

**Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie
(ÄGG)**

**Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie
(DPGG)**

**Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
(GwG)**

Dokumentation

zu dem Bewertungsergebnis

des Unterausschusses Psychotherapie und dem Beschluss des

Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.11.2006

zur Gesprächspsychotherapie

Köln, den 18.12.2006

Inhalt

Vorbemerkung	1.....
A. Nachweise zur Eignung und zum Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die ambulante psychotherapeutische Versorgung über das Spektrum der Psychotherapieindikationen	3
Es werden 17 Studien zu verschiedenen Bereichen der Psychotherapieindikation mit der „erneuten Prüfung“ durch den G-BA und der Erwiderung der GPT-Verbände dokumentiert.	
Watson, Gordon, Stermac (2003)	4
Teusch, Böhme, Finke, Gaspar, Skerra (2003)	7
Grawe, Plog (1976)	10
Teusch, Böhme, Gastpar (1997)	13
Meyer (1981)	17
Sachse (1999)	19
Paivio, Nieuwenhuis (2000)	23
Altenhöfer, Schulz, Schwab, Eckert (2006)	26
Arnold (1993)	29
Petersen (1997)	31
Engel-Sittenfeld, Engel, Huber, Zangel (1980)	33
Teusch, Böhme, Finke, Gastpar (2001)	35
Kolko, Brent, Saugher, Bridge, Birmaher (2000)	37
Jenny, Goetschel, Käppler, Samson, Steinhausen (2006)	40
Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clarke, Coper (2006)	41
Frohburg (2001)	43
Frohburg (2006 in Druck)	44
B. Darstellung der sachwidrigen Bewertungspraxis an einzelnen Beratungsgegenständen	45
B.I. Es werden exemplarisch 4 Studien, die aus unterschiedlichen Gründen zurückgewiesen wurden, mit der „erneuten Prüfung“ durch den G-BA und der Erwiderung der GPT-Verbände dokumentiert.	
Beispiel 1: Sachse (2006)	46
Beispiel 2: Meyer (1981)	51
Beispiel 3: Frohburg (2004)	58
Beispiel 4: Eckert, Kriz, Frohburg (2004)	64

B. II. Es werden 8 Beratungsgegenstände, die von der AG/TG GPT positiv bewertet wurden, dann aber nicht zur Grundlage des Beschlussempfehlungs-Entwurfes gemacht wurden, mit der „erneuten Prüfung“ durch den G-BA und der Erwiderung der GPT-Verbände dokumentiert.

Beispiel 1: Graw e (1076)	71
Beispiel 2: Borkovec, Mathew s (1988)	74
Beispiel 3: Greenberg, Watson (1998)	77
Beispiel 4: Stanley, Beck, Glassco (1996)	79
Beispiel 5: Birmaher (2000)	82
Beispiel 6: Shear, Pilkonis, Cloitre, Leon (1994)	85
Beispiel 7: Sauer (1993)	88
Beispiel 8: Svartberg, Seltzer, Stiles (1998)	90

Vorbemerkung

Die drei GPT-Verbände hatten am 06.10.06 in Kenntnis der Bewertungspraxis und der vorbereiteten Beschlussempfehlung eine Dokumentation vorgelegt, in der

- exemplarisch 17 Studienbelege zu Nutzen und Geeignetheit der Gesprächspsychotherapie für die Versicherten-Versorgung beschrieben sind
- exemplarisch vier Studien und deren unrichtige Bewertung durch die Themengruppe beschrieben sind
- exemplarisch acht Studien beschrieben sind, die von der Themengruppe im Einzelnen positiv bewertet, im Ergebnis aber verworfen worden sind.

Der G-BA hat das Ersuchen der GPT-Verbände, die Möglichkeit zur eigenen Stellungnahme zu der Beschlussempfehlung vom 25.09.06 zu erhalten, ersatzweise die Bundeskammern von dem Vertraulichkeitsgebot zu dem Stellungnahmeentwurf wenigstens gegenüber den unmittelbar betroffenen Verbänden zu entbinden, zurückgewiesen.

Er hat aber nach der Beschlussfassung die im Internet zugängliche Stellungnahme der Verbände nach seiner Darstellung einer "erneuten Prüfung" unterzogen und ist dabei zu dem Ergebnis gelangt, auch in der Dokumentation keinen Hinweis zu Nutzen und Geeignetheit der Gesprächspsychotherapie finden zu können.

Die nachfolgende Dokumentation umfasst

1. die insgesamt 29 Studien, wie sie von den GPT-Verbänden mit der Dokumentation vom 06.10.06 vorgelegt worden sind
2. die Ergebnisse der "erneuten Prüfung" durch den G-BA gem. Schreiben vom 27.11.06 an die GwG und
3. die Erwiderung der GPT-Verbände zu dem Ergebnis der "erneuten Prüfung".

Die jeweiligen Kommentare der GPT-Verbände einerseits und des G-BA andererseits sind zur leichteren Orientierung unterschiedlich unterlegt.

Die folgend dokumentierte Kontroverse zu diesen nur exemplarischen Nachweisen zu Nutzen und Geeignetheit der Gesprächspsychotherapie für die Versorgung machen nach unserer Einschätzung deutlich, dass der G-BA den Grundsatz allen öffentlich-rechtlichen Handelns verletzt hat: „Die Behörde hat alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen.“ (§ 24 Abs.2 VwVfG):

1.

Der Beratungsgegenstand wurde laienhaft, sachlich falsch und in scharfem Kontrast zu dem Verständnis der Fachwelt definiert. Der G-BA hielt daran fest, obwohl er im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens von der BPTK und der Bundesärztekammer auf die Verfahrensbeschreibung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 30.09.1999 hingewiesen wurde.

2.

Studien aus der stationären Versorgung wurden generell zurückgewiesen. Der G-BA

argumentiert, stationäre Behandlung sei eine „Komplexbehandlung“, die es nicht erlaube, die Gesprächspsychotherapie als Wirkfaktor für die – unbestrittenen – Behandlungseffekte festzustellen (Beispiel Teusch S. 13 ff.). Dennoch behauptet der G-BA, er habe eine „sektorenübergreifende Prüfung“ vorgenommen.

3.

Wissenschaftliche Nutznachweise, die nicht – oder noch nicht – in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift mit peer review veröffentlicht worden sind, wurden generell ausgeschlossen (Beispiel Arnold, S. 29)

4.

Studien, denen der Nutznachweis nicht abgesprochen wurde, sind abgewiesen worden, weil sie zu Fragen, denen die Untersuchung nicht galt, keine Antwort enthalten (Beispiel Meyer, 1981, S. 17 ff. und 51 ff.).

5.

Studien, denen der Nutznachweis nicht abgesprochen wurde, wurden als Gesprächspsychotherapieform beschrieben (z.B. non-directive therapy), in der Schlussbewertung aber abgelehnt, weil keine Rückschlüsse möglich seien, dass es sich um GT handele „wie sie in Deutschland angewandt wird“ (Beispiel Paivio S.23, Svartberg, S. 90).

6.

Naturalistische Studien mit Nutznachweis wurden zurückgewiesen, weil sie in ihrer methodischen Durchführung Kriterien nicht erfüllen, die nur von Labor-Studien erfüllt werden können (Beispiel: Stiles, S. 41).

7.

Studien, in denen Patienten aufgrund vorhergehenden screenings mit monosymptomatischen Störungen behandelt wurden, wurden zurückgewiesen, weil die "externe Invalidität" der Ergebnisse und ihre Übertragbarkeit auf die komorbide Versorgungsrealität nicht gesichert sei (Beispiel: Shear, S. 85).

Viele Studienbewertungen folgen dem Muster der Hase-und-Igel-Fabel: Die Studien werden nach solchen Kriterien durchsucht, die von dem jeweiligen Studientyp per se nicht erfüllt werden können

Die generelle Ablehnung der – gemäß G-BA-Auswahlprinzip regelmäßig in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlichten – Studien lässt zwei Interpretationen zu

- A. Stand und Standards der internationalen Psychotherapie-Wissenschaft sind ungeeignet zur Feststellung der Evidenzlage
- B. Die vom G-BA angelegten Maßstäbe sind mit dem Stand und dem Standard der Psychotherapiewissenschaft nicht vereinbar.

**A. Nachweise zur Eignung und zum Nutzen der
Gesprächspsychotherapie für die ambulante
psychotherapeutische Versorgung über das
Spektrum der Psychotherapieindikationen**

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

Comparing effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral 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 Stichprobe 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 der GPT-Verbände:

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 handle 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).

zu 2.:

Katamnestiche 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 katamnestiche 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.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Nach nochmaliger Prüfung ergeben sich keine Änderungen zu der bereits dargelegten Bewertung der Studie. Die Studie konnte nicht berücksichtigt werden. Auch nach nochmaliger Prüfung ergeben sich keine Änderungen zu der bereits im Nutzenbericht dargelegten Bewertung der Studie. Die Studie konnte nicht berücksichtigt werden. Die sogenannte „Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie“ (process experiential therapy; PET), auch als „experiential therapy“ bezeichnet, ist keine Gesprächspsychotherapie gemäß der Ausführungen in unserem Schreiben. Nach eingehender Literaturrecherche und intensiver Diskussion, kam die Themengruppe zu dem Ergebnis, dass es sich hierbei um ein eigenständiges Therapieverfahren handelt, bei dem gesprächspsychotherapeutische Methoden mit Methoden aus anderen Therapieansätzen, insbesondere der Gestalttherapie, kombiniert werden und die sich von der klassischen Gesprächspsychotherapie grundlegend durch die Anwendung von strukturierten Interventionen unterscheidet. Insoweit entschied sich die Themengruppe dafür, dass Studien, die dieses Verfahren untersuchen, nicht als Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie, wie sie in Deutschland Anwendung findet, gewertet werden können. Die fehlende Katamnese in der Studie war bei der Gesamtbewertung nur von untergeordneter Bedeutung.

Erwiderung der GPT-Verbände

Der G-BA trägt vor, "insoweit entschied sich die Themengruppe dafür", die Behandlungsform nicht als Gesprächspsychotherapie zu werten. Falsche „Entscheidungen“ der Themengruppe hätte der G-BA aber nicht folgen dürfen.

Die Entscheidung des G-BA muss als Willkür angesehen werden.

Die Ausgrenzung erfolgte gegen das Votum des beigezogenen Gesprächspsychotherapie-Sachverständigen, Prof. Dr. Eckert.

Der G-BA setzt sich mit seiner Entscheidung in Widerspruch zur gesamten Fachwelt:

- den wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Gesprächspsychotherapie
- dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie
- der Bundespsychotherapeutenkammer
- der Bundesärztekammer
- den Curricula zur GPT-Ausbildung.

Der maßgebende Autor zur PET, Greenberg, hatte gegenüber dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) deutlich Stellung genommen:

„Statement concerning the position of ‘experiential approaches’: ‘Process-Experiential Psychotherapy’ or ‘Emotion Focused Therapy’

....The experiential approaches only went on developing further what Rogers started to develop since 1951, when he turned away from talking about ‘non-directive psychotherapy’ and started to talk about ‘Client Centered Therapy’”.

(Quelle : Stellungnahme von Prof. J. Eckert gegenüber dem G-BA vom 23.7.05)

In der „Öffentlichen Erklärung“ des Wissenschaftlichen Beirates der Gw G vom 04.12.06 wird das Vorgehen des G-BA, wichtige Entwicklungsformen der Gesprächspsychotherapie definitorisch auszuschließen, scharf zurückgewiesen.

Spätestens im Stellungnahmeverfahren nach § 91 SGB V wäre seitens des G-BA eine Korrektur zu erwarten gewesen.

Die Stellungnahmen der BPTK und der Bundesärztekammer gegenüber dem G-BA beziehen sich ausdrücklich auf die Definition des WBP, in der diese Gesprächspsychotherapie-Behandlungsmethodik selbstverständlich als Bestandteil der Gesprächspsychotherapie beschrieben wird.

Die Studie wird von der Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme nach § 91 SGB V exemplarisch als zu berücksichtigender Nutznachweis angeführt.

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 katamnestiche 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 katamnestiche 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 Vergleichsgruppen 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 Psychologie*, 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 Psychosomatics*, 66, 293-301.
- Böhme, H., Finke, J. & Teusch, L. (1998). Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie 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*.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Ziel der Studie war nicht die Überprüfung der GT, sondern die Frage, ob es differentielle Effekte zusätzlicher Medikation auf depressive Symptome oder die Bewältigung schwieriger Erlebnisse in stationärer, gesprächstherapeutisch orientierter, multimodaler Psychotherapie gibt. Die Wirksamkeit der GT in dem multimodalen stationären Konzept war nicht Fragestellung der Studie und es lassen sich hierzu aus der Studie keine Ergebnisse für die ambulante Versorgung ableiten. Mit Ausnahme der Publikation von Böhme H & Teusch K (1997), Abwehr in Rating Skalen und Therapieerfolg. *Nervenarzt* 68, 896-902, die als thematisch nicht relevant ausgeschlossen wurde, sind alle anderen aufgeführten Veröffentlichungen soweit beschaffbar in den Bewertungsprozess eingegangen.

Erwiderung der GPT-Verbände

Eine nachvollziehbare Begründung, weshalb die „in den Bewertungsprozess eingegangenen Veröffentlichungen“ zur Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie unberücksichtigt geblieben sind, wird nicht mitgeteilt und ist auch nicht erkennbar.

Die Anmerkung, „soweit beschaffbar“ ist unverständlich: Der Erstautor oder Mitautor der Studien, Prof. Dr. Teusch, war der Arbeitsgruppe/Themengruppe stellvertretend als GPT-Sachverständiger beigelegt.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass alle 8 hier dokumentierten Studien nach einem peer review in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden.

Der G-BA sieht sich dennoch nicht in der Lage, in der vorliegenden Studie und/oder in den Studien in ihrer Gesamtschau einen Hinweis auf die Wirksamkeit und den Nutzen der GPT zu erkennen - und dieser Studie auch nicht eine Evidenz auf der niedrigsten Evidenzstufe "Expertenmeinung" zuzuerkennen.

Eine Auseinandersetzung oder Widerlegung der Hinweise der GPT-Verbände wird in der „Stellungnahme nach erneuter Prüfung“ nicht ersichtlich.

Selbst wenn richtig wäre, dass das Ziel der Studie die Prüfung war, ob zusätzliche Medikamentengabe die Effekte der Psychotherapie verstärken oder erhöhen könnten, belegen die Ergebnisse der Studie die Wirksamkeit und den Nutzen der Gesprächspsychotherapie.

Die Studie hat darüber hinaus besondere Bedeutung für die Versorgung, weil die Ergebnisse es rechtfertigen, Gesprächspsychotherapie-Patienten nicht zusätzlich mit Medikamentengabe zu belasten - mit positivem wirtschaftlichen Nebeneffekt.

Würde man der Bewertung des G-BA folgen, müsste wohl die Forderung erhoben werden, aus wirtschaftlichen Gründen auf Psychotherapie in der stationären Versorgung wegen nicht erwiesener Wirksamkeit generell zu verzichten.

Die stationäre psychotherapeutische Behandlung wird von dem G-BA irreführend als "gesprächspsychotherapeutische, multimodale Psychotherapie" beschrieben. Richtig ist, dass die Patienten in stationärem setting mit Gesprächspsychotherapie behandelt wurden.

Das Argument, aus der stationären Versorgung ließen sich keine Ergebnisse für die ambulante Versorgung ableiten, würde in gleicher Weise auf Laborstudien-Ergebnisse zutreffen, die unter artifiziellen Bedingungen gewonnen wurden. Patienten für Laborstudien werden monosymptomatisch selektiert und stimmen mit der komorbiden Versorgungsrealität nicht überein. Danach würden nur Versorgungsstudien berücksichtigungsfähig sein, die aber wegen anderer, von Versorgungsstudien nicht erfüllbarer methodischer Anforderungen zurückgewiesen wurden (vgl. Stiles - Studie S. 41).

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 Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur (Breitband-) Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Patienten mit langfristig 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 Fremdeinschätzungen 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 richtungweisende 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.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Die Feststellung der Verbände, dass die Studie aufgrund der nicht ausreichenden Qualifikation der Psychotherapeuten nicht als Beleg für die Wirksamkeit der GT berücksichtigt worden sie, ist unrichtig. Die nicht ausreichende Qualifikation der Verhaltenstherapeuten (fortgeschrittene Studenten) in dieser Studie ist zwar problematisch, spielte für die Bewertung jedoch eine untergeordnete Rolle. Gleiches gilt für die Supervision der Therapeuten durch den Studienleiter.

Hauptgründe für den Ausschluss der Studie waren methodischer Art. So führten insbesondere die hohe Anzahl der Veränderungsmesswerte (75 Variablen im 3fachen Vergleich getestet) mit der in der Studie gewählten Stichprobe von 53 Patienten zu einer erheblichen Einschränkung der Validität. In gleicher Richtung wirkt die nicht adäquate Form der Randomisierung. Vor diesem Hintergrund können die in der Studie festgestellten Behandlungseffekte auch zufälliger Natur sein.

Erwiderung der GPT-Verbände

Mit der Verwerfung der Studie setzt sich der G-BA über die Wissenschaft hinweg. Die Studie wurde vom Wissenschaftlichen Beirat als Wirksamkeitsnachweis für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Angststörungen bewertet. Der Hinweis auf die „Stichprobe von 53 Patienten“ ist nicht nachvollziehbar; Eine Stichprobe von 53 Patienten ist in der Psychotherapieforschung eine große Stichprobe. Der Unterausschuss hat sich selbst eine Stichprobengröße von $N = > 5$ vorgegeben.

Der einzig benannte "methodische Mangel" der Studie ist die "hohe Anzahl der Veränderungsmesswerte"; damit lässt sich der durch die Studie geführte Nutzensnachweis der Gesprächspsychotherapie nicht zurückweisen.

Im Übrigen wird in diesem Zusammenhang auf die Kriterien des IQWiG zur Berücksichtigung älterer Studien (IQWiG, Methoden, Version 2/September 2006, Ziffer 1.7) verwiesen.

Die Zurückweisung dieser Studie als Nutzensnachweis der Gesprächspsychotherapie ist nicht gerechtfertigt.

Die „problematische, aber untergeordnete Rolle der Qualifikation der Therapeuten“ wird in tendenziöser Weise nur für die Verhaltenstherapeuten herangeführt; sie gilt in gleicher Weise für die Gesprächspsychotherapeuten (s. oben „Anmerkungen der Verbände“ und S. 53).

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

The Benefit of Insight-Oriented and Experiential Approach an 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 langfristig 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 Kombinationsbehandlung stärkere Verbesserungen in zentralen Persönlichkeitsbereichen.

(4) Der Studie wird ihre Belegkraft für den Nutznachweis 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 ausführlicher 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 ausführlicherer 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 an“-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-Centered „Nonprescriptive“ 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 hingewiesen: Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörungen. *Nervenarzt*, 72 (31), 31-39.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Die Vorwürfe der Verbände sind aus dem Zusammenhang gerissen und entsprechen nicht der systematischen Auswertung der Themengruppe. Gründe für die Nichtberücksichtigung sind die fehlende Kontrolle von anderen Variablen, die durch das stationäre Setting (unkontrollierbare Wirkvariablen) verursacht werden sowie die fehlende systematische Erfassung und Berücksichtigung weiterführender Therapien nach Ende der stationären

Behandlung. Für eine valide vergleichende Wirksamkeitsüberprüfung von CCT im stationären Setting wäre auch die Überprüfung von der Expositionsbehandlung allein im stationären Setting vonnöten. Das Studiendesign ist lediglich darauf ausgerichtet Aussagen über die Wirksamkeit einer zusätzlichen Expositionsbehandlung zu einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung in einem multimodal ausgerichteten Setting zu treffen. Auch der Verweis auf die Studie von Teusch L & Böhme H. (1999) geht fehl, da die dort untersuchte Expositionsgruppe ambulant behandelt wurde und somit die Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen nicht gegeben ist.

Erwiderung der GPT-Verbände

Die GPT-Verbände hatten sich mit den konkreten, in Einzelnen zitierten Argumenten der Themengruppe auseinander gesetzt, die zum Ausschluss der Studie geführt hatten. Die Anmerkungen und Hinweise wären geeignet gewesen, das Bewertungsergebnis zu korrigieren.

Eine Korrektur oder Auseinandersetzung mit den Hinweisen 1. bis 7. auf den S. 13-15 erfolgt nach „erneuter Überprüfung“ jedoch nicht, obwohl die GPT-Verbände die Gründe für die Abweisung der Studie widerlegt hatten. Es werden lediglich die alten „Bewertungen“ wiederholt

Selbst wenn richtig wäre, dass die Studie darauf ausgerichtet war, Aussagen über die Wirksamkeit einer zusätzlichen Expositionsbehandlung zu treffen, würde damit die von dem G-BA verneinte Nutzennachweis für die GPT vorliegen.

Auf die Erwiderung der GPT-Verbände zu Teusch, 2003, auf Seite 9 zum Nutzennachweis der Gesprächspsychotherapie aus der stationären Versorgung wird zur Vermeidung von Wiederholungen hingewiesen.

Die Zurückweisung dieser Studie als Nutzennachweis der Gesprächspsychotherapie ist nicht gerechtfertigt.

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) Fokalthérapien 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 Fokalthérapie + 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 Fokalthérapie.
- Im direkten Effektivitäts-Vergleich der Behandlungsgruppen ergaben sich summarisch keine signifikanten Unterschiede.
- Qualitative Auswertungen machten verfahrensabhängig differentieller Effektunterschiede¹ und differentielle Indikationskriterien² 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).

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Verweis auf S. 51 der Erwiderung.

Erwiderung der GPT-Verbände

Die Studie wird von der Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme nach § 91 SGB V exemplarisch als zu berücksichtigender Nutznachweis angeführt.

Weiteres auf den S. 51 ff.

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 Gw G 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 Arztconsultationen, 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 handle sich nicht um "klassische" Gesprächspsychotherapie; darauf habe Prof. Sachse den G-BA hingewiesen (s. gesonderte Darstellung sachwidrige Bewertung Sachse, R., S. 64-68).

Anmerkung der Verbände:

Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ist Gegenstand der vertieften Gesprächspsychotherapie-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 handle sich nicht um "klassische" Gesprächspsychotherapie; darauf habe Prof. Sachse den G-BA hingewiesen (s. gesonderte Darstellung sachwidrige Bewertung Sachse, R., S. 46 ff.).

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Zu der Frage, ob das von Sachse konzipierte und in der vorbenannten Studie angewandte Verfahren der zielorientierten Gesprächspsychotherapie der GT zuzurechnen ist, teilte der Autor persönlich mit, dass sich der von ihm entwickelte Therapieansatz grundlegend von der klassischen Gesprächspsychotherapie unterscheidet, nicht im Rahmen der Gesprächspsychotherapie in Deutschland zur Anwendung kommt und auch nicht in der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung gelehrt wird.

Diese Auffassung wird in dem Lehrbuch „Gesprächspsychotherapie“ von J. Eckert et al (2006) geteilt: „Mit dieser Auffassung vom therapeutischen Prozess, seinem Inhalt und der Rolle von Patient und Therapeut in ihm steht die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie der kognitiven Verhaltenstherapie konzeptionell näher als der Gesprächspsychotherapie“ (S.106). Aufgrund dieser Darlegungen entschied die Themengruppe, dass die Studien von R. Sachse nicht als Wirksamkeitsnachweis der Gesprächspsychotherapie gewertet werden können.

Erwiderung der GPT-Verbände

Auf die Hinweise der GPT-Verbände auf den Seiten 19-21, die zu einer Korrektur der Bewertung hätten führen müssen, wird nicht eingegangen.

Schon die G-BA-Formulierung, ob das „angewandte Verfahren der zielorientierten Gesprächspsychotherapie der GT zuzurechnen ist“, ist selbstredend.

Entscheidend ist aber, dass die Hinweise zu dem in der Studie angewandten Verfahren, zu dem Zeitpunkt der Durchführung der Studie und zu der Qualifikation der beteiligten Psychotherapeuten ignoriert wurden.

Im Übrigen hätte die frühere Gesprächspsychotherapie-Identifikation des Herrn Prof. Sachse und des Ansatzes zielorientierten Handelns als Gesprächspsychotherapieform - erkennbar in seiner Autorenschaft und inhaltlichen Darstellung für die Dokumentation zur Gesprächspsychotherapie im Auftrag der drei GPT-Verbände für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP - bei der Einordnung seiner heutigen „persönlichen Mitteilung“, die unverkennbar auf einer Wissenschaftlereitelkeit beruht, beachtet werden müssen.

Im Einzelnen s. auch S. 46 ff.

In dem vom G-BA herangezogenen Lehrbuch wird weder die Auffassung vertreten, die zielorientierte Gesprächspsychotherapie werde im Rahmen der Gesprächspsychotherapie nicht angewendet, noch wird die Auffassung vertreten, sie werde in der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung nicht gelehrt.

Das Muster-Curriculum der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung für staatlich anerkannte Ausbildungsstätten, das dem G-BA mit der von dem G-BA angeforderten Stellungnahme im Oktober 2002 übersandt worden war, enthält die zielorientierte Gesprächspsychotherapie als Lehrinhalt. Weitere Hinweise enthält die Stellungnahme der BpTK.

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) Gesprächspsychotherapie (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 Untersuchungsgruppe.
- 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, 1. E. (2004). The influence of therapist adherence and competence on client reprocessing of child abuse memories. *Psychotherapy*, 41 (No. 1), 56-68.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Der Therapieansatz der EFT, der auch von L. Greenberg entwickelt wurde, wird ebenso wie die PET den erlebniszentrierten Therapieformen zugeordnet. Die EFT fokussiert, im Unterschied zur klassischen GT auf die emotionalen Erfahrungen des Patienten. Der entscheidende Unterschied zur klassischen GT besteht sowohl bei der EFT als auch bei der PET darin, dass das Prinzip der Nichtdirektivität zugunsten eines aktiv lenkenden Therapeutenverhaltens aufgegeben wurde. Insofern entschied sich die Themengruppe dafür, dass Studien, die diesen Therapieansatz untersuchen, nicht als Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie, wie sie in Deutschland Anwendung findet, gewertet werden können.

Erwiderung der GPT-Verbände

Die Meinung des G-BA beruht auf Unkenntnis der Gesprächspsychotherapie. Auf den Sachverstand des Gesprächspsychotherapie-Sachverständigen Prof. Eckert war verzichtet worden.

Das der Gesprächspsychotherapie unterstellte "Prinzip der Nichtdirektivität" wurde bereits 1951 weiterentwickelt. Diese Weiterentwicklung fand ihren Ausdruck in der Veränderung der Verfahrensbezeichnung von „non-directive therapy" zu „client-centered-therapy."

Auf die „Öffentliche Erklärung" des Wissenschaftlichen Beirates der GwG vom 04.12.2006 wird hingewiesen.

Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auch auf das Zitat von Greenberg (s. S. 6) verwiesen.

Die Studie wird von der Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme nach § 91 SGB V exemplarisch als zu berücksichtigender Nutznachweis angeführt.

Die emotionalen Patientenerfahrungen haben in der Gesprächspsychotherapie von Anfang an eine zentrale Bedeutung und nehmen entspr. in der Ausbildung schon immer breiten Raum ein.

Der G-BA setzt sich auch nach erneuter Prüfung hartnäckig über die einhellige und gleichsinnige Definition der GPT durch die Fachgesellschaften und den WBP hinweg.

GwG, ÄGG und DPGG hatten bereits im Oktober 2002 die Gesprächspsychotherapie, wie sie in Deutschland erforscht, gelehrt und praktiziert wird, beschrieben.

Auf Nachfrage des G-BA vom 02. Februar 2004 haben die Verbände das wiederholt und präzisiert und im November 2004 erneut bestätigt.

Diese Beschreibung war schon vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) in seiner Stellungnahme vom September 1999 zur Gesprächspsychotherapie zugrunde gelegt worden.

Die Charakterisierung der „Klassischen GT“ mit dem Hinweis auf die Nichtbeachtung emotionaler Erfahrungen und auf die Nichtdirektivität ist vergleichbar der Aussage, Psychoanalyse beziehe das Unbewusste nicht ein oder übende Verfahren könnten nicht der Verhaltenstherapie zugerechnet werden.

Soweit es auf die Psychotherapie-Richtlinien ankommt, hat der G-BA die von der KBV und der KV Bayern in ihren Anträgen in Bezug genommene Definition des Wissenschaftlichen Beirates (s. B I.3.1 Psychotherapie-Richtlinien) zugrunde zu legen.

Spätestens im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 wäre zu erwarten gewesen, dass der G-BA seine „Operationalisierung des Beratungsgegenstandes“ korrigiert, nachdem die Stellungnahmen BPTK und BÄK die WBP-Definition zur Grundlage ihrer Stellungnahme gemacht hatten und damit die Definition der GPT-Verbände bestätigten.

Die Studie wird von der Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme nach § 91 SGB V exemplarisch als zu berücksichtigender Nutznachweis angeführt.

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).

Der G-BA hat in seinen Tragenden Gründen (S. 11/12) die Studie wie folgt bewertet:

(1) Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) Studie von Altenhöfer et al. (2006), Evidenzstufe 2
Die kontrollierte Studie von Altenhöfer et al. (2006), untersucht die Wirkung der Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit Anpassungsstörung im Vergleich zu einer unbehandelten Vergleichsgruppe.

Bei allen angewandten Fragebögen kommt es in der Interventionsgruppe zu einer signifikanten Verbesserung der erhobenen Parameter im Vergleich zur Wartegruppe.

Allerdings besteht wegen methodischer Mängel eine eingeschränkte Aussagekraft der Studie zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie: unter anderem wurden bis zu 48,4% der Patienten zusätzlich medikamentös behandelt und der Einflussfaktor der Medikation auf die Veränderung der Störung wurde nicht kontrolliert, was insbesondere bei der nicht randomisierten Studie einen relevanten limitierenden Faktor darstellt.

Insgesamt gibt die Studie einen schwachen Hinweis auf die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie können insbesondere aufgrund des Vergleichs mit einer unbehandelten Wartegruppe und des unkontrollierten Medikamenteneffekts nicht hinreichend belegt werden.

Im ambulanten Bereich konnte in den anderen Indikationsbereichen keine Studie identifiziert werden, welche geeignet wäre, die hier interessierende Fragestellung zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu beantworten.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Die Studie von Altenhöfer et al. (2006) wurde berücksichtigt (vgl. Nutzenbericht, tragende Gründe). Kritikpunkte an der Bewertung der Themengruppe gehen aus der Stellungnahme nicht hervor.

Erwiderung der GPT-Verbände

Eine Auseinandersetzung mit der Bewertung durch die Themengruppe konnte mit der Dokumentation vom 06.10.06 nicht erfolgen, da der Nutzenbericht zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorlag.

Die GPT-Verbände hatten in ihrer Dokumentation vom 06.10.06 die Studie als Nutznachweis-Beleg aufgeführt:

Die BpTK hatte in ihrer Stellungnahme vom 31.10.06 durch bei den Autoren eingeholte ergänzende Informationen – von dem G-BA unterlassen – die der Ablehnung zugrundeliegenden Argumente widerlegt.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

In den „Tragende Gründen“ hat sich der G-BA auf den S. 26/27 mit den Hinweisen der BpTK wie folgt auseinandergesetzt:

Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie bei Anpassungsstörungen

Die Bundespsychotherapeutenkammer liefert ergänzende Informationen zu der Studie von Altenhöfer et al. (2006), welche die Erstautorin der Bundespsychotherapeutenkammer auf eine schriftliche Anfrage hin zukommen ließ.

Die Studie Altenhöfer et al. (2006) ist bisher nicht in einem peer-reviewed Journal veröffentlicht worden. Der Mitautor der Studie, Prof. Eckert, der die Studie als Handsuche eingereicht hatte, war an Beratungen beteiligt und hat keine zusätzlichen Informationen zu dem zur Publikation angenommenen (laut Aussage von Prof. Eckert) Manuskript geliefert. Die ergänzenden Tabellen waren auch nicht in der ausführlichen Dissertation der Erstautorin

enthalten, aus welcher die Publikation hervorging. Ungeachtet dessen, wird die Kritik an der Studie durch die ergänzenden Angaben nicht aufgehoben:

Die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer weist darauf hin, dass weder die Medikation für sich (über beide Gruppen hinweg) noch die Medikation in Interaktion mit einer Gruppenbedingung einen bedeutsamen Einfluss auf die Verbesserung der Zielparameter hatte. Gerade die Ergebnisse in den beiden Fremdeinschätzungsverfahren lassen keine eindeutigen Erkenntnisse darüber zu, ob die Medikamentenkontamination in beiden Gruppen tatsächlich ohne Effekt auf die Behandlungsergebnisse waren. Mit anderen Worten kann anhand der zusätzlich bereitgestellten Auswertungen keine Aussage über den ergebnisverzerrenden Einfluss der Medikamentengabe gemacht werden. Darüber hinaus wurde der tatsächliche Effekt der medikamentösen Therapie nicht gemessen. Auch verweist die Bundespsychotherapeutenkammer selbst auf die begrenzte statistische Power infolge der geringen Stichprobengröße. Bezüglich der Medikamente bei der Studie von Altenhöfer wäre wesentlich, welche Substanzen oder Substanzgruppen in welcher Dosierung zum Einsatz kamen und ob sich diese auf beide Gruppen gleich verteilen. Da Indikation und Schweregrad für die nicht spezifizierte medikamentöse Therapie nicht genannt werden, kann der Effekt der Medikation anhand der nachgelieferten Daten auch nicht indirekt aus den für diese Fragestellung eher ungeeigneten Fremdeinschätzungsverfahren (BSS und GAF) abgeleitet werden. Die Kritik an der Studie von Altenhöfer et al. muss daher aufrecht erhalten werden..

Erwiderung der GPT-Verbände

Der G-BA bestätigt hier sein Vorgehen, Nutzenbelege überhaupt nur in die Bewertung einzubeziehen, wenn sie in einem peer-review-journal veröffentlicht wurden.

Der naturalistischen Studie der Evidenzstufe II werden jetzt die Kriterien einer Studie der Evidenzstufe I entgegengehalten, um das Festhalten an dem Ausschluss der Studie zu rechtfertigen.

Mit dem Hinweis auf fehlende Kontrolle weiterer Wirkgrößen kann jede Studie verworfen werden.

Würden Daten zu den Substanzen, den Substanzgruppen und zur Dosierung vorliegen, würde wohl der Einwand erhoben, es sei nicht sichergestellt, ob, zu welchem Zeitpunkt, in welchem Zusammenhang, mit welchen Nahrungsmitteln oder ggf. Alkoholkonsum die Medikamente eingenommen, diese ggf. erbrochen worden seien oder der Einfluss von Alter und Geschlecht bei der Substanzwirkungserfassung nicht berücksichtigt worden sei usw.

Zur „geringen Stichprobe“ wird angemerkt, dass die Behandlungsgruppe ein N=31 und die Wartekontrollgruppe ein N=19 aufweist.

Der Unterausschuss hatte sich eine „Fallzahl ≥ 5 pro Behandlungsarm“ vorgegeben.

Der Ausschluss der Studie als Nutzenbeleg ist unbegründet.

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.

Anmerkung der Verbände in der Dokumentation vom 06.10.06:

Die Studie wurde - soweit bekannt - nicht in die Bewertungsarbeit der AG/TG einbezogen.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Dissertationen werden, sofern sie nicht in einem ‚peer reviewed‘ Journal veröffentlicht sind, nicht in den systematischen Beratungsprozess des G-BA miteinbezogen.

Erwiderung der GPT-Verbände

Der G-BA bestätigt sein Vorgehen, zur Bewertung der Evidenzlage überhaupt nur Nutzenbelege in die Bewertung einzubeziehen, wenn sie in einem peer-review-journal

veröffentlicht wurden. Er verstößt damit gegen den Grundsatz der evidenzbasierten Medizin, wonach keine verfügbare Informationsquelle ausgeschlossen werden darf.

Das IQWiG formuliert das Ziel, "die Bewertung auf einer möglichst vollständigen Datenbasis vorzunehmen. Im Falle fehlender Information versucht das Institut deshalb, diese fehlenden Informationen zu beschaffen, z. B. durch den Kontakt mit den Autoren von Publikationen" (IQWiG, Methoden, Version 2/September 2006, S. 16, Ziffer 1.17)

Eine Veröffentlichung nach einem peer review kann keine Bedingung für die Beachtung eines Nutznachweises sein.

Allerdings lässt sich aus dem Umstand, dass der G-BA unter 101 peer reviewed Studien nur eine einzige gefunden haben will, die er für methodisch adäquat hält, auf Bewertungsmaßstäbe schließen, die den allgemein anerkannten Standards nach dem Stand der Psychotherapieforschung widersprechen.

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 Erlebnisweise der Patientinnen.

Anmerkung:

Die Falldokumentationen sind Bestandteil einer Sammlung von insgesamt zehn störungsbezogenen Falldarstellungen aus der ambulanten Praxis der Gesprächspsychotherapie. Weitere Falldokumentationen 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 Anpassungsstörung bzw. psychogener Enuresis.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Es handelt sich hierbei um einen Case-Report mit jeweils einem Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa bzw. Bulimia nervosa. Aufgrund der geringen empirischen Aussagekraft von Einzelfallberichten in diesem Kontext, wurden Studien mit einer Fallzahl <5 Patienten je Behandlungsarm von der Bewertung ausgeschlossen.

Erwiderung der GPT-Verbände

Es handelt sich um zwei Case-Reports.

Ein Case-Report, eine sogenannte Kasuistik oder Fallstudie beschreibt per definitionem eine Einzelfallbehandlung und ist der Evidenzstufe IV oder V zuzuordnen.

Die Anwendung des von dem Unterausschuss definierten Ausschlusskriteriums „**Fallzahl \geq 5 pro Behandlungsarm**“ **ist auf einen Case-Report nicht anwendbar**.

Case-Reports können sui generis keine „Behandlungsarme“ haben.

Mit seiner Begründung bestätigt der G-BA entgegen der Darstellung in den Tragenden Gründen (die von der Bundesärztekammer ausdrücklich begrüßt wurde, ohne dass sie prüfen konnte, ob der G-BA sich daran gehalten hat), dass er das Spektrum der Evidenzstufen der Verfahrensordnung nicht zur Anwendung gebracht hat.

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.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Die Studie von Engel-Sittenfeld et al. (1980) wurde einer ausführlichen Auswertung unterzogen (vgl. Nutzenbericht). Kritikpunkte an der Bewertung der Themengruppe gehen aus der Stellungnahme nicht hervor.

Eine Auseinandersetzung mit der Bewertung durch die Themengruppe konnte mit der Dokumentation vom 06.10.06 nicht erfolgen, da der Nutzenbericht zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorlag. Die GPT-Verbände hatten in ihrer Dokumentation vom 06.10.06 die Studie als Nutznachweis-Beleg aufgeführt.

Die Themengruppe hat die Studie wie folgt bewertet:

„Ergebnisse:

Es gibt keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Wirkung der drei Behandlungsverfahren. Die Behandlungen führen zu signifikanten Reduktionen des Medikamentenverbrauchs sowie einer Verkürzung der Dauer des nächtlichen Aufwachens, einem Anstieg der subjektiven Ausgeruhtheit. Die Ergebnisse sind klinisch relevant und können auf den Alltagskontext der hiesigen Psychotherapieversorgung übertragen werden."

Abschließende Bewertung:

Kritik: hohe Abbrecherquote und aufgeben der Kontrollgruppe.

Bedeutung für ambulante Versorgung:

Studie lässt aufgrund der in Feld 23 genannten methodische Mängel keinen Schluss auf Wirksamkeit der GT bei undifferenzierten Schlafstörungen zu."

Erwiderung der GPT-Verbände

Im "Feld 23" ist die Abschließende Bewertung niedergelegt.

Die „Behandlungen führen“ nach der Themengruppen-Bewertung „zu signifikanten Reduktionen des Medikamentenverbrauchs“ sowie der Hauptsymptomatik.

Die Verneinung eines Nutznachweises ist aufgrund der von der Themengruppe festgestellten Ergebnisse selbst bei Berücksichtigung der unter „Abschließende Bewertung“ formulierten Anmerkungen nicht zutreffend.

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 katamnestiche 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.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Die Studie von Teusch et al. (2001) wurde einer ausführlichen Auswertung unterzogen (vgl. Nutzenbericht). Kritikpunkte an der Bewertung der Themengruppe gehen aus der Stellungnahme nicht hervor.

Eine Auseinandersetzung mit der Bewertung durch die Themengruppe konnte mit der Dokumentation vom 06.10.06 nicht erfolgen, da der Nutzenbericht zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorlag. Die GPT-Verbände hatten in ihrer Dokumentation vom 06.10.06 die Studie als Nutznachweis-Beleg aufgeführt.

Die Themengruppe hat die Studie ausweislich des Nutzenberichtes wie folgt bewertet:

„Ergebnisse:

Es gibt signifikante Ergebnisse in Bezug auf emotionale Gestimmtheit (Depression), Selbstwert, soziale Kompetenz, die auch nach einem Jahr stabil waren.

Die zusätzliche Gabe von Medikamenten erbrachte zumeist keine zusätzliche Besserung, lediglich die Untergruppe der abhängigen Persönlichkeitsstörung verbesserte ihre Depression durch Medikamente während die übrigen Subtypen in Bezug auf die Depression besser ohne Medikamente reagierten.

Abschließende Bewertung:

Die stat. Behandlung besserte die Pat. mit Persönlichkeitsstörungen in Bezug auf wichtige Symptome. Angesichts des komplexen Behandlungsangebots bleibt es schwierig, die Spezifität der GT für diese Therapieergebnisse einzuschätzen, insbesondere da die spezifischen Konzepte für Persönlichkeitsstörungen nicht genannt werden.

Bedeutung für ambulante Versorgung:

Diese Behandlungskonzeption ist nicht übertragbar auf die ambulante Versorgung"

Erwiderung der GPT-Verbände

Der Nutzen der Gesprächspsychotherapie-Behandlung wird vom G-BA bestätigt. Es wird ohne inhaltliche Begründung bestritten, dass die Ergebnisse der Studie auf die ambulante Versorgung übertragbar seien.

Die Studie hat besondere Bedeutung für die Versorgung, weil die Ergebnisse es rechtfertigen, Gesprächspsychotherapie-Patienten bei Persönlichkeitsstörungen nicht zusätzlich mit Medikamentengabe zu belasten - mit positivem wirtschaftlichen Nebeneffekt. Würde man der Bewertungslogik des G-BA folgen, müsste wohl auf psychotherapeutische Versorgung in der stationären Behandlung verzichtet werden, weil Effekte von Psychotherapie wegen des „komplexen Behandlungsangebots“ nicht isoliert nach den Maßstäben des G-BA hinreichend nachweisbar sind.

Im Übrigen handelt es sich nicht um ein „komplexes Behandlungsangebot“, sondern um stationäre gesprächspsychotherapeutische Behandlung mit Bedingungen des Kontextes. Gleiches gilt für ambulante Behandlungen oder Laborstudien mit jeweils anderen Kontextbedingungen.

Die Wirksamkeit und der Nutzen der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung ist auch im Hinblick darauf unabweisbar, dass eine Mehrzahl sich ergänzender und bestätigender Studien zur stationären gesprächspsychotherapeutischen Behandlung vorliegen, die den Nutzen des gesprächspsychotherapeutischen Konzeptes bei gleichen Kontextbedingungen belegen.

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

Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, 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 katamnestiche 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 der Verbände:

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

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Studien zur Wirksamkeit der GT bei Kindern und Jugendlichen wurden im Screening ausgeschlossen. Die Verfahrensprüfung der GT konnte aus folgenden Gründen lediglich in Bezug auf die Behandlung von Erwachsenen erfolgen:

Der von der KBV gestellte Antrag nach § 135 Abs.1 SGB V zur Prüfung der GT bezog sich lediglich auf die Behandlung von Erwachsenen, weil nur hierfür eine wissenschaftliche Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vorliegt. Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurden somit nicht berücksichtigt.

Eine mögliche Auffassung, wonach von der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen automatisch auf die wissenschaftliche

Anerkennung des Verfahrens zum Zwecke der Behandlung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden könne bzw. dass bei der Bewertung der wissenschaftlichen Anerkennung eine Differenzierung zwischen Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen verzichtbar sei, begegnet sowohl psychotherapeutisch-fachlichen als auch rechtlichen Bedenken.

Was die psychotherapeutisch-fachlichen Gesichtspunkte angeht, hat die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme zur Neufassung der Anwendungsbereiche in Abschnitt D der Psychotherapie-Richtlinien durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.06.2006 Folgendes ausgeführt:

„Von der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode bei Erwachsenen lässt sich nicht automatisch auf die Wirksamkeit insbesondere bei Kindern schließen. Diesem Umstand wird auch durch eine separate Definition der Anwendungsbereiche und Prüfung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei Kindern und Jugendlichen durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG Rechnung getragen. Dies sollte auch in der Neufassung der Anwendungsbereiche und den Regelungen zur erforderlichen Bandbreite der Anwendungsbereiche für eine umfassende Versorgung von Versicherten (B. I. Behandlungsformen Abschnitt 3.2.) in den Psychotherapie-Richtlinien Berücksichtigung finden. Die diesbezüglichen Änderungsvorschläge der BpTK zur Beschlussvorlage des Unterausschusses Psychotherapie beruhen insbesondere auf den Arbeitsergebnissen der mit diesen Fragestellungen betrauten Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer (Esser, Freyberger, Hoffmann, Hoyer und Richter, 2006).“ Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 04.04.2006, S. 5

Erwiderung der GPT-Verbände

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Oktober 2004 das Beratungsthema "Gesprächspsychotherapie" veröffentlicht. Erst nach Ablauf der Stellungnahmefrist hat er die gesprächspsychotherapeutische Kinder- und Jugendlichenbehandlung aus den Beratungen ausgeschlossen.

Die Einschränkung hat keine Grundlage, weil die Beratungen auf die Vorbereitung eines Beschlusses mit dem „Charakter einer Berufswahlregelung“ (S. 33 der Tragenden Gründe) zu richten waren. Eine "Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen" ist dem PsychThG i.V.m. der PsychTh-AprV und dem § 95c SGB V fremd. Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erfolgt umfassend für alle Altersstufen. Daher umfasst auch die Fachkunde nach § 95c Satz 2 SGB V die Behandlung aller Altersgruppen.

Unabhängig von der rechtlich falschen Auffassung bleibt fachlich festzuhalten, dass auch Nutznachweise aus der Behandlung von Kindern und Jugendlichen geeignet sind, Hinweise zum Nutzen des Verfahrens zu geben.

Sowohl es auf einen Antrag nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V ankommen würde, verschweigt der G-BA, dass seit Februar 2004 ein Antrag der KV Bayern vorliegt, der keine Altersgruppenbeschränkung enthält und im Zweifel als der weitergehende Antrag anzusehen wäre.

Die G-BA-Rechtfertigung, es liege nur eine WBP-Anerkennung zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen vor, ist falsch. Die Feststellung im Sinne von B I.3.1 Psychotherapie-Richtlinien wurde vom WBP unter ausdrücklicher Einbeziehung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 30.9.1999 getroffen. Ausbildungspolitische Empfehlungen des WBP sind durch keine gesetzliche oder untergesetzliche sozialrechtliche Bestimmung vorausgesetzt. Im Übrigen schließt die WBP-Empfehlung zur Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten die Empfehlung zur Ausbildung in gesprächspsychotherapeutischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zwingend ein.

Jenny B., Goetschel P., Käßler 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 der Verbände:

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

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Für diese Studie gelten die gleichen Ausführungen wie für die Studie von Kolko et al. (2000).

Erwiderung der GPT-Verbände

Für diese Studie gelten die gleichen Ausführungen wie für die Studie von Kolko et al. (2000), S. 37

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 psychotherapielevanten 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 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 der Verbände:

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

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Die Studie erschien erst nach der letzten Update-Recherche vom 06.02.2006 und konnte damit nicht in den formalen Beratungsprozess aufgenommen werden. Eine nachträgliche Bewertung der Studie zeigt jedoch, dass sie für die Fragestellung der Themengruppe aufgrund der fehlenden Kontrolle der Therapiemodalitäten (keine Angaben zu Art und Häufigkeit der Sitzungen), der Qualifikation der Therapeuten und dem fehlenden Vergleich gegenüber einer Kontrollgruppe nicht relevant ist.

Erwiderung der GPT-Verbände

Es handelt sich um eine Versorgungsstudie mit 1309 Patienten, in der Gesprächspsychotherapie, dynamische Therapie und Verhaltenstherapie verglichen werden.

Die Anforderung an die Kontrolle der Therapiemodalitäten bei einer Versorgungsstudie dieser Größenordnung ist absurd. Die Qualifikation der Therapeuten und der angewendeten Verfahren ist der Darstellung der Autoren der Studie zu entnehmen.

Angaben zur Häufigkeit der Sitzungen liegen vor (s. unter 2. der Studien-Kurzdarstellung durch die GPT Verbände.)

Die Forderung nach einer Kontrollgruppe, also dem Vergleich mit einer unbehandelten Wartegruppe, ist bei einer solchen Versorgungsstudie völlig unverständlich.

Kontrollbedingungen sind durch den Vergleich der drei angewendeten Psychotherapieverfahren miteinander gegeben.

Die Abweisung der Studie wird mit Kriterien-Anforderungen begründet, die an eine solche Versorgungsstudie nicht herangetragen werden können.

Diese Studie hat für den Nutznachweis in der Versorgung eine besonders hohe Bedeutung, ihr Ausschluss wegen methodischer Anforderungen, die an eine solche Versorgungsstudie nicht gestellt werden können, hat keine Grundlage.

Sie ist besonders geeignet für die Fragestellung des G-BA.

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 „Späteeffekte“, 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 der Verbände:

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, 1., S. 72-77).

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Verweis auf S. 58 der Erwiderung.

Erwiderung der GPT-Verbände

Verweis auf S. 58 ff. der Erwiderung.

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 der Verbände:

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.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Es handelt augenscheinlich um eine Falldokumentation, die offensichtlich erst nach Abschluss der letzten Update-Recherche vom 06.02.2006 erschienen ist und insofern nicht in den Beratungsprozess aufgenommen werden konnte.

Erwiderung der GPT-Verbände

Der ablehnende Hinweis erstaunt; andere Dokumente (siehe z. B. Stiles – S. 41) wurden "nachträglich" in die Bewertung aufgenommen.

Zur vollständigen Datenbasis zwecks Bewertung der Evidenzlage siehe auch das von IQWiG für sachgerecht gehaltene Verfahren S. 30.

B. Darstellung der sachwidrigen Bewertungspraxis an einzelnen Beratungsgegenständen

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

Abschnitt E. I.

der GPT-Verbände-Dokumentation vom 06.10.2006

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 CEDE¹ 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*) 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

¹ Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

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:Gw G-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 patientenzentrierte 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 w örtlich 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 Gw G 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.

G- BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Zu der Frage, ob das von Sachse konzipierte und in der vorbenannte Studie angewandte Verfahren der zielorientierten Gesprächspsychotherapie der GT zuzurechnen ist, teilte der Autor persönlich mit, dass sich der von ihm entwickelte Therapieansatz grundlegend von der klassischen Gesprächspsychotherapie unterscheidet, nicht im Rahmen der Gesprächspsychotherapie in Deutschland zur Anwendung kommt und auch nicht in der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung gelehrt wird. Diese Auffassung wird in dem Lehrbuch „Gesprächspsychotherapie“ von J. Eckert et al (2006) geteilt: „Mit dieser Auffassung vom therapeutischen Prozess, seinem Inhalt und der Rolle von Patient und Therapeut in ihm steht die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie der kognitiven Verhaltenstherapie konzeptionell näher als der Gesprächspsychotherapie“ (S.106). Aufgrund dieser Darlegungen entschied

die Themengruppe, dass die Studien von R. Sachse nicht als Wirksamkeitsnachweis der Gesprächspsychotherapie gewertet werden können.
Mit Schreiben vom 25.04.2006 hat Prof. Sachse eindeutig klargestellt, dass KOP und klassische Gesprächspsychotherapie stark unterschiedliche Therapieformen seien und die KOP auch nicht in der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung in Deutschland vermittelt würde.

Erwiderung der GPT-Verbände

Auf die Hinweise der GPT-Verbände, - vgl. S. 46-49 - die zu einer Korrektur der Bewertung hätten führen müssen, geht der G-BA nicht ein.

Entscheidend ist aber, dass die Hinweise zu dem in der Studie angewandten Verfahren, dem Zeitpunkt der Durchführung der Studie und der Qualifikation der beteiligten Psychotherapeuten ignoriert wurden.

Fast schon anekdotische Qualität hat in diesem Zusammenhang der folgende Sachverhalt:

Herrn Prof. Krause in seiner Funktion als ständiger Sachverständiger des Unterausschusses Psychotherapie und Teilnehmer der Arbeitsgruppe/ Themengruppe GPT hatte den jetzt als Zeugen benannten Prof. Sachse angeschrieben und erhielt die (bestellte?) Antwort:

„Das Vorgehen ist, wie Sie sicher wissen, keine "klassische GT", kann somit diese GT-Form m.E. nicht stützen; das ist wichtig, sollte es um einen GwG-Antrag gehen.“

Herr Prof. Sachse stellt mit seiner Antwort nicht in Frage, dass es sich um eine methodische Ausprägung der Gesprächspsychotherapie handelt, der zusätzliche Hinweis auf einen "GwG-Antrag" lässt aber erkennen, dass die Antwort von Intentionen beeinflusst war, die über eine fachliche Auskunft hinausgehen.

Herr Prof. Krause hätte auf der Grundlage seiner eigenen Fachkompetenz Herrn Prof. Sachse nicht bemühen müssen: Prof. Krause lehrt an der Universität Saarbrücken „Klinische Psychologie und Psychotherapie“.

Ausweislich des Vorlesungsverzeichnisses SS 2005 lehrt er dort unter Fortentwicklungen der Gesprächspsychotherapie die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie:

„Einführungsvorlesung:

Klinische Psychologie und Psychotherapie

Prof. Dr. phil. Rainer Krause, SS 05

....

3.2. Die Gesprächspsychotherapie

3.2.1 Die Theorie

3.2.2. Basisvariablen

3.2.3. Fortentwicklungen

3.2.3.1 Gestalttherapeutische

Gesichtspunkte

3.2.3.2 Zielorientiertes Handeln in der
GT (Sachse & Maus)“

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 Fokalthherapie bzw. klientenzentrierter Psychotherapie behandelt.

Bewertung der AG GPT: „Keine eindeutige Überlegenheit der klientenzentrierten Therapie gegenüber der analytischen Fokalthherapie 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 Nutznachweis 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 beigefugte 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 Fokalthераpiekonzept² von Malan. Vom Fokalkonzept wich ab, dass der Fokus nicht zwischen Patient und Therapeut erarbeitet wurde, sondern zwischen Patient und Interviewer(n) bzw. Interviewerguppe. 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 Fokalthераpie 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 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

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

- 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 schlechteren 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 Eigenwertgruppe). 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/-Wartgruppen-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 Nutznachweis 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 Renomme der Meyer-Studie hin. Die Studie ist ohne weitere Erörterung abgelehnt geblieben.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Die Studie von Mayer et al. untersucht die vergleichende und differentielle Wirksamkeit von Psychotherapie an 68 Patienten, die mittels Randomisierung mit einer psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie (PT) oder mit klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie (GPT) behandelt wurden.

Nach Randomisierung waren 22 Patienten dem Verfahren ‚GPT‘ und 21 dem Verfahren ‚PT‘ zugeordnet worden. 25 Patienten bildeten die Kontrollgruppe, die nach 4 Monaten als Wartegruppe auch einem Therapieverfahren zugeführt wurden (12 Patienten Gesprächspsychotherapie und 13 Patienten psychodynamische Kurzzeittherapie).

Die Auswertung der Daten erfolgte einmal als Vergleich zwischen den beiden Therapiegruppen und der Kontrollgruppe (Reference control group comparison):

‚Wartegruppe gesamt (n=25)‘ gegen ‚GPT- Gruppe (n=22)‘

‚Wartegruppe gesamt (n=25)‘ gegen ‚PT-Gruppe (n=21)‘

In einem zweiten Ansatz wurden die Patienten der Wartegruppe, die nach 4 Monaten selbst einer Therapie zugeführt wurden, in einem Vorher-Nachher-Vergleich untersucht (Own control group comparison):

‚Wartegruppe, der auf ‚GPT‘ randomisierten Patienten (n=12)‘: Vergleich zwischen Kontrollzeitpunkt (Wartegruppe) und nach Therapie

‚Wartegruppe, der auf ‚PT‘ randomisierten Patienten (n=13)‘ : Vergleich zwischen Kontrollzeitpunkt (Wartegruppe) und nach Therapie

Aufgrund der in der Psychotherapieforschung großen Bedeutung der Studie wurde diese in der Themengruppe mit besonderer Sorgfalt ausgewertet und beraten. Jedoch musste die

Validität der Aussagen dieser Studie aufgrund mehrerer methodischer und inhaltlicher Aspekte in Frage gestellt werden:

1.) Die Auswertung des ‚reference control group comparison‘ vergleicht die Daten der Wartegruppe mit der jeweiligen Therapiegruppe. Die daraus resultierenden Ergebnisse können nur bedingt zu einer Aussage über die Über- bzw. Unterlegenheit einer Therapieform gegenüber einer anderen herangezogen werden, da dies nicht vom Studiendesign her intendiert war. Für die Beantwortung einer solchen Frage wäre ein direkter Vergleich zwischen Therapiegruppe ‚GPT‘ und ‚PT‘ notwendig gewesen. Die in dieser Studie vollzogenen Aussagen zum Vergleich der beiden Therapieformen können lediglich ‚hypothesengenerierend‘ sein und sind mit besonderer Vorsicht zu werten. Ähnliches gilt für den Vergleich von Patienten mittels des ‚own control group comparison‘. Auch hier sind keine vergleichenden Aussagen zwischen den beiden Therapieformen möglich, da ein Zeitpunkt unter Kontrollbedingungen mit einem Zeitpunkt nach Therapie verglichen wird.

Es ergibt sich ebenso, dass auf Grund des Studiendesigns eine Betrachtung der Daten ohne Berücksichtigung der Wartegruppe nicht möglich ist. Eine nachträglich durchgeführte, zweifelhafte Betrachtungsweise beschränkt auf die beiden Therapiegruppen ist unmöglich, da die Erhebungen im Bezug zur Kontrollgruppe (Wartegruppe) stehen.

2.) Weiterhin auffällig und auch von den Autoren kritisch hinterfragt ist die große Anzahl von Testfragen unterschiedlicher Fragebögen. Insgesamt wurden mehr als 38 Test-Scores und 304 Einzelfragen ausgewertet. Die Problematik des multiplen Testens ist daher von großer Bedeutung. Da es sich hier um große Anzahl von Einzeltestungen handelt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Ergebnisse, die als signifikant angegeben wurden, nur dem Zufall unterliegen. Hinzu kommt, dass die Autoren in der Auswertung der Ergebnisse des ‚own control group comparison‘ ein Signifikanzniveau von 10% festlegen. Die Verdopplung der Irrtumswahrscheinlichkeit führt zu der Konsequenz, dass bereits von 10 durchgeführten Tests einer zufällig signifikant werden kann. Mit steigender Irrtumswahrscheinlichkeit wird die Aussagekraft der Ergebnisse zunehmend geringer. Die hohe Anzahl der Testverfahren verringert deswegen die Validität der Studie.

3.) Letztlich ist bei der beschriebenen Menge von Testungen und der Anzahl von insgesamt 68 eingeschlossenen Patienten zu hinterfragen, ob die Studie groß genug ist, um die interessierenden Unterschiede im Behandlungserfolg zu belegen. Es findet sich in der Studie kein Hinweis auf eine ‚Power-Kalkulation‘.

4.) Aus inhaltlicher Sicht ist insbesondere die deutlich unterschiedliche Ausgangsvoraussetzung und Erfahrung der Therapeuten als problematisch herauszustellen, die in der Stellungnahme der Verbände nochmals untermauert wird. Die mit ICC behandelten Patienten wurden von Therapeuten behandelt, die in diesem Verfahren erfahren waren, wohingegen das Verfahren der IPT eine eigens entwickelte Methode für diese Studie ist, in der die Therapeuten keine Erfahrung hatten.

Es lässt sich daher sowohl auf Grund der methodischen Mängel als auch auf Grund des Designs der Studie keine Aussage über den Nutzen der ‚Gesprächspsychotherapie‘ im Vergleich zu einer ‚psychodynamischen Kurzzeittherapie‘ treffen. Letztlich führten demnach sowohl inhaltliche und als auch methodische Gründe zu dem Urteil der Themengruppe, dass aus dieser Studie keine validen Belege für Wirksamkeit und Nutzen der GT auch im Vergleich zu anderen Therapieverfahren abzuleiten sind.

Erwiderung der GPT-Verbände

Die "erneute Prüfung" des G-BA setzt sich nicht mit den Hinweisen der GPT-Verbände auf den Seiten 51 – 54 auseinander, sondern wiederholt im Wesentlichen die Ablehnungsgründe, die Gegenstand der kritischen Hinweise der GPT-Verbände waren.

Es wird auch jetzt in keiner Weise infrage gestellt, dass durch diese Studie der Nutzen der Gesprächspsychotherapie belegt ist.

Die Diskussion, ob die Studie eine "Aussage über die Über- oder Unterlegenheit einer Therapieform" machen könne, ist für die Frage der Geeignetheit der Gesprächspsychotherapie irrelevant. Sie war auch von dem G-BA-Vorsitzenden, Dr. Hess, schon auf dem Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer am 03.04.06 zur "Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien" als verfassungswidrig zurückgewiesen worden:

*“Die Anforderung eines belegten **Zusatznutzens** gegenüber etablierten Verfahren kann wegen Art. 3 GG nicht aufrechterhalten werden.“*

Die Bewertung dieser Studie, deren „große Bedeutung“ der G-BA immerhin bestätigt, gibt in besonderer Weise zu der Vermutung Anlass, dass nicht nach Evidenz, sondern nur nach Gründen gesucht wurde, valide und in der Wissenschaft anerkannte Forschungsergebnisse zur Eignung der Gesprächspsychotherapie für die Gesamtbewertung unberücksichtigt zu lassen.

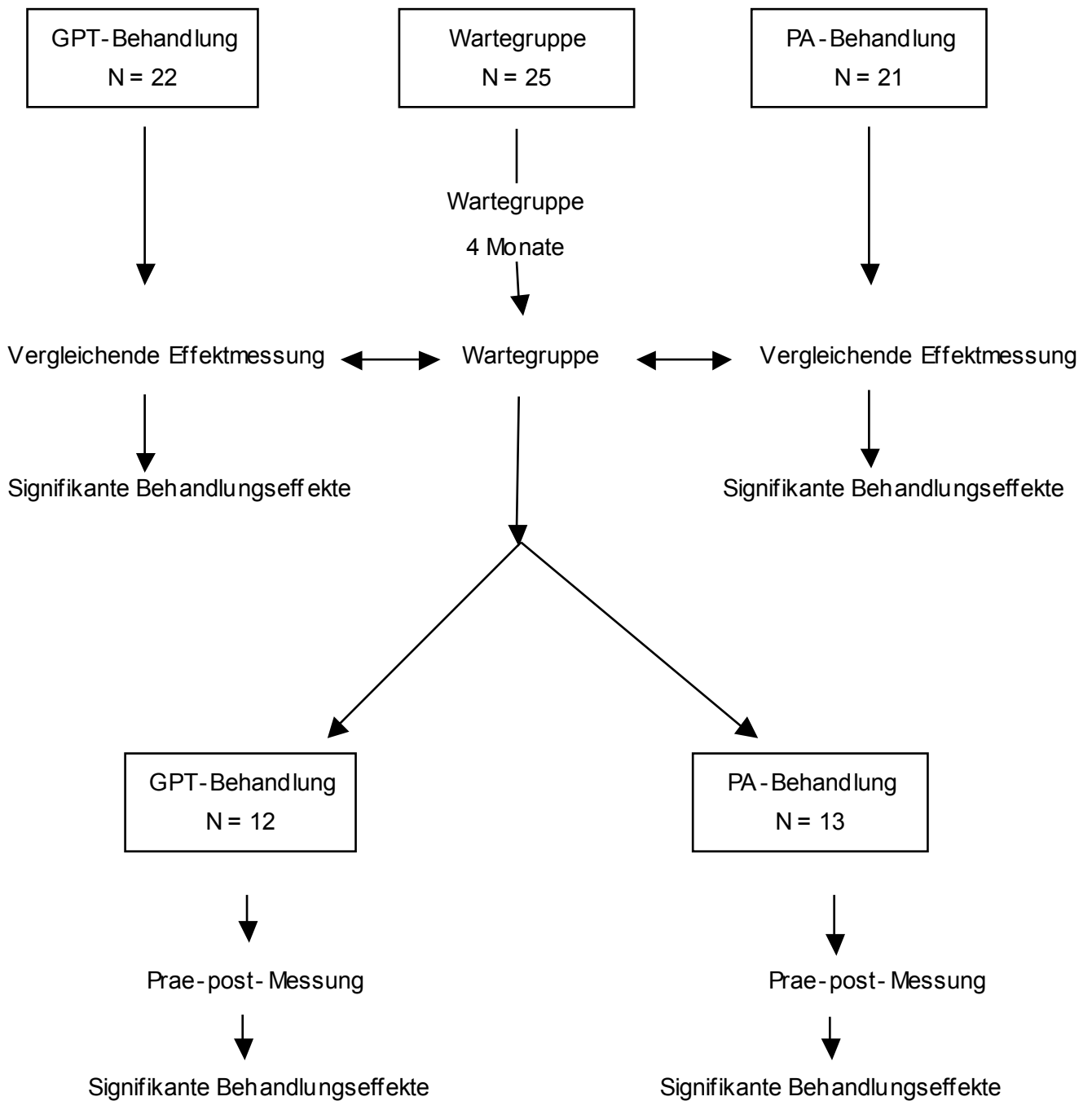
Zum Aufbau der Studie fügen wir eine graphische Darstellung an, die den Untersuchungsansatz und das Ergebnis augenscheinlich machen soll.

Meyer, A.E. (1981)

Behandlung von Depression, Angstsymptomatik, psychosomatische Beschwerden

Vergleich Gesprächspsychotherapie und psychoanalytische Fokalthherapie

Studienaufbau



Katamnesen nach: 3, 9 und 12 Monaten und nach 3 und 12 Jahren

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 hochqualifizierte und wissenschaftspublizistisch ausgewiesene Experten spricht für das hohe Niveau sowohl des Inhalts als auch der Darstellung.

Die Ablehnung der Studie wird wie 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 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 dokumentieren 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,
- Katamnesezeitdauer,
- 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 Katamnese-Studien 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 Bewerter 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 Variablen 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:"

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Für die Bewertung der oben genannten Studie von Frohburg (2004) wurden die gängigen Bewertungsmaßstäbe für Meta-Analysen zu Grunde gelegt, die in Einklang mit der in der Stellungnahme der Verbände zitierten Publikation von Khan KS, Kunz R, Kleijnen J & Antes G (2004) und mit international anerkannten Kriterien (vgl. Cochrane, QUORUM (Quality of Reporting of Meta-analyses), The Lancet 1999 Nov 27; 354(9193):1896-900) stehen. Die diesbezügliche Kritik der Verbände ist daher nicht haltbar genauso wenig wie der Vorwurf von „interessengeleiteten Bewertungsirrtümern“.

Wesentliche Aspekte einer Meta-Analyse werden in der Studie von Frohburg nicht berücksichtigt. Es finden sich lediglich Angaben über die Vorgehensweise einer systematischen Literaturrecherche und eine kategoriale Präsentation der Ergebnisparameter. Untersuchungen zur Homogenität der ausgewählten Studien, Angaben zur Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien sowie eine angemessene quantitative Ergebnisdarstellung fehlen völlig. Aus diesen Gründen kann die Studie von Frohburg nicht als quantitative Informationssynthese bewertet werden.

Ein Abgleich der in der Studie genannten Primärstudien wurde vorgenommen, um zu gewährleisten, dass sämtliche relevanten Studien Eingang in den Bewertungsprozess finden.

Erwiderung der GPT-Verbände

Die "erneute Überprüfung" durch den G-BA wiederholt Bewertungen und damit Bewertungsfehler, die richtig gestellt worden waren.

Die Bewertungsfehler sind auf den Seiten 58 ff. sorgfältig dargestellt; sie wurden nicht widerlegt.

Die Katamnesestudie, in der 40 Einzelstudien mit ca. 2000 Patienten erfasst sind, ist geeignet, den Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die Versorgung zu belegen.

Die Studie gibt auch einen Hinweis zur besonderen Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie: Die Nachhaltigkeit und die Stabilität der Behandlungserfolge ist ein besonderes Charakteristikum der Gesprächspsychotherapie.

Dieses Ergebnis wird durch viele andere Studienergebnisse, die insbesondere auch im Vergleich mit Richtlinienverfahren gewonnen wurden, gestützt.

Das Risiko einer erneuten Behandlungsbedürftigkeit ist nach einer Gesprächspsychotherapie-Behandlung deutlich geringer als nach anderen Psychotherapien. Diese empirischen Ergebnisse korrespondieren mit der Behandlungstheorie der Gesprächspsychotherapie, die der Selbstentfaltung und der Förderung der Patienten-Ressourcen besondere Bedeutung beimisst.

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 heranzieht, 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 1 (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. ***Die 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 abbrechen 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 das 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 geschäftspsychotherapeutischen 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 geschäftspsychotherapeutische 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) Falldokumentationen 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 vorgenommene 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 Patient(inn)en. Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung 2003; 34 (4): 233-42“ bleibt trotz der Feststellung der Themengruppe

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

und

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

auch auf niedriger Evidenzstufe unberücksichtigt.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Die vorgebrachten Argumente der Stellungnahme der Verbände sind nicht haltbar, da es sich bei dieser Publikation nicht um eine Untersuchung zur Wirksamkeit der GT handelt. Eine Relevanz für die Bewertung von Nutzen und Wirksamkeit der GT ist aus folgenden Gründen nicht gegeben:

- Zu geringe Fallzahl und sehr heterogener Stichprobe;
- Große Varianz hinsichtlich der Anzahl der zuvor durchgeführten RL-Therapie (2-600 Std.);
- Fehlende Kontrolle, ob die Therapien methodenkonform durchgeführt wurden;
- Fehlende Kriterien zur Beurteilung der Erfolglosigkeit der RL-Therapie bzw. zum Erfolg der GT (2GPTen waren bei Erhebung noch nicht abgeschlossen und trotzdem bereits als erfolgreich bezeichnet).
- 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 seit langer Zeit (angegebene Spanne 1977-2003) - beendet waren. Die Reliabilität der Therapeuten-Erinnerung muss daher in Frage gestellt werden.

- Der Erhebungsbogen zur Datengewinnung wird in der Veröffentlichung nicht vorgestellt.
- Bei der Berechnung der durchschnittlichen Behandlungsdauer der GT wurde eine Behandlung mit 1500 Std. nicht berücksichtigt. Unter Einbeziehung dieser Behandlung ergibt sich für die GT eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 144 Std. (21-1500 Std.).

Erwiderung der GPT-Verbände

Das referierte Ergebnis der "erneuten Prüfung" durch den G-BA wiederholt die frühere Bewertung, deren Korrektur die Hinweise der GPT-Verbände galten; es erfolgt keine Auseinandersetzung mit den Hinweisen (vgl. S. 64-68) und Einwänden.

Erneut werden Kriterien aufgeführt, die von einer Versorgungsstudie nicht zu erfüllen sind. Der mit der Studie geführte Nutznachweis für die Gesprächspsychotherapie wird nicht widerlegt.

Die von den GPT-Verbänden angeführte Versorgungsstudie mit ähnlicher Fragestellung und ähnlichem Ergebnis (Frohburg, 2003) bleibt außer Betracht. Im Sinne einer wissenschaftlichen Bewertung wäre es erforderlich gewesen, beide Studien in gemeinsamer und aufeinander bezogener Sicht zu bewerten.

Im Übrigen geben beide Studien eine Antwort auf die „Frage 3“ des G-BA-Fragebogens vom Oktober 2004 zur Abgabe von Stellungnahmen:

„Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?“

Dem G-BA war bei der Formulierung dieser Fragestellung bekannt, dass es Forschungen mit dieser Fragestellung noch nicht gibt und Antworten gerade für Psychotherapieverfahren, die (noch) nicht "zugelassen" sind, kaum möglich sind. Diese Art der Forschung ist "Neuland". Schon deshalb hätten diese ersten Forschungsergebnisse zu der Fragestellung selbst bei Vorliegen methodischer Mängel berücksichtigt werden müssen.

In breiterem Umfang können Forschungen, die zu "Frage 3" weitere Antworten geben können, erst dann erfolgen, wenn die Gesprächspsychotherapie den Versicherten in der vertraglichen Versorgung zur Verfügung steht.

Die Wiederholung der G-BA-Durchschnittsberechnung unter Heranziehung eines „Ausreißerfalles“ mit 1.500 Stunden, zu dem sich die Verbände ausführlich geäußert hatten, lässt unmittelbar die Willkürlichkeit und den Mangel an Ernsthaftigkeit der GPT-Bewertung durch den G-BA erkennen.

B.II. Darstellung der sachwidrigen Bewertungspraxis an einzelnen Beratungsgegenständen

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

- **Sieben in wissenschaftlichen Fachzeitschriften nach peer review veröffentlichte Studien der Evidenzstufe 1b**
- **Eine Übersichtsarbeit**

Abschnitt E. II.

der GPT-Verbände -Dokumentation vom 06.10.2006

Studien, die von der Themengruppe positiv bewertet wurden, aber unberücksichtigt bleiben

Beispiel 1

Grawe K. Differentielle Psychotherapie 1. 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 w örtlich 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 AGTG hatte sich zudem vorgegeben, Studien mit $N > 5$ zu berücksichtigen.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Die in der Stellungnahme der Verbände angeführte Bewertung der Studie von Grawe durch die Themengruppe ist unrichtig und durch Auslassung wesentlicher Passagen verfälscht wiedergegeben. Im Originaltext der abschließenden Bewertung der Studie heißt es: „Aussage, VT und GT-Einzeltherapie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe sei als wirksam erwiesen, ist vorsichtig zu interpretieren wegen deutlicher methodischer Schwächen.“

Diese methodischen Schwächen für die Bewertung der Wirksamkeit der GT bestanden insbesondere in einer inadäquaten Randomisierung, einer in Bezug auf die große Zahl der Veränderungsmesswerte kleinen Stichprobe, einer nicht operationalisierten Diagnosestellung und in einer durch Studienleiter durchgeführten Supervision der Therapeuten.

Erwiderung der GPT-Verbände

Die Bewertung der Studie durch die Themengruppe wurde korrekt zitiert. Der Bewertungsbogen liegt uns vor.

Die Themengruppe bestätigt die Übertragbarkeit auf die ambulante Versorgung. Die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie und der Nachweis ihres Nutzens werden auch jetzt nicht bestritten. Der Nachweis wird jetzt nachträglich lediglich durch die Formulierung „vorsichtig zu interpretieren“ relativiert.

Der Ausschluss dieser Studie lässt sich nicht rechtfertigen.

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 w örtlich 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 gerechtfertigt, 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 signifikanten Verbesserungen sowohl 6 Monate als auch 12 Monate nach Beendigung der Behandlung stabil waren.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Untersuchungsgegenstand der Studie war die Frage, ob und in welchem Ausmaß die Wirksamkeit von ‚relaxation therapy‘ durch Hinzufügung anderer Verfahren (non-directive therapy, cognitive therapy nach Beck und coping desensitization) gesteigert werden kann.

Das Ergebnis der Studie bestand in der Feststellung, dass die Erwartung von Verbesserung durch Behandlung gleich welcher Art einen signifikanten Beitrag zur Besserung der Angstsymptome leistet. Selbst die Autoren der Studie beschrieben, dass die Ergebnisse eine Vielzahl von Interpretationen zulassen.

Auch hier ist die in der Stellungnahme der Verbände angeführte Bewertung der Studie von Borkovec TD & Mathews AM (1988) durch die Themengruppe unrichtig und durch Auslassung wesentlicher Passagen verfälscht wiedergegeben. Im Originaltext der abschließenden Bewertung der Studie und der Übertragbarkeit auf die ambulante Versorgung heißt es:

Definition und Durchführung der ND (non-directive)-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.

Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

Erwiderung der GPT-Verbände

Die Bewertung der Studie durch die Themengruppe wurde korrekt zitiert. Der Bewertungsbogen liegt uns vor.

Der Wirksamkeitsnachweis wird vom G-BA nicht bestritten. Es wird behauptet, dass angewandte Verfahren lasse „keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.“

Diese Einschätzung belegt die Unkenntnis bzw. das Falsch-Verständnis zu dem Verfahren Gesprächspsychotherapie in der Themengruppe, wie es generell bei der "Operationalisierung des Beratungsgegenstandes" erkennbar ist.

Die Themengruppe beschreibt in ihrer Bewertung der Studie (s.o. „Angewandtes Psychotherapieverfahren“) selbst die Behandlungsform, die sie unter „Klassische Gesprächspsychotherapie“ versteht.

Der Ausschluss dieser Studie ist vor dem Hintergrund der falschen Definition des Verfahrens durch den G-BA besonders bemerkenswert: Das angewandte Verfahren erfüllt die Kriterien der "klassischen Gesprächspsychotherapie", wie sie der G-BA beschrieben hat.

Der G-BA hat in seiner Definition zu Unrecht auf das Merkmal „Nondirektivität“ abgestellt (s. Tragende Gründe, Seite 4, und zum Beispiel Paivio, S. 23 dieser Dokumentation). In der

vorliegenden Studie beschreibt er das Verfahren als "Nondirective therapy" einschließlich wesentlicher Prinzipien der Gesprächspsychotherapie und kommt dann zu dem Ergebnis, das angewandte Verfahren "lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird."

Damit wird nun gerade diese historische Form der Gesprächspsychotherapie, die der G-BA allein gelten lassen will, ausgeschlossen!

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-Clientenzentrierte 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 Behandlungsmittelpunkt auf die Depression und auf die gesamte Symptomatik, das Selbstwertgefühl und die interpersonellen Probleme.

Abschließende Bewertung:

Leichte Überlegenheit der prozess-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.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Ziel der Studie war der Vergleich zwischen prozeß- und erlebnisorientierter Psychotherapie (PET) und GT in der Behandlung von Patienten mit Depression. Dabei wurde eine leichte Überlegenheit der PET festgestellt.

Eine Aussage über den Nutzen der GT kann aus dieser Studie nicht abgeleitet werden.

Erwiderung der GPT-Verbände

Das Ergebnis der „erneuten Prüfung“ durch den G-BA bleibt unverständlich.

Die Studie beantwortet die Frage nach Wirksamkeit und Nutzen sowohl für die von dem G-BA wohl als "Klassische Gesprächspsychotherapie" definierte "CC-Clientenzentrierte Psychotherapie nach ROGERS" als auch für die behandlungsmethodische Weiterentwicklung PET.

Es ist völlig unverständlich, weshalb der G-BA eine Nutzensaussage aus dieser Studie nicht ableiten kann.

Anmerkung:

Das Design der Studie reflektiert, dass die Legitimationsforschung (Effektivität von Psychotherapie) auch für die Gesprächspsychotherapie längst abgeschlossen war.

In der Studie wird untersucht, ob mit einer Variation der Gesprächspsychotherapie-Behandlungsmethodik die Effekte noch verbessert werden können.

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 w örtlich zitiert.

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

*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 diskutieren, 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 Sekundär Diagnosen die auch auf der Achse 1 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 50 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 1 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.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Auch hier ist die in der Stellungnahme der Verbände angeführte Bewertung der Studie von Stanley AM et al. (1996) durch die Themengruppe unrichtig und durch Auslassung wesentlicher Passagen verfälscht wiedergegeben. Im Originaltext der abschließenden Bewertung der Studie und der Übertragbarkeit auf die ambulante Versorgung heißt es:

Definition und Durchführung der ND (non-directive)-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.

Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

Erwiderung der GPT-Verbände

Die Bewertung der Studie durch die Themengruppe wird korrekt zitiert. Der Bewertungsbogen liegt uns vor.

Die von der Themengruppe selbst vorgenommene Beschreibung des angewandten Verfahrens lässt keine Zweifel zu, dass es sich um Gesprächspsychotherapie handelt. Zweifel sind aber auch bei dieser Bewertung an der fachlichen Kompetenz in der Themengruppe zur Gesprächspsychotherapie angebracht.

In der G-BA-"Stellungnahme nach erneuter Prüfung" wird eine Passepartout-Formulierung benutzt, die auf viele Studien angewandt wurde und hier wie auch sonst häufig in Gegensatz zu den festgestellten Ergebnissen steht.

Der Wirksamkeitsnachweis durch die Studie wird von dem G-BA nicht infrage gestellt. Eine Zurückweisung dieser Studie als Nutzenbeleg ist nicht zu rechtfertigen.

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 behandelt wurden.*
- *Patienten mit schwererem klinischen Krankheitsbild (stärkere Depression und geringgradiges 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 Personenzentrierter Psychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf diese Weise unbeachtet bleiben.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Studien zur Wirksamkeit der GT bei Kindern und Jugendlichen wurden im Screening ausgeschlossen. Die Verfahrensprüfung der GT konnte aus folgenden Gründen lediglich in Bezug auf die Behandlung von Erwachsenen erfolgen:

Der von der KBV gestellte Antrag nach § 135 Abs.1 SGB V zur Prüfung der GT bezog sich lediglich auf die Behandlung von Erwachsenen, weil nur hierfür eine wissenschaftliche Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vorliegt. Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurden somit nicht berücksichtigt.

Eine mögliche Auffassung, wonach von der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen automatisch auf die wissenschaftliche Anerkennung des Verfahrens zum Zwecke der Behandlung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden könne bzw. dass bei der Bewertung der wissenschaftlichen Anerkennungeine Differenzierung zwischen Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen verzichtbar sei, begegnet sowohl psychotherapeutisch-fachlichen als auch rechtlichen Bedenken.

Was die psychotherapeutisch-fachlichen Gesichtspunkte angeht, hat die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme zur Neufassung der Anwendungsbereiche in Abschnitt D der Psychotherapie-Richtlinien durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.06.2006 Folgendes ausgeführt:

„Von der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode bei Erwachsenen lässt sich nicht automatisch auf die Wirksamkeit insbesondere bei Kindern schließen. Diesem Umstand wird auch durch eine separate Definition der Anwendungsbereiche und Prüfung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei Kindern und Jugendlichen durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG Rechnung getragen. Dies sollte auch in der Neufassung der Anwendungsbereiche und den Regelungen zur erforderlichen Bandbreite der Anwendungsbereiche für eine umfassende Versorgung von Versicherten (B 1. Behandlungsformen Abschnitt 3.2.) in den Psychotherapie-Richtlinien Berücksichtigung finden. Die diesbezüglichen Änderungsvorschläge der BpTK zur Beschlussvorlage des Unterausschusses Psychotherapie beruhen insbesondere auf den Arbeitsergebnissen der mit diesen Fragestellungen betrauten Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer (Esser, Freyberger, Hoffmann, Hoyer und Richter, 2006).“ Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 04.04.2006, S. 5

Erwidern der GPT-Verbände

Zur Vermeidung von Wiederholungen verweisen wir auf die Hinweise zu der Studie Kolko D.J. (Seite 37). Die dort vorgetragenen Argumente treffen identisch auf die Studie Birmaher zu.

Über diese grundsätzlichen Hinweise hinaus zeigt der Ausschluss dieser Studie die Unhaltbarkeit der Selektion: In der Studie wurden auch 18-jährige behandelt, die dem Erwachsenenalter zuzurechnen sind.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gehört zur Pflichtausbildung Psychologischer Psychotherapeuten. Im Übrigen sind vom „Charakter der Berufswahlregelung“ (S. 33 der Tragenden Gründe) des Beschlusses vom 21.11.2006 auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betroffen (vgl. den beim LSG Baden-Württemberg zur Entscheidung anstehenden Fall). Der Ausschluss der Beratung der Grundrechtsansprüche dieser Berufsgruppe stellt eine verfassungswidrige Verletzung der G-BA-Pflichten dar.

Positiv bewertete Studie - unberücksichtigt

Beispiel 6

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

Shear Katherine, Paul A.Pilkonis, Marylene Cloitre, Andrew C.Leon. Cognitive Behavioral Treatment Compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. Arch Gen Psychiatry/Vo1.51, 1994, 395-401

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

„Evidenzstufe I b; 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 Verhaltenstherapieelemente 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 Ressourcen 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 abzuspochen.

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

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Auch hier ist die in der Stellungnahme der Verbände angeführte Bewertung der Studie von Shear K et al. (1994) durch die Themengruppe unrichtig und durch Auslassung wesentlicher Passagen verfälscht wiedergegeben. Im Originaltext der abschließenden Bewertung der Studie und der Übertragbarkeit auf die ambulante Versorgung heißt es:

Definition und Durchführung der ND (non-directive)-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt

wird.

Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

Erwiderung der GPT-Verbände

Die Bewertung der Studie durch die Themengruppe wurde korrekt zitiert. Der Bewertungsbogen liegt uns vor. Spätere Ersetzungen von Ergebnisdarstellungen durch Passetout-Formulierungen ändern nichts am Bewertungsergebnis.

Wirksamkeit und Nutznachweis werden nicht in Frage gestellt.

Die Ausgangshypothese der Studie, die Verhaltenstherapie sei der nondirektiven Therapie überlegen, wurde nicht bestätigt. Im Gegenteil zeigt sich bei der Prä-Post-Messung und zum Katamnese-Meßpunkt eine leichte Überlegenheit der nondirektiven Therapie.

Der Ausschluss der Studie ist nicht dadurch zu rechtfertigen, dass der Themengruppe „die allfällige Verbindung zur GT nicht klar“ ist.

Der G-BA hat in seiner Definition die Gesprächspsychotherapie zu Unrecht auf das Merkmal „Nondirektivität“ (s. Tragende Gründe, Seite 4, und zum Beispiel Paivio, S. 24 dieser Dokumentation) festgelegt.

In der vorliegenden Studie beschreibt er das Verfahren als "Nondirective therapy" einschließlich wesentlicher Prinzipien der Gesprächspsychotherapie und kommt dann zu dem Ergebnis, das angewandte Verfahren "lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird."

Damit wird nun gerade diejenige historische Form der Gesprächspsychotherapie, die der G-BA allein gelten lassen will, ausgeschlossen!

Zur Vermeidung von weiteren Wiederholungen wird auf die Anmerkungen zu dem Beispiel 4 (S. 81) verwiesen, die auf die Studie Shear in gleicher Weise zutreffen.

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 Überlicksarbeit. 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-VerfG richten.

Überblicksarbeiten sind mindestens der Evidenzstufe V zuzuordnen und damit in die Bewertung einzubeziehen.

Erwiderung der GPT-Verbände

Der G-BA verzichtet darauf, die vorliegende Überblicksarbeit einer "erneuten Prüfung" zu unterziehen. Damit bestätigt er, dass er die unteren Evidenzstufen der Verfahrensordnung unbeachtet gelassen hat.

Positiv bewertete Studie - unberücksichtigt

Beispiel 8

Svarberg 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 w örtlich zitiert.

„Prospektive vergleichende Studie mit 2 randomisierten Behandlungsarmen. Keine Wartekontrolle 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 diene 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.

G-BA: Stellungnahme nach erneuter Prüfung:

Auch hier ist die in der Stellungnahme der Verbände angeführte Bewertung der Studie von

Svartberg M et al. (1998) durch die Themengruppe unrichtig und durch Auslassung wesentlicher Passagen verfälscht wiedergegeben. Im Originaltext der abschließenden Bewertung der Studie und der Übertragbarkeit auf die ambulante Versorgung heißt es:

Die ND hat die gleiche Erfolgsrate wie die STAPP (Short Term Anxiety Provoking Therapy).

Die Patientenauslese war in Bezug auf die Symptomatik unterschiedlich.

Für ND unausgesehen, für STAPP Vorauslese in Bezug auf Eignung für die Behandlung dieses Störungsbildes.

Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird. Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

Erwiderung der GPT-Verbände

Die Bewertung der Studie durch die Themengruppe wurde einschließlich der Orthographie, der Interpunktion und der Semantik korrekt zitiert. Der Bewertungsbogen liegt uns vor. Spätere Ersetzungen von Ergebnisdarstellungen durch Passepartout-Formulierungen ändern nichts am Bewertungsergebnis.

Wirksamkeit und Nutznachweis werden nicht in Frage gestellt.

Die Ergebnisse der Gesprächspsychotherapie-Behandlung weisen im Vergleich eine leichte Überlegenheit auf, obwohl die Gesprächspsychotherapie-Behandlung im Vergleich erschwerte Ausgangsbedingungen hatte, da die Patienten der analytischen Behandlung auf ihre Eignung für den Behandlungsansatz vorher gescreent worden waren.

In der Bewertung durch die Themengruppe (s. unter "Abschließende Bewertung" und „Bedeutung für ambulante Versorgung“) wird das Verfahren als "Gesprächstherapie" bezeichnet.

Es ist bemerkenswert, dass die in der Bewertung durch die Themengruppe korrekt verwendete Begrifflichkeit "Gesprächstherapie" (vgl. "Abschließende Bewertung" und "Bedeutung für die ambulante Versorgung") auf dem Weg in den Nutzenbericht verloren geht und zu „ND-Bedingung“ gewandelt wird, die dann "keine Rückschlüsse" zulässt, „dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.“

Zu der Mutation von "Gesprächstherapie" zu "ND-Bedingung" wird auf die GPT-Verbände-Erwidern z. B. auf den Seiten 81 und 87 verwiesen.