Rahmen versorgungsnaher (naturalistischer) Forschung Therapieprozesse untersucht werden und die Wirksamkeit von Psychotherapie auch in der Versorgungspraxis überprüft werden. Zu diesen Forschungsaufgaben gehören auch die Prüfung der Übertragbarkeit von neuen, empirisch validierten Interventionen in die Praxis sowie die fortlaufende Prüfung,

ob Leitlinien tatsächlich die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessern.

Zweiter ergänzender Diskussionsbeitrag eines Ausschussmitglieds:

In dem Bestreben, praktizierenden Psychotherapeuten empirisch abgesicherte Handlungsempfehlungen an die Hand zu geben, findet eine drastische Einingung dessen statt, was Psychotherapie in der Praxis ausmacht. Ausgangspunkt und gleichzeitige Hauptfehlerquelle ist das zugrunde liegende Verständnis von so genanntem evidenzbasierten Wissen. Auch hier liegt die Problematik nicht in der Forderung selbst, sondern in dem verkürzten Verständnis von Evidenz.

Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, wird das anscheinend ideale Studiendesign zur Bestimmung von evidenzbasierten Psychotherapieverfahren durch so genannte RCTs (randomized controlled trials) realisiert. Aus solchen Studien aber Wirksamkeitsprognosen für die psychotherapeutische Praxis ableiten zu wollen, ist vor dem Hintergrund der mangelnden externen Validität nicht zulässig. Ziel von RCTs ist es, den Effekt einer bestimmten Intervention zu messen, indem Individuen zufällig der Behandlungsgruppe bzw. Kontrollgruppe zugewiesen werden. Im Sinne eines naturwissenschaftlichen Experiments sollen so gesetzmäßige Ursache-Wirkungs-Ketten aus der Masse zufälliger Korrelationen isoliert werden. Entsprechend dem medizinischen Modell stehen die Behandlung isolierbarer Störungen und *nicht* die behandlungsbedürftigen Patienten im Mittelpunkt.

Psychotherapieverfahren, die unter Laborbedingungen ohne angemessene Berücksichtigung komorbider Störungen evaluiert wurden, können nur sehr begrenzten Aussagewert für die psychotherapeutische Praxis haben. So sollte viel grundsätzlicher gefragt werden, ob das Ziel, störungsspezifische Leitlinien für Psychotherapien zu erstellen vor dem Hintergrund der faktischen Komorbiditätsraten überhaupt ein sinnvolles Anliegen sein kann. Informationen, die Psychotherapeuten für eine Behandlung benötigen, erschöpfen sich nicht in der

Erhebung einzelner Syndrome, die dann ICD-Codes zugeordnet werden. Vielmehr sind neben dem psychopathologischen Befund auch Beziehungsmuster und -probleme im sozialen und beruflichen Umfeld, wirtschaftliche Belastungen sowie sonstige aktuelle Konflikte therapierelevante und auch therapiebestimmende Faktoren, welche aber in den gegenwärtigen Leitlinien eine zu geringe bzw. keine Berücksichtigung erfahren.

Psychotherapie in der Praxis ist nach wie vor ein hochgradig idiosynkratischer Prozess, bei dem sowohl die Störungszugehörigkeit als auch die Therapieschulenzugehörigkeit nur einen kleinen Teil des gesamten Behandlungsgeschehens prägen.

Nach einer Untersuchung von Lambert, Shapiro und Bergin (1986) kann ein Forschungsansatz, der ausschließlich die Wirksamkeit von Techniken bzw. Verfahren bei einzelnen Störungen erfassen will, im Idealfall 15% des Psychotherapieergebnisses aufklären. Nach Wampold (2001) beträgt die aufgeklärte Ergebnisvarianz sogar nur 8%. In der Summe scheinen daher unspezifische Faktoren (z. B. Therapeut-Patient-Beziehung und Empathie, therapieunabhängige Veränderungen im Umfeld des Patienten oder auch reine Erwartungseffekte) einen weitaus größeren Einfluss auf das Therapieergebnis zu haben, was sich entsprechend in praxisorientierten Handlungsempfehlungen niederschlagen müsste.

So sehr die Intention zu begrüßen ist, das verfügbare Wissen über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten schulenübergreifend zu sammeln, zu sichten und daraus Orientierungshilfen für den Praktiker und die Patienten abzuleiten, so soll doch auf die Gefahr aufmerksam gemacht werden, dass unter dem Deckmantel vorgeblich hoher Wissenschaftlichkeit die Leitlinien im Bereich Psychotherapie, wie sie bisher wissenschaftstheoretisch konzipiert sind, von den Interessen der Wissenschaftspolitik und der Ökonomisierung in der Gesundheitspolitik für die eigenen Zwecke in Dienst genommen und so zum Schaden für die Patienten missbraucht werden können.

7. Abschluss

Die Mitglieder des Ausschusses haben sich bemüht, die möglichen Vorteile, aber auch die Gefahren, die mit der Entwicklung und der Implementierung von Behandlungsleitlinien im Bereich Psychotherapie verbunden sein können, in verdichteter Weise darzustellen. Wir hoffen, damit einen Beitrag zu einer fruchtbaren, vertiefenden und konstruktiven Diskussion geleistet zu haben.

8. Literatur

- AWMF & ÄZQ (Hrsg.). *Leitnienglossar* (Stand 20. Juni 2007). Verfügbar unter: <http://www.versorgungsleitlinien.de/glossar/glossar/index?key=A> [16.04.2009].
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ). (2003). *Leitlinien-Clearingbericht „Depression“*. Schriftenreihe 12. Niebüll: Videel.
- Fydrich, T. & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55-68.
- Hart, D. (1998). Ärztliche Leitlinien. Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen. *Medizinrecht*, 16, 8-16.
- Härter, M. & Bermejo, I. (2006). Leitlinien. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F. W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression?* (S. 387-404). Heidelberg: Springer.
- Härter, M., Klesse, C., Bermejo, I., Lelgemann, M., Weinbrenner, S., Ollenschläger, G., Kopp, I. & Berger, M. (2008). Entwicklung der S3- und Nationalen Versorgungsleitlinie Depression. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 451-457.
- Hess, R. (2004). Ökonomisierung der Medizin Standards und Leitlinien: Un-erwünschte Wirkungen und rechtliche Konsequenzen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98, 185-190.
- Orlinsky, D. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 311-381). New York: Wiley.
- Rudolf, G. & Eich, W. (2003). Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie. In T. Herzog, B. Stein, M. Söllner & M. Franz (Hrsg.), *Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst*. Stuttgart: Schattauer.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (1995). *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit*. Verfügbar unter: www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm [16.04.2009].
- Sackett D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. (deutsch: Münchener Medizinische Wochenschrift, 1997). *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst und phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 80-96.
- Shadish, W.R., Matt, G., Navarro, A. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies and clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P. & Brody, P.E. (2003). Are Samples in Randomized Controlled Trials of Psychotherapy Representative of Community Outpatients? A New Methodology and Initial Findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 963-972.
- Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P. & Rothman, A. (2005). Can the Randomized Controlled Trial Literature Generalize to Nonrandomized Patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 127-135.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. London: Lawrence Erlbaum.
- Wiegand, G. (2007). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Leitlinien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – unter der Perspektive psychoanalytischer Konzepte. *AKJP*, 38, 104-116.

Internetquellen

www.awmf.de
www.aezq.de
www.leitlinien.de
www.versorgungsleitlinien.de
www.a-g-a.de

Ausschuss Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung der Psychotherapeutenkammer Berlin

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin
 Kurfürstendamm 184
 10707 Berlin
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de



DiagnoPro 2.0

Das Computerprogramm zur Unterstützung in Ihrer psychotherapeutischen Praxis

- Berichterstellung
- Anamnese
- Dokumentation
- Praxisverwaltung



Psychoholic Software - Konrad-Adenauer-Str. 16 - 85221 Dachau - Tel.: 08131-2976847 - Fax: 08131-2976848 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de