

Tragende Gründe zum Beschluss
über eine Entscheidung zu den Psychotherapie-Richtlinien:
Ergebnis des Bewertungsverfahrens über die
Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen

vom 21. November 2006

A. Einleitung des Bewertungsverfahrens

Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorzunehmen

- a) für Richtlinien nach § 137c SGB V und
- b) für Richtlinien nach § 92 SGB V, soweit zu deren Erstellung
 - neue Methoden nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V,
 - bereits erbrachte Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder
 - Heilmittel nach § 138 SGB Vzu bewerten sind.

Die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses legt hierzu in Abschnitt C den Ablauf der Beratungen für eine sektorübergreifende Methodenbewertung fest, beschreibt die Prüfkriterien zu den gesetzlich vorgegebenen Begriffen des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit und sieht als Basis für die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Beurteilung der Unterlagen nach international etablierten und anerkannten Evidenzkriterien vor. § 7 Abs. 4 VerfO sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss überprüfen soll, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen soll, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen.

Gemäß § 4 Abs. 1 der Verfahrensrichtlinie (BUB-Richtlinie) wie auch seit dem 01.10.2005 gemäß § 11 Abs. 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist zur Beratung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V ein Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen im Unterausschuss „Psychotherapie“ zu stellen. Auch die Patientenvertreter sind gemäß der Patientenbeteiligungsverordnung (auf der Grundlage von § 140g in Verbindung mit § 140f Abs. 2 Satz 3 SGB V) berechtigt, einen Beratungsantrag zu stellen.

Nach dem Votum des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Gesprächspsychotherapie am 16.09.2002 hat der Arbeitsausschuss Psychotherapie (Vorgänger des Unterausschusses des G-BA) eine Arbeitsgruppe eingerichtet, deren Aufgabe es war, zu prüfen, ob eine ausreichende Grundlage zur Antragstellung auf Prüfung der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als weiteres Richtlinien-Verfahren gegeben war. Im Ergebnis hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit Datum 26.08.2003 dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Vorgänger G-BA) einen entsprechenden Antrag vorgelegt.

Nach der Neufassung des §135 SGB V vom 23.06.1997 und der aufgrund des Beschlusses des Bundesausschuss vom 10. Dezember 1999 begonnenen Neufassung der Richtlinie zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BUB-Richtlinie), die kurz nach Antragstellung zur Gesprächspsychotherapie verabschiedet und zum 24.03.2004 gültig wurde, erfolgte

zunächst eine intensive Diskussion, wie diese Bewertungsmaßstäbe auf psychotherapeutische Behandlungsverfahren angewandt werden können. Die Extraktions- und Beurteilungsbögen, die bis dahin nur für Verfahren der ambulanten ärztlichen Behandlung vorlagen, mussten für die Beurteilung von Psychotherapiestudien angepasst werden. Ferner erfolgte die Entwicklung und Präzisierung einer Recherchestrategie für die systematische Erfassung und Beschaffung der relevanten Literatur für die Bewertung, die auch bei der Gesprächspsychotherapie Anwendung fand. Parallel hierzu hatte der Gemeinsame Bundesausschuss gem. § 91 Abs. 5 S. 2 SGB V am 20.04.2004 beschlossen, dass für die Bewertung psychotherapeutischer Verfahren die BUB-Richtlinie in der Fassung vom 01.12.2003, in Kraft getreten am 24.03.2004, Anwendung findet.

Neben der erforderlichen zeitintensiven Klärung dieser Fragen, insbesondere, was die methodischen Anforderungen an die Bewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren angeht, wurde darüber hinaus ein Fragenkatalog entwickelt, der den Stellungnehmenden eine Strukturierung ihrer Stellungnahmen in Ausrichtung auf die Fragestellungen des Ausschusses ermöglichte. Es wurde explizit darauf hingewiesen, dass die Aussagen zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit durch beizufügende wissenschaftliche Veröffentlichungen zu belegen sind. Nach Übergang des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in den Gemeinsamen Bundesausschuss wurde der Fragenkatalog vom Unterausschuss am 26.09.2004 verabschiedet und die Gesprächspsychotherapie am 06.10.2004 als prioritäres Beratungsthema im Bundesanzeiger, am 10.10.2004 im Deutschen Ärzteblatt – Ausgabe PP – und am 15.10.2004 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Die Arbeitsgruppe hatte in dem nun folgenden Schritt die Aufgabe, die relevante Literatur zur Gesprächspsychotherapie sowie die Stellungnahmen auszuwerten und für den Unterausschuss „Psychotherapie“ vorzubereiten. Mit in Kraftsetzung der neuen sektorenübergreifenden Verfahrensordnung am 01.10.2005 wurde die Arbeitsgruppe in eine sektorenübergreifende Themengruppe überführt und die Auswertung der Literatur hinsichtlich der sektorenübergreifenden Fragestellung in dieser Gruppe fortgeführt.

In der Sitzung der Themengruppe vom 29.06.2006 wurde der abschließende Bericht zur Nutzenbewertung durch die Themengruppe konsentiert und anschließend über die Berichterstatter in die beteiligten Unterausschüsse übermittelt.

B. Grundlagen der Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie

Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie ist ein Psychotherapieansatz der humanistischen Psychologie. Sie wurde ab Anfang der 40er Jahre von dem amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers als eigenständige psychotherapeutische Therapierichtung in Auseinandersetzung und Abgrenzung von den damals vorherrschenden psychoanalytisch-psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren neu entwickelt. Rogers zielte bei Entwicklung seines Therapieansatzes nicht auf die Behandlung psychischer Erkrankungen, sondern es ging ihm um das Verstehen und die Therapie von aus maladaptiven Prozessen („gestörte Selbstregulationsprozesse“) resultierenden psychischen Ungleichgewichten („Inkongruenzen“) mit möglichem Störungscharakter.

Der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie liegt ein eigenständiges anthropologisches Modell sowie eine spezifische Behandlungsphilosophie zu Grunde. In diesem Modell wird ein ausgesprochen optimistisches Menschenbild mit Betonung der Entscheidungsfreiheit des Menschen und seiner Entwicklungsmöglichkeiten herausgearbeitet.

Rogers sieht den Menschen als grundsätzlich positives, mit Ressourcen zur Entwicklung ausgestattetes, soziales und mit sich selbst im Einklang stehendes Wesen. Er betont die Fähigkeit des Menschen, unter günstigen Entwicklungsbedingungen sich selbst und seine

Umwelt zu verstehen und sich im Sinne eines angenommenen Bedürfnisses nach Selbstaktualisierung in der ständigen Interaktion mit der sozialen Umwelt zu einer reifen Persönlichkeit zu entwickeln.

Psychotherapie bedeutet in der Gesprächspsychotherapie die Behandlung von Inkongruenz durch die Beziehung mit dem Therapeuten, die eine Alternative zur ursprünglichen traumatisierenden Beziehung zwischen Bindungsperson und Kind darstellt. Diese Begegnung im Sinne der Begegnung zweier Personen mit je eigenem Selbstkonzept zielt auf eine vertiefte Selbstexploration des Klienten, die ihm hilft, seine organismischen Erfahrungen zu symbolisieren, sich ihnen zu öffnen und sie neu zu ordnen und zu bewerten. Therapeutisches Agens ist die Anerkennung durch den Psychotherapeuten auf der Grundlage von:

1. einfühlerndem Verstehen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten (einschließlich der angemessenen Verbalisierung der verstandenen Erlebnisinhalte),
2. unbedingter Wertschätzung: (nondirektive) Klientenzentrierung und
3. eigener Selbstkongruenz

(als notwendige und hinreichende Bedingungen).

Aus den theoretischen Grundlagen der Gesprächspsychotherapie wird jedoch nicht eindeutig ersichtlich, inwiefern es sich dabei um ein Verfahren der Krankenbehandlung im Sinne des Abschnitts A 3. der Psychotherapie-Richtlinien handelt.

C. Operationalisierung des Beratungsgegenstandes

I. Begriffsabgrenzung

Im Beratungsverfahren wurde der Tatsache, dass im deutschen wie im englischen Sprachraum zahlreiche Bezeichnungen für die Therapieform „Gesprächspsychotherapie“ existieren, insoweit in der Recherche Rechnung getragen, als dass hier mit „EXPLODE“ Befehlen gearbeitet wurde und keine Beschränkungen auf bestimmte Bezeichnungen vorgenommen wurden.

Beim Screening der Literatur wurden alle Fundstellen, die auf eine Anwendung von Gesprächspsychotherapie, einschließlich neuerer Entwicklungen und Varianten, schließen ließen, eingeschlossen. Eine Vielzahl von Studien musste erst einer Volltextanalyse (Langauswertung) unterzogen werden, um erkennen zu können, welche Behandlungsverfahren zur Anwendung kamen.

Bei der Extraktion und Bewertung der Studien anhand des Volltextes erfolgte eine differenzierte Analyse der Beschreibung der jeweils angewendeten Behandlungsverfahren. Ein solches Vorgehen war erforderlich, da nur eine ausführliche Analyse der jeweils beschriebenen Behandlungsmethodik sowie des Studiendesigns eine Einschätzung ermöglicht, ob es sich bei der verwendeten Therapieform um Gesprächspsychotherapie handelt, wie sie in Deutschland angewendet und gelehrt wird („klassische“ Gesprächspsychotherapie) und inwieweit z.B. Gesprächspsychotherapie allein oder Gesprächspsychotherapie zusammen mit anderen Verfahren / Methoden / Techniken als Interventionsbedingung der jeweiligen Studie geplant und durchgeführt wurde. Außerdem wurde berücksichtigt, inwieweit Gesprächspsychotherapie zusammen mit Psychopharmaka angewandt wurde.

Im Rahmen dieser Analyse wurde zum Beispiel deutlich, dass der Begriff „non-directive counselling“ in unterschiedlichen Studien sehr unterschiedliche Vorgehensweisen beschreibt. Diese sehr heterogene Begriffsverwendung wurde auch von einem beratend hinzugezogenen externen Sachverständigen der Gesprächspsychotherapie-Fachverbände bestätigt und dahingehend präzisiert, dass der Begriff in den USA für „Beratung“ und nicht für „Gesprächspsychotherapie“ stehe, in Großbritannien aber Gesprächspsychotherapie als Krankenbehandlung bezeichne. Die intensive Analyse und Diskussion des jeweils angewendeten „non-directive counselling“ in der Themengruppe führte dazu, dass die Studie von King et al. (2000) berücksichtigt werden konnte.

Von der Themengruppe wurde auch geprüft, ob die von R. Sachse konzipierte „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“ als originär gesprächspsychotherapeutischer Therapieansatz zu bewerten ist. Hierzu 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 werde. Diese Auffassung wird in einem aktuellen 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“¹. Aufgrund dieser Darlegungen entschied die Themengruppe, dass die Studien von R. Sachse nicht als Wirksamkeitsnachweis der Gesprächspsychotherapie gewertet werden können.

Ein weiterer Prüfungs- und Diskussionsgegenstand war die so genannte „Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie“ (process experiential therapy; PET), auch als „experiential therapy“ bezeichnet, von L. Greenberg aus Kanada. Hierbei handelt es sich um ein Psychotherapieverfahren, bei dem gesprächspsychotherapeutische Methoden mit Methoden aus anderen Therapieansätzen, insbesondere der Gestalttherapie, kombiniert werden und das sich von der klassischen Gesprächspsychotherapie grundlegend durch die Anwendung von strukturierten Interventionen unterscheidet.² Elliot³ schreibt hierzu: „Nach ihrer Begründung in der durch die klientenzentrierte Therapie inspirierten Forschung von Rice und Greenberg (1984) ist die prozeß-erlebnisorientierte Therapie zu einer integrierten Behandlung geworden, die über eine eigene Theorie im Sinne einer Krankheitslehre verfügt, über eine Behandlungs- und Veränderungstheorie sowie über eine Reihe therapeutischer Schritte und Interventionen, wie sie von Greenberg et al. (1993) beschrieben wurden.“ Insoweit können Studien, die dieses Therapieverfahren untersuchen, nicht als Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie, wie sie in Deutschland Anwendung findet, gewertet werden.

Gleiches gilt ebenfalls für „emotion focused therapy“ (EFT). Dieses Therapieverfahren, das auch von L. Greenberg entwickelt wurde, wird ebenso wie die PET den erlebniszentrierten Therapieformen zugeordnet. Der entscheidende Unterschied zur klassischen Gesprächspsychotherapie besteht sowohl bei der EFT als auch bei der PET darin, dass das Prinzip der Nichtdirektivität zugunsten eines aktiv lenkenden Therapeutenverhaltens aufgegeben wurde.

¹ Biermann-Ratjen E-M (2006): Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In Eckert J, Biermann-Ratjen E.-M., Hoeger D. Gesprächspsychotherapie (Hrg.) – Lehrbuch für die Praxis. S.106. New York, Stuttgart: Springer

² Eckert, J (2006): Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie. In Eckert J, Biermann-Ratjen E.-M., Hoeger D. Gesprächspsychotherapie (Hrg.) – Lehrbuch für die Praxis. 441 - 448. New York, Stuttgart: Springer

³ Elliott R. Prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie - Ein Überblick: Teil 2. Psychotherapeut 1999; 44 (6): S. 348.

Die aus einer Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie entstandenen Therapieverfahren PET und EFT können aus folgenden prinzipiellen Erwägungen nicht dem Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie im Sinne einer Verfahrensdefinition gemäß Abschnitt A Absätze 3, 4, 6 Psychotherapie-Richtlinien zugerechnet werden:

- Ein Psychotherapieverfahren im Sinne der Richtlinien kann nur innerhalb eines einheitlichen Theoriegebäudes zur Ätiologie und Behandlung psychischer Störungen gefasst werden.
- In einem Verfahren müssen Methoden und Techniken zur Behandlung psychischer Störungen in Übereinstimmung mit diesem Theoriesystem („von innen heraus“) entwickelt sein.
- Die Umsetzung der Interventionen und die Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung muss in Übereinstimmung mit diesem Theoriesystem („von innen heraus“) entwickelt sein.
- Eklektizistische Methodenvielfalt widerspricht dem Prinzip einer in sich konsistenten Definition eines Verfahrens

In der Gegenüberstellung von PET bzw. EFT und Gesprächspsychotherapie ist aber festzustellen, dass es sich bei PET und EFT um Verfahren mit einem deutlich unterschiedlichen theoretischen Ansatz (mit wesentlichen Elementen z.B. aus der Gestalttheorie), mit deutlich andersartigen Techniken (z.B. „Zwei-Stuhl-Technik“) und einer deutlich veränderten Umsetzung in der Therapeut-Patient-Beziehung (aktiv lenkendes Therapeutenverhalten) handelt.⁴ Das Einbeziehen dieser Verfahren in den Bewertungsgegenstand käme demnach einer unzulässigen Erweiterung der Fragestellung gleich.

Alle Studien, in denen „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) oder solche Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie, welche die gesprächspsychotherapeutischen Wirkvariablen verwirklichen (z.B. Focusing), als Behandlungsmethode zur Anwendung kamen, wurden als Beratungsgegenstand definiert.

II. Beschränkung der Bewertung der Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf die Anerkennung als neues psychotherapeutisches Behandlungsverfahren zur Behandlung von Erwachsenen

Die Verfahrensprüfung der Gesprächspsychotherapie konnte lediglich in Bezug auf die Behandlung von Erwachsenen erfolgen. Dies hat folgende wesentliche Gründe:

Aus dem Sinn und Zweck des in § 135 Abs.1 SGB V geregelten Antragsrechts und der hierzu in der Verfahrensordnung getroffenen konkretisierenden Regelungen (vgl. insbesondere § 11 Abs.5 VerfO) folgt, dass das jeweils zuständige Beschlussgremium an den Inhalt des gestellten Antrags grundsätzlich gebunden ist. Dementsprechend erfolgte die Bewertung der Gesprächspsychotherapie gemäß dem von der KBV gestellten Antrag nach § 135 Abs.1 SGB V als neues psychotherapeutisches Behandlungsverfahren zur Behandlung von Erwachsenen. Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurden somit nicht berücksichtigt.

⁴ Elliott R. Prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie - Ein Überblick: Teil 2. [Process-experiential psychotherapy - An overview: Part 2]. Psychotherapeut 1999; 44 (6): 340-9

Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS (2004): Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change. Washington, DC: APA

Aber selbst dann, wenn man unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG zum Systemversagen annimmt, dass der G-BA unter bestimmten Voraussetzungen veranlasst sein könnte, von Amts wegen in die Bewertung von neuen Behandlungsverfahren einzutreten, ergibt sich daraus für den G-BA keine Verpflichtung, die Gesprächspsychotherapie auch in Hinblick auf die Anerkennung als zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu bewerten. Denn insoweit fehlt der Gesprächspsychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung gemäß § 1 Abs.3 PsychThG. Diese Beschränkung in der wissenschaftlichen Anerkennung hat ihren Grund in dem Gutachten des wissenschaftlichen Beirats gemäß § 11 PsychThG, wonach die Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Verfahren zur vertieften Ausbildung allein in Bezug auf die Behandlung von Erwachsenen anerkannt wird.

Der G-BA hat gemäß den gültigen Psychotherapie-Richtlinien die Feststellungen des wissenschaftlichen Beirats zur wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren als notwendige jedoch nicht hinreichende Vorbedingungen für seine weitergehende Prüfung zu beachten (vgl. B I. 3.1). Das hat zur Folge, dass, solange einem psychotherapeutischen Behandlungsverfahren die wissenschaftliche Anerkennung und damit letztlich Anerkennung als berufsrechtlich zulässiges Verfahren fehlt, der Gemeinsame Bundesausschuss nicht in eine Überprüfung des Nutzens dieses Verfahrens nach § 92 Abs. 6a i. V. m. § 135 Abs. 1 SGB V eintreten kann.

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

Auch aus rechtlicher Sicht ist eine Differenzierung zwischen der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren für die Behandlung von Erwachsenen einerseits und die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen andererseits sachgerecht. Dass insofern relevante Unterschiede gegeben sind, die auch im Gesetz Ausdruck gefunden haben, wird durch eine Entscheidung des Verwaltungsgerichts Köln bestätigt:

„Dass die Unterscheidung zwischen Verfahren für die vertiefte Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten einerseits und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits nach Auffassung der Klägerin die Unterstellung beinhaltet, dass Kinder und Jugendliche sich in ihrem Erleben und Verhalten von Erwachsenen unterscheiden, begegnet keinen Bedenken. Die Kammer hegt keine Zweifel, dass insofern relevante Unterschiede gegeben sind, die auch Ausdruck im Gesetz gefunden haben. Gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 2b) und c) PsychThG ist nämlich ein Abschluss in den Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik ausreichend für den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, während die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gem. § 5 Abs. 2 Nr. 1 PsychThG einen Abschluss in dem Studiengang Psychologie voraussetzt. Dieser Unterschied in den Zugangsvoraussetzungen lässt darauf schließen, dass der Gesetzgeber von einer Wirksamkeit pädagogisch-therapeutischer Ansätze bei Kindern und Jugendlichen ausgegangen ist, diese aber für Erwachsene verneint hat, mithin für diese beiden Personengruppen von relevanten Unterschieden in der Wirksamkeit von Therapiemethoden ausgegangen ist.“

vgl. Urt. d. VG Köln, 10.11.2004, Az.: 9 K 4647/02, S. 5

Eine entgegengesetzte Auffassung hätte im Ergebnis zur Folge, dass der Regelungs- und Schutzzweck des § 1 Abs. 3 PsychThG im Hinblick auf Kinder und Jugendliche leer liefe. Nach den Motiven des Gesetzgebers soll aber durch das Erfordernis der Wissenschaftlichkeit verhindert werden, dass im Rahmen berechtigter Psychotherapieausübung unwirksame oder schädliche Verfahren praktiziert werden:

„Absatz 3 definiert, was Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Gesetzes ist. Es muss sich dabei um die Anwendung wissenschaftlich anerkannter Verfahren handeln. Die Beschränkung auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren soll Missbrauch verhindern.“

Gesetzesbegründung zu § 1 Abs. 3 PsychThG, abgedruckt in: Salzl/Steege, Eine systematische Einführung in das neue Berufsrecht und das Vertragsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1999, S. 56

Daraus wird deutlich, dass die wissenschaftliche Anerkennung dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung dient, der ein sehr hohes Gemeinschaftsgut darstellt, und nach dem Willen des Gesetzgebers an die Ausbildung für neue Heilberufe hohe Anforderungen zu stellen sind.

vgl. BVerfG, NJW 2000, 1779; Francke, MedR 2000, S. 452; BT-Drucks. 13/8035, S. 14

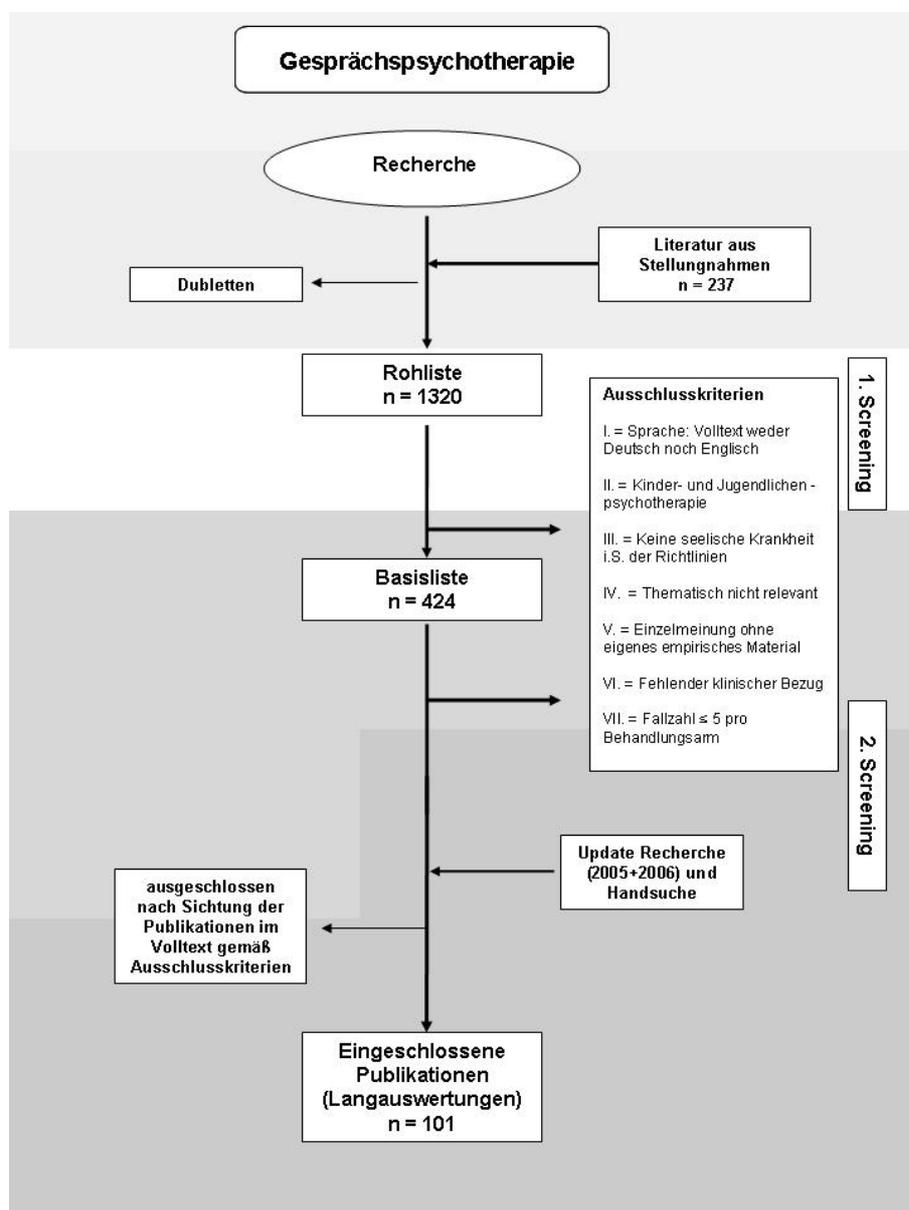
Sachliche Gründe, die vor diesem Hintergrund der fehlenden wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens im Hinblick auf die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen eine Prüfung nach § 92 Abs. 6a iVm § 135 SGB V auch für den Bereich der Kinder und Jugendlichen rechtfertigen könnten, sind nicht gegeben.

D. Wissenschaftliche Erkenntnisse zum Nutzen und zur medizinischen Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen

I. Systematische Literaturrecherche

Um den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu erfassen, wurde zum einen eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Zum anderen flossen alle in den Stellungnahmen anlässlich der Veröffentlichung dieses Beratungsthemas genannten Quellen im Volltext in den Bewertungsprozess ein. Bei der Suche und der Auswahl der Literatur wurde keine Einengung auf spezifische Indikationen vorgenommen. Darüber hinaus wurden sämtliche Studien, die dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats gemäß § 11 des Psychotherapeuten-Gesetzes zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen zu Grunde lagen und mit Schreiben vom 3. Februar 2005 dem Gemeinsamen Bundesausschuss bekannt gegeben wurden, in der Liste der Fundstellen berücksichtigt und im Volltext bewertet. Untenstehende Abbildung gibt einen Überblick über den Prozess von Recherche, Screening und Auswertung von Studien.

Abbildung 1: Suche und Auswahl der Literatur



Bei der Recherche wurden folgende Datenbanken berücksichtigt: The Cochrane Library, Medline, Oldmedline, Embase, Gerolit, PsycInfo, Psyn dex, Scisearch,

Sociological Abstracts (SocioFile), Kluwer Verlagsdatenbank, Springer Verlagsdatenbank, Springer Preprint, Thieme Verlagsdatenbank. Die erste Recherche im Januar 2003 lieferte 3.300 Dokumente, hinzugefügt wurden nach einer Update-Recherche im Oktober 2003 160 neue Dokumente, nach einer Update-Recherche im Juni 2005 438 neue Dokumente und nach einer Update-Recherche im Februar 2006 118 neue Dokumente. Im 1. Screening erfolgte die Prüfung jeder Fundstelle anhand der Abstracts durch zwei Gutachter, die nach den in der Grafik gelisteten Ausschlusskriterien Studien ausschlossen. Im 2. Screening erfolgte die Prüfung jeder verbleibenden Fundstelle anhand des Volltextes durch zwei Gutachter nach den in der Grafik gelisteten Ausschlusskriterien. Die Ergebnisse des 2. Screenings wurden in der Arbeitsgruppe bzw. Themengruppe unter Beteiligung eines von den Fachverbänden benannten Sachverständigen beraten und einvernehmlich konsentiert.

Die hier vorgenommene Bewertung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie unterliegt dem methodischen Paradigma der "Evidenz-basierten Medizin" (EbM), aus dem sich Kriterien ableiten lassen, mit deren Hilfe sich der Nutzen psychotherapeutischer Verfahren nach dem aktuellen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse empirisch untersuchen lässt. In diesem Zusammenhang ist der Nutzen der Gesprächspsychotherapie dann anzunehmen, wenn es hinreichend valide Belege aus Vergleichsstudien für die untersuchten Indikationen („body of evidence“) der Gesprächspsychotherapie gibt.

In den Beratungsprozess aufgenommen wurden sowohl Primärstudien als auch Meta-Analysen. Dabei wurden nicht nur Studien mit den klassischen Kontrollverfahren ausgewählt, zu denen in erster Linie die zufällige Zuordnung der Patienten in eine Therapie- bzw. eine Kontrollgruppe zu rechnen ist (Evidenzstufe Ib, vgl. § 18 Abs. 3 VerfO), sondern auch alle anderen Evidenzstufen wurden berücksichtigt.

Da sich zeigte, dass die Meta-Analysen ohne intensiven Rekurs auf die zu Grunde liegenden Einzelstudien im Hinblick auf die Fragestellung der Themengruppe nicht zu bewerten waren, wurden alle in den Meta-Analysen genannten Primärstudien, soweit sie geeignet waren, Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu treffen, einbezogen.

II. Weiteres methodisches Vorgehen

Im Ergebnis des 1. und 2. Screenings wurden 101 Publikationen einer ausführlichen Auswertung im Volltext anhand eines für die Beurteilung von Psychotherapiestudien geeigneten Extraktions- und Bewertungsbogens (vgl. S. 2 und Nutzenbericht, Anhang 12.8 und 12.9) unterzogen. Die Basis der Beurteilung bildete dabei die Fragestellung des Unterausschusses, die sich aus den gesetzlichen Vorgaben des § 135 Abs. 1 SGB V ergibt: „Erfüllt die Gesprächspsychotherapie – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Verfahren – die Kriterien des therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit, so dass die Gesprächspsychotherapie als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden darf?“ Zum Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit oder der Wirtschaftlichkeit wurden alle Studien herangezogen („berücksichtigt“), die hinsichtlich ihrer Konzeption geeignet waren, die auf den sozialrechtlichen Kontext der Verfahrensprüfung bezogene Fragestellung des Unterausschusses und der Themengruppe zu beantworten. Unabhängig von ihrer methodischen Qualität konnten solche Studien, die in diesem Sinne für die Verfahrensprüfung nicht geeignet waren, auch nicht einbezogen werden. So wurden zum Beispiel Studien, die den therapeutischen Prozess untersuchten, aber keine Outcome-Parameter erfassten oder auch Studien, bei denen keine Krankenbehandlung sondern allgemeine Lebensberatung (z.B. Paarprobleme, Prüfungsangst) erfolgte, nicht als Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit oder der Wirtschaftlichkeit herangezogen.

III. Berücksichtigung von Expertenmeinung

Die Verfahrensordnung sieht vor, dass mit Veröffentlichung des Beratungsthemas insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesellschaften, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen, sowie Spitzenorganisationen der Hersteller von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird. Für den Bereich Psychotherapie ist in der Verfahrensordnung keine zusätzliche Anhörung von Fachgesellschaften oder Drittbetroffenen vorgesehen.

Alle auf die Veröffentlichung des Beratungsthemas hin eingegangenen Stellungnahmen (n = 82) wurden in den Beratungsprozess einbezogen. Sämtliche von den Stellungnehmenden genannten Literaturstellen flossen in das Verfahren der systematischen Literaturbewertung ein.

Darüber hinaus hat sich der Unterausschuss Psychotherapie einstimmig für eine Einbeziehung der auf Bundesebene maßgeblichen Gesprächspsychotherapie-Fachverbände entschieden, um angesichts der berufsrechtlichen Relevanz seiner auf der Bewertung der Gesprächspsychotherapie fußenden Entscheidung von Anfang an eine angemessene Verfahrensgestaltung zu sichern. Zu diesem Zweck wurde ein gemeinsamer Vertreter der drei Gesprächspsychotherapie-Fachverbände GwG, ÄGG und DPGG als externer Sachverständiger für die Arbeitsgruppe (AG) bzw. Themengruppe (TG) beratend hinzugezogen. Dieser bzw. sein Stellvertreter nahmen an allen Sitzungen der AG bzw. TG, die der Literaturbewertung galten, teil, bis auf die letzte halbtägige Sitzung der TG am 05.04.2006, bei der die von ihm selbst eingereichte Literatur aus Handsuche bewertet wurde. Damit wurde im Bewertungsverfahren weit über das von der Verfahrensordnung geforderte Maß hinaus kontinuierlich die Expertenmeinung aus Reihen der Fachverbände hinzugezogen und berücksichtigt.

IV. Zusammenfassung der Evidenz zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen

1. Studien im ambulanten Setting

Im ambulanten Bereich wurden Studien zur Gesprächspsychotherapie für folgende Indikationsgruppen identifiziert:

- Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39)
- Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen (ICD-10 F40-F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F50-F59)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10-F19)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F60-F69)

Lediglich in zwei Indikationsbereichen für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“)⁵, wie sie in Deutschland gelehrt und angewandt wird, konnte jeweils eine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik Aussagen zu Wirksamkeit oder Nutzen der Gesprächspsychotherapie zulässt.

⁵ siehe Operationalisierung des Beratungsgegenstandes

Häufige Gründe dafür, dass die übrigen ausgewerteten Studien nicht geeignet sind, die hier interessierende Fragestellung zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu beantworten, waren:

- geringe Fallzahlen,
- Diagnosestellung nicht oder nicht hinreichend operationalisiert,
- bei dem angewandten Verfahren handelt es sich nicht um Gesprächspsychotherapie,
- Studienteilnehmer waren keine Patienten, sondern Personen, bei denen keine krankheitswertigen Störungen im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien bestanden.

(1) Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39)

Studie von King, Sibbald, Ward et al. (2000)⁶, Evidenzstufe 1

Die Studie von Ward und King vergleicht Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie und die Therapie durch den Hausarzt bei Patienten mit mittelschwerer Depression. In einem mehrarmigen Design wird dabei sowohl die Forderung nach einer Randomisierung, als auch die Patientenpräferenz (Ablehnung einer randomisierten Zuordnung) berücksichtigt. So werden Patienten ohne Präferenz in alle drei Gruppen randomisiert, in zwei weiteren Behandlungsarmen werden die psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit Präferenz für eine Psychotherapie randomisiert verglichen, zwei weitere Behandlungsarme vergleichen die psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit Präferenz für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren.

Sowohl in allen drei Designs als auch in der zusammenfassenden Bewertung zeigt sich, dass sich die Behandlungseffekte einer auf maximal 12 Sitzungen begrenzten Gesprächspsychotherapie für Patienten mit depressiven Störungen, überwiegend in Form von „Depression“ und „Depression und Angst gemischt“, nicht von der einer ebenfalls zeitbegrenzten kognitiven Verhaltenstherapie mit 12 Sitzungen unterscheiden. Beide Interventionen sind nach 4 Monaten der Behandlung durch den Hausarzt überlegen, nach 12 Monaten gibt es keinen signifikanten Unterschied; die Effekte der Hausarztbehandlung haben sich an die der Psychotherapiegruppen angeglichen. Die gleichzeitige medikamentöse Therapie bei 27% bzw. 30% der Patienten mit Psychotherapie und bei 49% der Gruppe mit „nur Hausarztbehandlung“ stützt die viermonatigen Katamneseeffekte der psychotherapeutischen Interventionen.

Aufgrund der viermonatigen Katamneseeffekte wird im Vergleich zu dem Standardbehandlungsverfahren „Hausarztbehandlung“ ein Nutzen der psychotherapeutischen Interventionen Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie als belegt angesehen.

(2) Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2)

Studie von Altenhöfer et al. (2006)⁷, 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.

⁶ King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M, Byford S. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care (monograph). Health Technology Assessment 2000; 4 (19): 1-84.

⁷ Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? (Manuskript, zur Veröffentlichung eingereicht Zeitschrift Psychotherapeut, Status "accepted"). Manuskript 2006.

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.

2. Studien im stationären Setting

Im stationären Bereich konnte keine Studie identifiziert werden, welche geeignet wäre, die hier interessierende Fragestellung zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu beantworten. Bei allen vorliegenden Studien erfolgte die Gesprächspsychotherapie als ein Baustein im Rahmen eines komplexen stationären Behandlungskonzeptes. Da keine Kontrollbedingungen gewählt wurden, die eine isolierte Bewertung der Gesprächspsychotherapie zulassen, kann auf Basis dieser Studien keine Aussage über die isolierte Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie getroffen werden.

E. Rechtsgrundlagen der Prüfung im Kontext des ambulanten Versorgungssektors

I. Kriterien in B I. 3 Psychotherapie-Richtlinien

Mit Schreiben vom 15. August 2006 hatte das BMG dem G-BA mitgeteilt, es gehe davon aus, dass die Prüfung der Gesprächspsychotherapie auf Grundlage der unveränderten Psychotherapie-Richtlinien abgeschlossen werden könne. Nach Auffassung des G-BA sind die in B I.3 Psychotherapie-Richtlinien formulierten Kriterien im Lichte der nach § 91 Abs.3 Satz 1 Nr.1 SGB V iVm §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 VerfO festgelegten Anforderungen an die Nutzenbewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren in der Weise gesetzeskonform auszulegen, dass, soweit die Bewertungskriterien der Psychotherapie-Richtlinien nicht mit den Anforderungen der Verfahrensordnung in Einklang stehen, Unvereinbarkeiten zugunsten eines Anwendungsvorrangs der Verfahrensordnung aufgelöst werden.

Dies entspricht dem Sinn und Zweck der Regelung in § 91 Abs.3 Satz 1 Nr.1 SGB V, mit der dem G-BA aufgegeben wird, in einer Verfahrensordnung methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen, d.h. auch psychotherapeutische festzulegen. In Übereinstimmung mit dem BMG geht der G-BA davon aus, dass psychotherapeutische Verfahren ebenso wie z.B. ärztliche Behandlungsmethoden nach Maßgabe der Verfahrensordnung zu bewerten sind, weil auch psychotherapeutische Verfahren einer systematischen und indikationsbezogenen Bewertung nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin zugänglich sind (vgl. Schreiben des BMG vom 15.08.2006, S.6). In diesem Sinne hatte bereits der Rechtsvorgänger des G-BA, der Bundesausschuss der Ärzte

und Krankenkassen, durch Beschluss vom 20.04.2004 den Anwendungsbereich der BUB-Richtlinien auch auf die Bewertung psychotherapeutischer Verfahren ausgedehnt. Selbst wenn man aber die Auffassung vertritt, dass die Bewertungskriterien der Psychotherapie-Richtlinien uneingeschränkt Anwendung finden, würde die Gesprächspsychotherapie diese Anforderungen nicht erfüllen. Im Folgenden soll dies anhand der Kriterien B. I. 3.1 bis 3.4 der Psychotherapie-Richtlinien dargelegt werden:

B. I. 3.1 Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychTG hat mit Datum vom 16.09.2002 den zuständigen Landesbehörden empfohlen, die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zuzulassen. Diese Feststellung war eine der Grundvoraussetzungen für die Aufnahme der sozialrechtlichen Prüfung der Gesprächspsychotherapie. Diese Voraussetzung nach B. I. 3.1 ist damit erfüllt.

B. I. 3.2 Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung (Stellungnahme aus der Psychotherapieforschung unabhängiger Einrichtungen, Evaluation von Behandlungen und langfristigen Katamnesen, Literatur).

Die Anforderung einer *erfolgreichen* Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung ist im Lichte des Versorgungsstandards gem. §§ 2, 12 SGB V in der Weise auszulegen, dass Wirksamkeit und Nutzen eines psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens durch wissenschaftliche Studien zu belegen ist. Geprüft wird dies auf Grundlage der Verfahrensordnung. Ergebnis einer solchen Prüfung ist der Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen. Danach belegt die ausgewertete Literatur die erfolgreiche Anwendung an Kranken lediglich für das eine Krankheitsbild Depression im Indikationsbereich Affektive Störungen. Diese Voraussetzung nach B. I. 3.2 ist lediglich für die Indikation Depression, aber nicht für sämtliche anderen Indikationsbereiche erfüllt.

B. I. 3.3 Ausreichende Definition des Verfahrens und Abgrenzung von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden, so dass die Einführung des neuartigen psychotherapeutischen Vorgehens eine Erweiterung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet.

Soweit in dieser Regelung die Anerkennung eines psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens davon abhängig gemacht wird, dass es im Vergleich zu den bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Verfahren eine Erweiterung oder Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung bedeutet, z.B. im Sinne eines therapeutischen Mehrwerts oder einer therapeutischen Überlegenheit, wird damit kein rechtswidriger Maßstab angelegt. Nach der Rechtsprechung des BSG ist die Befugnis, neue Verfahren auch darauf hin zu überprüfen, ob sie z.B. eine therapeutische Überlegenheit gegenüber den konventionellen Verfahren aufweisen, aus dem in Parenthese gesetzten Tatbestandsmerkmal der Ermächtigungsgrundlage in § 135 Abs.1 Satz 1 Nr.2 SGB V abzuleiten, wonach der Bundesausschuss den therapeutischen Nutzen einer Methode „– auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte[n] Methoden –“ beurteilen soll. Insoweit hat das BSG in einem Urteil vom 19.03.2002, B 1 KR 36/00 R zum Bedeutungsgehalt dieses Tatbestandsmerkmals Folgendes festgestellt:

„Die Revision rügt ohne Erfolg, der Bundesausschuss habe einen rechtswidrigen Maßstab angelegt. In der vom LSG eingeholten Stellungnahme des Bundesausschusses ist ausgeführt, die Hippotherapie sei in der Vergangenheit abgelehnt worden, weil eine therapeutische Überlegenheit

gegenüber konventionellen Methoden nicht habe plausibel gemacht werden können. Außerdem sei nicht dargelegt worden, dass die Hippotherapie zu den gleichen Kosten wie die konventionellen Therapien durchgeführt werden könne.

Die so begründete Entscheidung steht mit höherrangigem Recht in Einklang. Nach § 138 SGB V hat der Bundesausschuss über den "therapeutischen Nutzen" neuer Heilmittel zu entscheiden; **das ist weniger ausführlich als die Formulierung in § 135 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V, wo dem Bundesausschuss aufgegeben ist, neben dem Nutzen einer neuen Methode auch deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und dabei auch einen Vergleich mit den bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden anzustellen.** Dennoch gelten für die Prüfung neuer Heilmittel dieselben Beurteilungsmaßstäbe wie für neue Behandlungsmethoden. Der Zusatz in § 135 Abs 1 SGB V wurde mit dem 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 (BGBl I 1520) in das Gesetz aufgenommen und wird in der Begründung als Klarstellung bezeichnet (BT-Drucks 13/6087 S 29). Das entspricht der vorgefundenen Rechtslage. Denn schon in der ursprünglichen Fassung wurde in § 135 Abs 1 Satz 1 SGB V auf die Richtlinien nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V Bezug genommen, die ihrerseits nach § 92 Abs 1 Satz 1 SGB V "die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten" bieten sollen. Insofern enthält die Ergänzung von § 135 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V durch das 2. GKV-NOG in der Tat keine Neuregelung, sondern eine Klarstellung der von Anfang an bestehenden Absichten des Gesetzgebers. **Es wäre auch mit dem Sinn der gesetzlichen Regelung nicht vereinbar, wenn die Krankenkasse zusätzlich zur Anerkennung des therapeutischen Nutzens einer Methode durch den Bundesausschuss verpflichtet wäre, über deren (generelle) Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits etablierten Methoden - noch eine eigene Entscheidung zu treffen.** Von daher braucht nicht weiter untersucht zu werden, inwiefern im "therapeutischen Nutzen" schon begrifflich Elemente der Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit enthalten sind. **Deshalb ist es nicht zu beanstanden, wenn der Bundesausschuss die Ablehnung der Hippotherapie unter Berücksichtigung von deren höheren Kosten auf die Erwägung gestützt hat, eine Überlegenheit gegenüber der traditionellen Vorgehensweise sei nicht festzustellen.**"

Daraus wird deutlich, dass der Bundesausschuss im Rahmen der ihm nach dem Gesetz aufgegebenen vergleichenden Beurteilung von Methoden bzw. Verfahren auch Erwägungen zu einer therapeutischen Verbesserung, z.B. im Sinne einer Überlegenheit des neuen Verfahrens gegenüber den etablierten Verfahren, unter bestimmten Voraussetzungen anstellen dürfte. Bei Anwendung dieser Grundsätze käme man zu dem Ergebnis, dass die Einführung der Gesprächspsychotherapie als ein Psychotherapieverfahren, welches einen Wirksamkeitsnachweis bei nur einer psychischen Störung erbracht hat, der vertragsärztlichen Versorgung keine Erweiterung oder Verbesserung einbrächte. Die Versorgung der Patienten mit depressiven Störungen – einschließlich häufig hierbei ggf. bestehender komorbider Störungen (siehe Kapitel F) – ist durch die bisher in den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren gewährleistet. Diese Voraussetzung nach B I. 3.3 ist somit nicht erfüllt.⁸

⁸ Wie unter E II. noch näher ausgeführt werden wird, wurde allerdings von einer Überlegenheitsprüfung abgesehen, da die Verfahrensordnung lediglich eine Prüfung auf Gleichwertigkeit vorsieht.

B I. 3.4 Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte sowie Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer Ausbildung und praktischer Krankenbehandlung.

In Deutschland bestehen nach Auskunft der Landesprüfungsämter derzeit zwei staatlich anerkannte Ausbildungsstätten für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie. Diese Voraussetzung nach B I. 3.4 ist somit formal erfüllt.

Als Fazit wäre also der Schluss zu ziehen, dass die Gesprächspsychotherapie nach wie vor die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien – ohne gesetzeskonforme Auslegung unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Nutzenbewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren gemäß § 91 Abs.3 Satz 1 Nr.1 SGB V iVm §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 VerfO – **nicht** erfüllt.

II. Psychotherapie-Richtlinien unter Berücksichtigung der Verfahrensordnung

Nach Auffassung des G-BA entsprechen die Kriterien in B. I. 3.2 bis 3.4 der Psychotherapie-Richtlinien, welche für den ambulanten Bereich die Voraussetzungen für die Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in die GKV regeln, nicht mehr den gesetzlichen Anforderungen an die Nutzenbewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren. Grund dafür ist, dass die Bewertung psychotherapeutischer Behandlungs- und Anwendungsformen für den vertragsärztlichen Bereich nach dem Sinn und Zweck des § 91 Abs.3 Nr.1 SGB V nach Maßgabe der in der Verfahrensordnung festgelegten Bewertungsmaßstäbe erfolgen soll. Dementsprechend erstreckt sich der Anwendungs- und Geltungsbereich der Verfahrensordnung gemäß § 91 Abs.3 Satz 1 Nr.1 SGB V iVm §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 VerfO auch auf die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren.

Das Ergebnis einer Bewertung eines Verfahrens, einer Methode oder einer Technik nach Maßgabe der Verfahrensordnung ist eine zusammenfassende Literaturübersicht, die Auskunft über Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit des Beratungsgegenstands gibt. In einem systematischen Review werden die Ergebnisse aus Literaturrecherche und -bewertung indikationsbezogen (siehe § 17 (2) 1a VerfO) und ggf. indikationsübergreifend aufbereitet, wobei sich die Indikationsgruppen i.d.R. an Kapitel F der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10) orientieren.

Um das Ergebnis eines Abschlussberichts zu neuen Verfahren, Methoden oder Techniken umsetzen zu können, hat der G-BA am 20. Juni 2006 Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten B I. 3. und 4. der Psychotherapie-Richtlinien beschlossen. Diese Änderung der Psychotherapie-Richtlinien wurde vom BMG in seinem Schreiben vom 15.08.2006 beanstandet und ist daher nicht in Kraft getreten. Ausdrücklich ausgenommen von der Beanstandung ist die Regelung, dass für die Anerkennung für Verfahren der Psychotherapie ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA zu erbringen ist, ein Grundsatz, der schon jetzt durch die Verbindlichkeit der Verfahrensordnung unmittelbar Geltung beansprucht.

Vor diesem Hintergrund wird die dem Nutzenbericht folgende Prüfung der Gesprächspsychotherapie daher auf Grundlage der geltenden Psychotherapie-Richtlinien⁹ abgeschlossen. Dabei werden allerdings die Kriterien in B I. 3. der Psychotherapie-

⁹ In der Fassung vom 11. Dezember 1998, veröffentlicht im Bundesanzeiger 1999; Nr. 6: S. 249, zuletzt geändert am 20. Juni 2006 (veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006; Nr. 176: S. 6339), in Kraft getreten am 17. September 2006

Richtlinien nur insoweit angewandt, als sie den nach § 91 Abs.3 Satz 1 Nr.1 SGB V iVm §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 VerFO für die Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren geltenden Anforderungen an den Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht entgegenstehen:

zu B I. 3.1

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychTG hat mit Datum vom 16.09.2002 den zuständigen Landesbehörden empfohlen, die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zuzulassen. Diese Feststellung war eine der Grundvoraussetzungen für die Aufnahme der sozialrechtlichen Prüfung der Gesprächspsychotherapie.

zu B I. 3.2

Wie oben dargestellt, erfolgt die Bewertung psychotherapeutischer Behandlungs- und Anwendungsformen für den vertragsärztlichen Bereich gemäß § 135 Abs. 1 SGB V nach Maßgabe der Verfahrensordnung. Die Verfahrensordnung hebt mit den Anforderungen der Verfahrensordnung an die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit und das zu berücksichtigende wissenschaftliche Erkenntnismaterial für die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren **nicht** darauf ab, dass über mindestens 10 Jahre Nachweise der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung erbracht werden müssen. Daher wird dieses 10-Jahres Kriterium bei der Bewertung der Gesprächspsychotherapie nur mittelbar im Sinne der Erläuterungen zu B1.3.2 auf S.13 berücksichtigt.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Nutzen und zur medizinischen Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen sind in **Abschnitt D** zusammengefasst.

zu B I. 3.3

Dieses Kriterium sieht vor, dass nachgewiesen werden muss, dass die Einführung eines neuen Verfahrens eine Erweiterung bzw. Verbesserung der Versorgung bedeutet, was entweder den *Nachweis der Überlegenheit und/oder größeren Wirtschaftlichkeit* gegenüber den bisher anerkannten Verfahren zumindest in bestimmten Anwendungsbereichen erforderlich machen würde. Da dieses Erfordernis über die gültige Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren hinaus geht, die lediglich eine Gleichwertigkeit fordert, wurde sie der Verfahrensprüfung nicht zugrunde gelegt.

Rechtliche Grundlage für die weitere Prüfung ist statt dessen – auf Grundlage des § 135 Abs. 1 SGB V – die sektorspezifische Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie gem. § 20 Abs. 3 VerFO und die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie gem. § 17 Abs. 2 Nr. 3 VerFO auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden. Siehe hierzu die Ausführungen in den **Abschnitten G und H**.

zu B I. 3.4

Die Verfahrensordnung sieht nicht vor, dass Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte sowie Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten nachgewiesen werden müssen. Auf die weitere Prüfung dieses Kriteriums wird verzichtet, da es nicht mehr in Einklang mit den Anforderungen der Verfahrensordnung an die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren steht.

Das Gesamtergebnis der Prüfung der Gesprächspsychotherapie ist in **Abschnitt J** dargestellt.

III. Gleichbehandlungsgrundsatz

Damit ist gewährleistet, dass die Gesprächspsychotherapie nach den aktuell gültigen Bewertungsmaßstäben der Verfahrensordnung gemäß § 91 Abs.3 Satz 1 Nr.1 SGB V iVm §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 VerfO überprüft wird und von den in den Psychotherapie-Richtlinien festgelegten Bewertungskriterien unter B. I.3 nur jene berücksichtigt werden, die mit der Verfahrensordnung in Einklang stehen.

In Hinblick auf die zugrundegelegten Bewertungsmaßstäbe wird die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den anerkannten Richtlinien-Verfahren nicht ungleich behandelt. Da der G-BA zu gewährleisten hat, dass seine Entscheidungen über die Aufnahme neuer Behandlungsverfahren in den Leistungskatalog der GKV im Zeitpunkt der Beschlussfassung der aktuell gültigen Rechtslage entsprechen, kann die Nichtanwendbarkeit der in der Verfahrensordnung festgelegten Bewertungsgrundsätze nicht damit begründet werden, dass die nach den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten psychotherapeutischen Behandlungsverfahren noch nicht nach diesen Maßstäben überprüft worden sind.

Die Forderung, dass eine Entscheidung über die Aufnahme „neuer“ Behandlungsverfahren in den Leistungskatalog der GKV erst dann getroffen werden könne, wenn zuvor eine Bewertung der bereits zu Lasten der GKV erbrachten Verfahren nach den gleichen Maßstäben stattgefunden habe, findet auch keine Stütze im Gesetz. Die insoweit maßgebliche Vorschrift des § 135 Abs.1 SGB V differenziert systematisch in Satz 1 und 2 zwischen der Überprüfung „neuer“ und bereits erbrachter Behandlungsverfahren, ohne dabei die nach diesen Vorschriften zu treffenden Entscheidungen in ein Verhältnis wechselseitiger Abhängigkeit zu setzen.

Vielmehr lässt sich dem Sinn und Zweck als auch der Entstehungsgeschichte des § 135 Abs.1 SGB V unter dem Gesichtspunkt der Differenzierung zwischen neuen und „alten“ (im Folgenden: konventionellen) Verfahren entnehmen, dass für Letztere im Sinne einer widerleglichen Vermutung unterstellt werden darf, dass ihre Anwendung den Erfordernissen einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten entspricht (§§ 2, 12, 92 Abs.1 Satz 1, erster Halbsatz SGB V). Das in § 135 Abs.1 SGB V geregelte präventive Verbot mit Erlaubnisvorbehalt für die Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wurde erstmals durch das Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 (BGBl I 2477, 2518) eingeführt. Danach durften neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.5 Empfehlungen abgegeben hat über die 1. Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode, 2. die notwendige Qualifikation der Ärzte sowie die apparativen Anforderungen, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und 3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Allerdings erläuterte das Gesetz nicht, wann eine Methode als „neu“ anzusehen ist. Der Bundesausschuss differenzierte bei der Auslegung dieses Tatbestandsmerkmals in den NUB-Richtlinien idF vom 4.12.1990 danach, ob eine Methode schon bisher zur vertragsärztlichen Versorgung gehört hat; für solche Methoden könne unterstellt werden, dass ihre Qualität aufgrund der tatsächlichen Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung feststeht oder zumindest unterstellt werden kann. In dieser Einschätzung wurde der Bundesausschuss durch die Rechtsprechung des BSG ausdrücklich bestätigt, insofern es zur Auslegung des Tatbestandsmerkmals „neu“ Folgendes feststellte:

„Der Bundesausschuss soll darüber wachen, dass die Leistungspflicht der gesetzlichen KV nicht auf unwirksame oder unwirtschaftliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ausgedehnt wird. Von daher kann es nicht darauf ankommen, wann das betreffende Verfahren entwickelt und erstmals eingesetzt wurde – sonst könnte der Umfang der vertragsärztlichen Versorgung ohne Qualitätsprüfung allein durch Zeitablauf erweitert werden. **Vielmehr ist, wovon der Bundesausschuss in Nr.4 der NUB-RL idF vom 4.12.1990 ausgeht, die Beschränkung auf „neue“ Methoden als Abgrenzung zu denjenigen medizinischen Maßnahmen zu verstehen, deren Qualität aufgrund der tatsächlichen Anwendung in der Vertragsärztlichen Versorgung feststeht oder unterstellt wird.**“ (BSGE 81, 54, 57)

Da der Erlaubnisvorbehalt des § 135 Abs.1 SGB V erstmalig zum 01.01.1989 in Kraft getreten ist, geben somit (außerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes) die früheren Beschlüsse des Bundesausschusses vor Beginn des Jahres 1989 den Umfang der vertragsärztlichen Versorgung wieder (BSG, Urteil vom 19.3.2002, B 1 KR 36/00 R, Rn.22, zitiert nach www.bundessozialgericht.de). Für Leistungen, die demgemäß zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden durften, darf nach der gesetzlichen Konstruktion des Erlaubnisvorbehalts zumindest unterstellt werden, dass deren Qualität den gesetzlichen Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten entspricht. An dieser Vermutungswirkung nehmen somit auch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung vom 03.07.1987 (BAnz.Nr.156 Beilage Nr. 156a) teil, sofern sie in Bezug auf die sog. Richtlinienverfahren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie bestimmen, dass diese Verfahren „in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind.“

Davon, dass für die sog. Richtlinienverfahren unterstellt werden kann, dass sie den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten entsprechen, ist auch der Gesetzgeber des Psychotherapeutengesetzes ausgegangen. So legt § 12 PsychThG fest, dass wer im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes, ohne Arzt zu sein, im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung an der psychotherapeutischen Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten im Delegationsverfahren **nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 - BAnz. Nr.156 Beilage Nr.156a -, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 - BAnz. Nr.49 S.2946), als Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mitwirkt oder die Qualifikation für eine solche Mitwirkung erfüllt**, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Abs.1 Nr.1, 3 und 4 auf Antrag eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach § 1 Abs.1 Satz 1 erhält.

Nach dieser Vorschrift sollen nichtärztliche Psychotherapeuten, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des PsychThG im Delegationsverfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien mitwirkten oder die Voraussetzungen für eine solche Mitwirkung erfüllten ohne weiteres auf Antrag die Approbation erhalten. Diese Vorschrift hat nicht nur berufsrechtliche Relevanz. Aufgrund der Fachkundenachweisregelung in § 95 c SGB V hat diese Vorschrift zumindest auch mittelbar Bedeutung für die Stellung der sog. Richtlinienverfahren im Versorgungskontext der GKV. Der Fachkundenachweis setzt voraus, dass die für die Approbation erforderliche Qualifikation hinsichtlich der Behandlungsstunden,

Behandlungsfälle und der theoretischen Ausbildung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGB V anerkannten Behandlungsverfahren - also in einem sog Richtlinienverfahren - nachgewiesen wird (§ 95c Satz 2 Nr 3 SGB V). Der Gesetzgeber will mit Hilfe des Instruments des Fachkundenachweises sicherstellen, dass auch der nach Übergangsrecht approbierte Psychotherapeut in der Lage ist, die Versicherten in einem in der GKV zugelassenen Behandlungsverfahren unter Beachtung des Gebots der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu behandeln. Der Fachkundenachweis soll vor allem auch eine ausreichende Strukturqualität belegen. Zu diesem Zweck hat der Gesetzgeber auf die bereits vorhandenen Regelungen zur Gewährleistung der Strukturqualität in den Psychotherapie-Richtlinien des für diese Fragen als besonders sachnah und kompetent angesehenen Bundesausschusses verwiesen (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 31.08.2005, Rn. 16 f, zitiert nach www.bundessozialgericht.de unter Bezugnahme auf den Gesetzentwurf zum PsychThG in BT-Drucks 13/8035, zu Art 2 Nr 11 <§ 95c SGB V>, S 22, sowie den Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks 13/9212, zu Art 2 Nr 11, S 41). Daraus ist zu schließen, dass auch der Gesetzgeber mit Blick auf die normative Verknüpfung zwischen den Voraussetzungen zur Erlangung der Approbation und der Fachkundenachweisregelung in § 95c SGB V davon ausgegangen ist, dass die in den Psychotherapie-Richtlinien vom 03.07.1987 „anerkannten“ Verfahren als für die Krankenbehandlung geeignet angesehen werden können.

Danach ist die Grundlage für die jetzt von dritter Seite monierte Ungleichbehandlung durch den Gesetzgeber selbst geschaffen worden. Entgegen der Forderungen der Vertreter der Gesprächspsychotherapie ist die noch im Referentenentwurf¹⁰ vorgesehene Aufnahme der Gesprächspsychotherapie abgelehnt worden.

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass für die sog. Richtlinienverfahren im Rahmen einer Bewertung der Gesprächspsychotherapie nach § 135 Abs.1 SGB V unterstellt werden darf, dass sie den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten entsprechen, ohne dass diese Prämisse einen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz begründet.

Im Hinblick auf eine mögliche Ungleichbehandlung bei der Prüfung der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu anerkannten Richtlinienverfahren ist schließlich darauf hinzuweisen, dass die Gesprächspsychotherapie schon zweimal abschließend geprüft worden ist. Bei der Prüfung im Jahr 1987 wurde die Gesprächspsychotherapie laut Sitzung des BA am 03.07.1987 abgelehnt, mitgeteilt im Schreiben vom 22.12.1987 an ÄGG und GwG. Die Verhaltenstherapie wurde 1987 gleichzeitig und zu gleichen Bedingungen geprüft und anerkannt. Eine weitere Prüfung der Gesprächspsychotherapie wurde in der Sitzung des damaligen Arbeitsausschusses Psychotherapie am 23.10.1997 abgeschlossen und der GwG die begründete Nichtanerkennung mit Schreiben vom 24.11.1997 mitgeteilt.

¹⁰ In dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Jugend, Frauen und Gesundheit von 1978 sind in § 5 Abs. 2 genannt „die Gesprächspsychotherapie, die Verhaltenstherapie, die Individualpsychologische Psychotherapie und die Psychoanalytische Psychotherapie“ (vgl. Entwurf des PsychThG, Stand 12.07.1978).

F. Zum Problem der Komorbidität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – insbesondere bei Depressionen

Sehr viele Patienten mit depressiven Störungen leiden zusätzlich an verschiedenen komorbiden Erkrankungen. Dieser Befund zeigt sich sowohl in aktuellen Studien¹¹ als auch in epidemiologischen Untersuchungen aus zurückliegenden Prävalenzperioden¹². Gastpar¹³ geht nach einer Auswertung verschiedener epidemiologischer Studien von einer Komorbiditätsrate von etwa 50 % aus, Hautzinger und Bronisch¹⁴ gehen von einer Komorbiditätsrate von 75 bis 90 % aus. Insbesondere sind hier Angst- und Panikerkrankungen, Zwangsstörungen, Schmerzstörungen, somatoforme Störungen sowie Ess-Störungen, Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen zu nennen.

Die komorbiden psychischen Störungen können auch erst während der Therapie deutlich werden und sind dann nicht in der Eingangsdagnostik oder während der probatorischen Sitzungen und daher auch nicht durch eine vorgeschaltete Zuweisungsinstanz zu entdecken. Daraus abgeleitet bestünde für den Patienten die Gefahr, dass bei initialer Therapie mit einem Verfahren mit eingeschränktem Indikationsspektrum durch später deutlich werdende komorbide Störungen und einem damit notwendig werdenden Therapeutenwechsel der Krankheitsverlauf negativ beeinflusst und der Leidensweg des Patienten unnötig verlängert würde.

Auch eine gleichzeitige Behandlung durch verschiedene Therapeuten mittels verschiedener Psychotherapieverfahren ist fachlich nicht vertretbar. Weiterhin besteht auf Seiten des Patienten ein begründetes Interesse, von *einem* Therapeuten behandelt zu werden, der ein Verfahren beherrscht, das ihn in einem angemessenen Zeitraum ein sachgerechtes Behandlungsangebot erwarten lässt. Auch sollte dem Patienten eine bei einem Therapeutenwechsel möglicherweise erneut entstehende Wartezeit erspart werden.

G. Notwendigkeit im Kontext des ambulanten Versorgungssektors

Bei der sektorenübergreifenden Prüfung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie wurde bei der systematischen Literaturrecherche eine Studie für die Indikation Depression gefunden, die eine Gleichwertigkeit der Gesprächspsychotherapie zur Verhaltenstherapie unter den Bedingungen des britischen Versorgungssystems zeigt (King, Sibbald, Ward et al. 2000).

Für alle anderen krankheitswertigen Störungen liegen keine ausreichend belastbaren Studien vor, die eine mindestens gleichwertige Wirksamkeit bzw. mindestens gleichwertigen Nutzen der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu bereits zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Verfahren zeigen (vgl. § 135 Abs. 1 SGB V).

¹¹ Jacobi F, Wittchen HU, Hofler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34(4): 597-611

Jacobi F, Klose M, Wittchen HU (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47:736-744

Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winer S, Schmidtkunz B (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61: Sonderheft 2: 216-222

¹² Schepank H (1987): *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York

¹³ Gastpar, M (2006): Depression und Komorbidität. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld, F.-W. Schwartz (Hg.): *Volkskrankheit Depression? Springer, Berlin: 277-286.*

¹⁴ Hautzinger M, Bronisch, Th (2000): Symptomatik Diagnostik und Epidemiologie der Depression. In: N. Hoffmann u. H. Schauenburg (Hg.): *Psychotherapie der Depression*. Thieme, Stuttgart, New York: 1-13.

Diese bereits zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Verfahren werden bei der Behandlung aller krankheitswertigen Störungen der in Abschnitt D der Psychotherapie-Richtlinien aufgeführten Anwendungsbereiche eingesetzt. Die Gesprächspsychotherapie hat jedoch aufgrund der Studienlage nur Hinweise für ihren Nutzen bei depressiven Störungen als Teil des Anwendungsbereiches Affektive Störungen der Psychotherapie-Richtlinien erbracht.

In allen anderen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinien wurde aufgrund der Studienlage kein Hinweis für einen Nutzen der Gesprächspsychotherapie erbracht.

Damit ist im Vergleich zu den bisher nach den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren eine medizinische Notwendigkeit zur Einführung der Gesprächspsychotherapie, die einen Hinweis auf ihren Nutzen lediglich für den Anwendungsbereich der depressiven Störungen erbracht hat, in den deutschen Versorgungskontext nicht gegeben, da die Versorgung der Patienten mit diesen Störungen – einschließlich häufig hierbei ggf. bestehender komorbider Störungen (s.o.) – durch die bisher in den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren gewährleistet ist.

Auch der denkbare Fall, dass ein Psychotherapieverfahren in einem umschriebenen Indikationsspektrum den in der Versorgung befindlichen Verfahren überlegen ist, ohne einen breiten Indikationsbereich abzudecken, trifft auf die Gesprächspsychotherapie nicht zu, da aufgrund der Auswertung der Studien lediglich eine Gleichwertigkeit zu einer kurzen Verhaltenstherapie für den Indikationsbereich Depression belegt ist.

Bei einer Anerkennung der Gesprächspsychotherapie wäre für alle Indikationen, für die keine Wirksamkeit bzw. Gleichwertigkeit zu den anerkannten Richtlinienvorgängen festgestellt wurde, eine Unter- oder Fehlversorgung die mögliche Folge. Genauso wie ärztliche Therapien hat auch die Psychotherapie relevante Risiken, die bis hin zum Suizid gehen können. Aufgrund der bisher nicht nachgewiesenen Wirksamkeit bzw. Gleichwertigkeit mit den anerkannten Richtlinienvorgängen steht diesem möglichen Risiko kein ausreichend belegter Nutzen gegenüber.

Auch eine indikationsspezifische Abrechnungserlaubnis könnte keine geeignete Alternative darstellen, da wie in Kapitel F dargestellt, das Problem der Komorbiditäten besteht.

Eine Fehlallokation und somit mögliche Unter- oder Fehlversorgung ließe sich auch durch Schaffung einer primären Zuweisungsinstanz zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung, die zum Beispiel analog dem Primärarztmodell oder analog dem früheren Delegationsverfahren gestaltet werden könnte, nicht verhindern. Für Patienten besteht u.a. ein möglicher Schaden durch notwendige Therapeutenwechsel mit damit verbundenen möglichen erneuten Wartezeiten, einer Verzögerung bis zum Beginn einer effektiven Therapie, erneuten probatorischen Sitzungen und der erneuten Notwendigkeit, ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten aufzubauen. Eine indikationsbezogene Zulassung von Psychotherapieverfahren wird sowohl von den Fachgesellschaften als auch von Bundesärztekammer¹⁵ und Bundespsychotherapeutenkammer¹⁶ abgelehnt.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat dies in Ihrer Stellungnahme im Rahmen der Anhörung zu den am 20.06.2006 von Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien-Änderungen, die mit Schreiben des BMG vom 15.08.2006 teilweise beanstandet wurden, verdeutlicht. Hier heißt es auf Seite 20, 2. Absatz: „Die BPtK teilt den vom Unterausschuss Psychotherapie formulierten Grundsatz, die Versorgungsrelevanz eines Verfahrens als zentrales Kriterium für die Art der Integration als Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinien heranzuziehen.“ Weiter wird dann auf Seite 21, 2. Absatz der Stellungnahme ausgeführt. „Wenn die psychotherapeutische Versorgungsrelevanz von Anwendungsbereichen der Psychotherapie als ein zentrales Kriterium für die Zulassung von

¹⁵ Stellungnahme BÄK vom 31.10.2006, S.13

¹⁶ Stellungnahme BPtK vom 30.10.2006, S. 16

neuen psychotherapeutischen Verfahren für die gesamte Breite der Anwendungsbereiche herangezogen wird, müssen Wirksamkeitsbelege zu Verfahren insbesondere für Anwendungsbereiche mit der höchsten Versorgungsrelevanz vorliegen.“

Auf Seite 25 Nr. 2 der Stellungnahme konstatiert die Bundespsychotherapeutenkammer schließlich: „Um eine ausreichende Qualität in der Versorgung sicher zu stellen, sollten Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens vorrangig für die in der psychotherapeutischen Versorgung relevantesten Anwendungsbereiche belegt sein.“

Diese Zitate belegen nachdrücklich, dass eine rein indikationsbezogene Zulassung eines Verfahrens auch seitens der Bundespsychotherapeutenkammer eindeutig nicht befürwortet wird.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Kriterium Notwendigkeit im Kontext des ambulanten Versorgungssektors von der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen nicht erfüllt wird.

H. Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im ambulanten Versorgungssektor

Sofern festgestellt wurde, dass die medizinische Notwendigkeit im ambulanten Versorgungskontext zur Einführung eines neuen Verfahrens nicht gesehen wird, ist dessen Prüfung auf Wirtschaftlichkeit nach der Verfahrensordnung nicht mehr notwendig. Unter der Prämisse der vom BMG im Schreiben vom 15.08.2006 formulierten Erwägungen zur lediglich indikationsspezifischen Zulassung bzw. Abrechnungsgenehmigung als Verfahren der Gesprächspsychotherapie, begrenzt auf den Bereich der depressiven Störungen, soll dennoch hierzu Stellung genommen werden. Dabei beziehen sich die folgenden Aussagen lediglich auf diese Prämisse und nicht auf das Denkmodell einer Zulassung der Gesprächspsychotherapie als Methode im Rahmen bereits anerkannter Richtlinien-Verfahren.

In der o.g. Studie (King, Sibbald, Ward et al., 2000) wurden zusätzlich zur Messung der Therapieeffekte direkte und indirekte Kosten (Ressourcenverbrauch, verlorene Produktivität, etc.) der 197 auf drei Behandlungsarme randomisierten Patienten zu den Zeitpunkten 4 Monate und 12 Monate nach Studienbeginn erfasst. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Autoren fassen auf Seite 37 f als Ergebnis ihrer ökonomischen Analyse zusammen: Es gibt keine Unterschiede hinsichtlich der Kosten zwischen den Therapiebedingungen Hausarztbehandlung, Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Wegen des besseren klinischen Outcomes der psychotherapeutischen Interventionen Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie gegenüber Hausarztbehandlung nach 4 Monaten sind die beiden ersteren relativ kosteneffektiver als letztere. Nach 12 Monaten gibt es keinen Unterschied im klinischen Outcome, so dass auf lange Sicht keine der Behandlungen als vergleichsweise kosteneffektiver bezeichnet werden kann. Die ökonomische Analyse ist jedoch unter den Bedingungen des britischen Gesundheitssystem durchgeführt worden und ist nicht auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Studien zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im deutschen Versorgungskontext liegen nicht vor.

Folgende Argumente sprechen allerdings dafür, dass eine indikationsspezifische Zulassung bzw. Abrechnungsgenehmigung für Gesprächspsychotherapie als Verfahren bezogen auf den Bereich der depressiven Störungen selbst dann unwirtschaftlich wäre, wenn eine Zulassung des Verfahrens auf der Basis des Nutzenbelegs für nur eine einzige Indikation ermöglicht würde:

Bei einer indikationsspezifischen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie würden ggf. Überweisungen zu anderen Therapeuten bzw. Mitbehandlungen von Komorbiditäten

erforderlich. Entsprechende Doppel- bzw. Mehrfachbehandlungen sind jedoch keinesfalls im Interesse der Patienten, bedeuten mehr Behandlungskosten und sind somit unwirtschaftlich.

Weiterhin ergäbe sich ein zusätzlicher Abstimmungsbedarf zwischen den beteiligten Therapeuten, der ebenfalls zur Kostensteigerung der Behandlungen führen und zudem zusätzlich wertvolle zeitliche Ressourcen der Therapeuten binden würde.

In den eingereichten Unterlagen bzw. Stellungnahmen wurden für die Gesprächspsychotherapie Behandlungskontingente analog dem Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie von Höchstgrenzen bis 100 bzw. 80 Stunden genannt. Danach würden bei einer indikationsspezifischen Anerkennung diese Kontingente allein für den Bereich der depressiven Störungen beansprucht, wobei häufig vorhandene komorbide Störungen im weiteren Verlauf mit zusätzlichen Kontingenten im Rahmen eines anderen Richtlinien-Verfahrens behandelt werden müssten, mit der Folge zusätzlich medizinisch notwendiger Behandlungskontingente. Im Rahmen der auf der Basis der Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren können diese komorbiden Störungen in einem Gesamtbehandlungsplan ohne zusätzliche Kontingente bzw. Therapeuten berücksichtigt und therapiert werden. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist eine indikationsspezifische Anerkennung der Gesprächspsychotherapie unwirtschaftlich.

Gleiches gilt auch für die Überlegung der Schaffung einer Zuweisungsinstanz zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung in den Richtlinien, die zu erheblichen Mehrkosten führen würde, ohne dass – wie in Kapitel F beschrieben – ein fachlicher Nutzen besteht. Darüber hinaus könnte sie an der oben angesprochenen Problematik der Doppelbehandlungen nichts ändern. Dies würde sowohl für eine analog dem Primärarztmodell gestaltete Regelung als auch für eine solche, die analog dem früheren Delegationsverfahren geschaffen würde, gelten. Die letztere Regelung gab es schon in den bis zum 31.12.1998 gültigen Psychotherapie-Richtlinien im Abschnitt G 2., in dem das Delegationsverfahren geregelt war, wobei der damalige Delegationsarzt entsprechende Zuweisungsinstanz für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war. Dabei war dies jedoch eine Hilfskonstruktion zur Einbeziehung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die psychotherapeutische Behandlung, da sie erst zum Inkrafttreten des Psychotherapeuten-Gesetzes am 01.01.1999 eigenverantwortlich heilberuflich tätig werden konnten. Die erneute Schaffung einer Zuweisungsinstanz wäre mit der Kompetenz zur eigenverantwortlichen Indikationsstellung für Psychotherapie nicht vereinbar. Zudem wird auf die Aussagen zu den häufig erst im Verlauf einer Therapie erkennbaren Komorbiditäten in Abschnitt F verwiesen.

Weiterhin müsste analog zu den bisher anerkannten Verfahren für die Erbringung der Gesprächspsychotherapie eine eigenständige Begutachtung erfolgen, die sich allerdings lediglich auf die Teilindikation der depressiven Störungen beziehen könnte. Bei ggf. festgestellten Komorbiditäten würden weitere Begutachtungen in anderen Verfahren notwendig, was weitere zusätzliche Kosten bedeuten würde, da ansonsten das Gutachten für einen entsprechenden Gesamtbehandlungsplan in einem schon anerkannten Verfahren einmalig erfolgen kann.

I. Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 8a SGB V

I. Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer drückt in ihrer Stellungnahme Zustimmung aus und unterstützt die wesentlichen Argumente, die zu dem Fazit führten, die Gesprächspsychotherapie weiterhin in Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinien als Verfahren zu führen, das die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien nicht erfüllt. Folgende Punkte werden dabei betont:

- 1) Die Bundesärztekammer unterstützt die Ausführungen, dass aus den theoretischen Grundlagen der Gesprächspsychotherapie nicht eindeutig ersichtlich sei, inwiefern es sich bei der Gesprächspsychotherapie um ein Verfahren der Krankenbehandlung im Sinne des Abschnitts A3. der Psychotherapie-Richtlinien handelt.
- 2) Die Bundesärztekammer unterstreicht, dass von der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode bei Erwachsenen nicht automatisch auf dessen Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen geschlossen werden könne.
- 3) Die Bundesärztekammer betont, dass sie keinen grundsätzlichen Widerspruch zwischen den Gutachten des WBP und dem Stellungnahmeentwurf des G-BA zur Gesprächspsychotherapie sieht. Die Bewertungsperspektiven des WBP einerseits und des G-BA andererseits seien nicht vergleichbar. Es gebe viele Beispiele dafür, dass berufsrechtlich oder z.B. arzneimittelrechtlich zugelassene Therapieverfahren nicht zu Lasten der GKV erbracht werden können. Der G-BA sei verpflichtet, eine eigenständige Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren durchzuführen. Sie verweist in diesem Zusammenhang auch auf ein BSG-Urteil vom 31.08.2005.
- 4) Die Bundesärztekammer begrüßt, dass sich der G-BA bei der Bewertung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie dem methodischen Paradigma der Evidence Based Medicine verpflichtet fühle und nicht nur prospektive randomisierte kontrollierte Vergleichsstudien (Evidenzstufe Ib) auswähle, sondern auch alle anderen Evidenzstufen berücksichtige habe.

Die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Ergänzung der Beschlussvorlage in Kapitel 6 der Stellungnahme werden aufgegriffen. Sämtliche Ergänzungsvorschläge werden durch die Veröffentlichung des Berichts zur Nutzenbewertung zusammen mit den vorliegenden Tragenden Gründen abgedeckt.

Der Empfehlung der Bundesärztekammer an den G-BA, ein Modellvorhaben zur Fragestellung Komorbidität und Therapieergebnis in Auftrag zu geben, kann nicht entsprochen werden, weil der G-BA für die Vereinbarung von Modellvorhaben gem. §§ 63 ff kein Regelungskompetenz besitzt.

II. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer

Die Bundespsychotherapeutenkammer kritisiert in ihrer Stellungnahme den Stellungnahmeentwurf zur Gesprächspsychotherapie und spricht sich dafür aus, die Gesprächspsychotherapie in die GKV-Versorgung einzubeziehen.

Sie kritisiert, dass der Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen den Heilberufskammern trotz vorheriger Anfragen an den Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zur Verfügung gestellt wurde.

Diese Kritik kann nicht nachvollzogen werden. Die Abschlussberichte werden in der Regel den anhörungsberechtigten Verbänden nicht zur Verfügung gestellt. Ein Abweichen von dem üblichen Vorgehen wäre auf Antrag möglich gewesen, eine solche Anfrage liegt dem G-BA jedoch nicht vor.

Operationalisierung des Beratungsgegenstandes

Die Bundespsychotherapeutenkammer führt aus, die Argumentation des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses für den Ausschluss der Studien von Sachse und Kollegen aus der Bewertung sei nicht überzeugend und führe zu einer nicht sachgemäßen Einengung der Bewertungsgrundlage zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie mit entsprechenden Konsequenzen für das Bewertungsergebnis.

Die in der Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer als methodische Weiterentwicklungen aufgeführten erlebnisaktivierenden Methoden, wie z.B. Focusing, wurden berücksichtigt, soweit sie in Studien zur Gesprächspsychotherapie zur Anwendung kamen.

Sowohl die Veröffentlichung über Fallserien, eine stationäre Interventionsstudie als auch der narrative Review von Speierer wurden von der Themengruppe ausgewertet. Keine der Publikationen war geeignet, die Frage nach dem Nutzen der Gesprächspsychotherapie im ambulanten Bereich zu beantworten.

Auch konnte sich die Themengruppe in Bezug auf die „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“ (auch „Klärungsorientierte Psychotherapie“, KOP) nicht über die persönliche Mitteilung von Herrn Sachse, 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, hinwegsetzen. Zumal diese Auffassung auch in einem aktuellen Lehrbuch zur Gesprächspsychotherapie geteilt wird: „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“¹⁷. Der Vorwurf der BPTK, die persönliche Mitteilung von Prof. Sachse sei gekürzt und damit verzerrt dargestellt worden, wird entschieden zurückgewiesen. 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. Bei diesen Aussagen erfolgte keine Eingrenzung auf die Ausbildung der GwG.

Die aus einer Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie entstandenen Therapieverfahren PET und EFT können aus prinzipiellen Erwägungen nicht dem Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie im Sinne einer Verfahrensdefinition gemäß Abschnitt A Absätze 3, 4, 6 Psychotherapie-Richtlinien zugerechnet werden (siehe C I.)

Eine Einengung der Bewertungsgrundlage zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie ist daher durch den Ausschluss dieser Therapieformen nicht erfolgt.

¹⁷ Biermann-Ratjen E.-M. (2006): Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In Eckert J, Biermann-Ratjen E.-M., Hoeger D. Gesprächspsychotherapie (Hrg.) – Lehrbuch für die Praxis. S.106. New York, Stuttgart: Springer

Dem Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen ist zu entnehmen, dass in folgenden Indikationsbereichen Studien zu PET bzw. EFT vorlagen:

1) Affektive Störungen

Für die Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie („process experiential therapy“) konnten drei Wirksamkeitsstudien identifiziert werden.

Zwei Studien (Beutler, 1981; Elliot 1990) sind wegen der geringen Fallzahl in ihren Aussagen wenig belastbar. Die Studie von Watson, Gordon et al. (2003) weist positive Effekte durch PET bei der Behandlung von Depression nach. Die Studie beantwortet die Frage nach Stabilität der Effekte nicht. Diese Studie ist der Evidenzstufe 2 zugeordnet.

2) Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen

Für die emotion focused therapy wurde eine methodisch sorgfältige Studie identifiziert (Shear, 2001). Die Studie zeigt, dass emotion focused therapy bei der Behandlung von Panikstörungen kaum wirksam bzw. der kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen ist.

3) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Für die emotion focused therapy wurde eine methodisch sorgfältige Studie identifiziert (Paivio, 2001). Die Studie zeigt, dass emotion focused therapy (EFT) bei der Behandlung einer diagnostisch homogenen Gruppe mit Kindesmissbrauch in der Vorgeschichte (keine Multimorbidität) wirksam ist. Das Vorgehen ist laut Autoren wahrscheinlich weniger für Patienten mit multiplen und dauerhaften Problemen geeignet, es stellt sich also die Frage der externen Validität der Studie.

4) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Die eine Studie, die Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie („process experiential therapy“) untersucht (Mulder, 1994), lässt aufgrund schwerwiegender Mängel im Studiendesign keine belastbare Aussagen zu deren Wirksamkeit und Nutzen in dieser diagnostischen Gruppe zu.

Aus dieser Darstellung lässt sich folgern, dass auch dann, wenn die Studien, die als Intervention PET oder EFT untersuchen, für die Bewertung der Wirksamkeit und des Nutzens der Gesprächspsychotherapie herangezogen würden, dies zu keinem anderen Ergebnis als dem in Abschnitt J dargestellten Fazit geführt hätte.

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.

Exemplarische Darstellung von Studien zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie

Die Bundespsychotherapeutenkammer teilt zunächst die Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie, dass Studien ohne Kontrollbedingung aus dem stationären Bereich, bei denen die Psychotherapie als ein Baustein im Rahmen eines komplexen stationären Behandlungskonzeptes durchgeführt wurde, nicht geeignet sind, die Wirksamkeit und den Nutzen einer Methode nachzuweisen. Sie beschreibt dann aber ihre Einschätzung von ausgewählten Studien, die sie irrtümlicherweise als vom Bewertungsverfahren „ausgeschlossen“ klassifiziert, obwohl sie im Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen eingeschlossen sind:

- a) Studie von Watson et al. (2003)
- b) Studie von Paivio & Nieuwenhuis (2001)
- c) Studie von Meyer, A.E. et al (1981; 1988)

zu a)

Auch nach nochmaliger Prüfung ergeben sich keine Änderungen zu der bereits im Nutzenbericht dargelegten Bewertung der Studie. Die Studie konnte nicht berücksichtigt werden.

Nach eingehender Literaturrecherche und intensiver Diskussion, kam die Themengruppe zu dem Ergebnis, dass es sich bei der hier untersuchten „Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie“ (process experiential therapy; PET) 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 stellte die Themengruppe fest, dass die aus einer Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie entstandenen Therapieverfahren PET und EFT aus prinzipiellen Erwägungen nicht dem Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie im Sinne einer Verfahrensdefinition gemäß Abschnitt A Absätze 3, 4, 6 Psychotherapie-Richtlinien zugerechnet werden können (siehe C I.) und daher Studien, die dieses Verfahren untersuchen, nicht als

Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie, wie sie in Deutschland Anwendung findet, gewertet werden können.

zu b)

Der Therapieansatz der EFT, der auch von L. Greenberg entwickelt wurde, wird ebenso wie die PET den erlebniszentrierten Therapieformen zugeordnet. Die EFT fokussiert direktiv auf die emotionalen Erfahrungen des Patienten. Der entscheidende Unterschied zur klassischen Gesprächspsychotherapie besteht sowohl bei der EFT als auch bei der PET darin, dass das Prinzip der Nichtdirektivität zugunsten eines aktiv lenkenden Therapeutenverhaltens aufgegeben wurde. Insoweit stellte die Themengruppe wie unter a) dargestellt fest, dass Studien, die diesen Therapieansatz untersuchen, nicht als Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie, wie sie in Deutschland Anwendung findet, gewertet werden können, da dieser entsprechend Abschnitt A Absätze 3, 4, 6 Psychotherapie-Richtlinien nicht dem Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie zugeordnet werden kann.

zu c)

Die Studie von Meyer 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 zum Zeitpunkt ihres Erscheinens 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.

- 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 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 Ergebnis, dass aus dieser Studie keine validen Belege für Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie auch im Vergleich zu anderen Therapieverfahren abzuleiten sind.

Berücksichtigung des „Body of Evidence“

Die Bundespsychotherapeutenkammer äußert die Befürchtung, dass im Bewertungsverfahren entgegen dem von der Verfahrensordnung vorgegebenen Rahmen ausschließlich Studien der Evidenzstufe Ib berücksichtigt wurden.

Wie unter D I. dargestellt, wurden in den Beratungsprozess sowohl Primärstudien als auch Meta-Analysen aufgenommen. Dabei wurden nicht nur Studien mit den klassischen Kontrollverfahren ausgewählt, zu denen in erster Linie die zufällige Zuordnung der Patienten in eine Therapie- bzw. eine Kontrollgruppe zu rechnen ist (Evidenzstufe Ib, vgl. § 18 Abs. 3 VerfO), sondern auch alle anderen Evidenzstufen wurden berücksichtigt. Im Bericht zur Nutzenbewertung zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen ist übersichtlich und leicht nachvollziehbar dargestellt, dass im Bewertungsverfahren Studien aller Evidenzstufen berücksichtigt wurden.

Sozialrechtliche Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren im Kontext des ambulanten Versorgungssektors

Die Bundespsychotherapeutenkammer teilt die Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie, dass das Konzept einer indikationsbezogenen Abrechnungsgenehmigung für ein psychotherapeutisches Verfahren mit eingeschränktem Indikationsspektrum erhebliche Probleme aufwirft. Sie bestätigt den Unterausschuss in seiner Einschätzung, dass die Komorbidität psychischer Störungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eine häufige Problemkonstellation darstelle. Sie betont in diesem Zusammenhang, dass eine Aufspaltung der psychotherapeutischen Behandlung weder im Interesse des Patienten sei noch eine effiziente Strukturierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gewähre.

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlussfolgert allerdings für den vorliegenden Fall des Wirksamkeitsnachweises zur Gesprächspsychotherapie bei depressiven Störungen, dass es keinen Anhaltspunkt gebe, der die Forderung nach einer Überweisung im Falle des Vorliegens einer komorbiden Störung nachvollziehbar machen könne. Dementsprechend wird den Ausführungen zur Wirtschaftlichkeit, die sich u.a. auf das Denkmodell einer indikationsbezogenen Abrechnungsgenehmigung bzw. Überweisungsnotwendigkeit beziehen, von der Bundespsychotherapeutenkammer widersprochen. Ihr Kernargument formuliert die Bundespsychotherapeutenkammer wie folgt: „Je nach Restriktivität der Ein- und Ausschlusskriterien in den Studien ist die Generalisierung auf die Wirksamkeit eines Verfahrens bei Vorliegen weiterer komorbider psychischer Störungen zusätzlich zu der Erkrankung, welche die geprüfte Indikation darstellt, zulässig.“

Die Logik dieses Arguments erschließt sich dem G-BA nicht. Sie würde jede indikationsbezogene Wirksamkeitsprüfung ad absurdum führen. So ist es ohne entsprechendes Studiendesign post hoc weder möglich, Schlüsse zu ziehen, ob und welche Komorbiditäten vorlagen, noch wie und mit welchem Ergebnis diese behandelt wurden.

Rechtsgrundlagen der Prüfung im Kontext des ambulanten Versorgungssektors

Die Bundespsychotherapeutenkammer konstatiert, für die Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in die GKV würden ausschließlich die in Abschnitt B der geltenden Psychotherapie-Richtlinien definierten Kriterien B.I.3.1 bis 3.4 gelten und die Gesprächspsychotherapie erfülle alle Voraussetzungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien, um als neues Psychotherapieverfahren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden. Sie verweist dabei auf das Schreiben des BMG vom 15. August 2006, in dem dieses dem G-BA mitteilt, es gehe davon aus, dass die Prüfung der Gesprächspsychotherapie auf Grundlage der unveränderten Psychotherapie-Richtlinien abgeschlossen werden könne.

*Wie in Abschnitt E I. dargestellt, wäre bei einer Prüfung anhand der in B I.3 Psychotherapie-Richtlinien formulierten Kriterien ohne gesetzeskonforme Auslegung unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Nutzenbewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren gemäß § 91 Abs.3 Satz 1 Nr.1 SGB V iVm §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 VerfO der Schluss zu ziehen, dass die Gesprächspsychotherapie nach wie vor die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien **nicht** erfüllt.*

Soweit die BptK die Auffassung vertritt, dass die Bewertungskriterien in B I 3.3 mit höherrangigem Recht nicht Einklang stehen, lässt sich aus dem von ihr zitierten Urteil des BSG vom 17.9.1997, B 1 RK 28/95, BSGE 81, 54 ff. für diese Rechtsauffassung nichts ableiten. In dieser Entscheidung setzt sich das BSG im Wesentlichen mit der Frage auseinander, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter die Behandlung mit einer neuen Behandlungsmethode beanspruchen kann, auch wenn der Bundesausschuss hierzu noch keine Empfehlung in den Richtlinien nach § 135 Abs.1 SGB V abgegeben hat. Dass der Bundesausschuss unter bestimmten Voraussetzungen aber befugt ist, im Rahmen einer vergleichenden Bewertung von Behandlungsmethoden und -verfahren auch Erwägungen zur

Überlegenheit des neuen Verfahrens gegenüber den konventionellen Verfahren anzustellen, hat das BSG in der in Abschnitt E I. zitierten Entscheidung bestätigt. Wie unter E II. ausgeführt worden ist, wurde allerdings von einer Überlegenheitsprüfung abgesehen, da die Verfahrensordnung lediglich eine Prüfung auf Gleichwertigkeit vorsieht.

Wissenschaftliche Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie und deren Verbreitung in der Praxis

Die Bundespsychotherapeutenkammer hebt darauf ab, dass das Bewertungsergebnis zur Gesprächspsychotherapie in einem scharfen Kontrast zu bisherigen Stellungnahmen, Gutachten und Positionen in der Wissenschaft und klinischer Praxis hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung von Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie und ihrer Verbreitung in der ambulanten und stationären Praxis stehe. Sie listet dazu folgende Stellungnahmen und Positionierungen von wissenschaftlichen Gremien, Fachgesellschaften und Institutionen auf:

- a) Psychiatrie-Enquête 1975
- b) Referentenentwurf BMJFG 1978
- c) Gesprächspsychotherapie in Forschung und Lehre
- d) Erklärung der Hochschullehrer 1998
- e) Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie 2002
- f) Beschlussfassungen der Psychotherapeutenkammern 2002 - 2006

Außerdem verweist sie darauf, dass Gesprächspsychotherapie seit Jahrzehnten sowohl ambulant als auch stationär in der Versorgung eingesetzt werde. Sie führt an, dass wegen der weiten Verbreitung der Gesprächspsychotherapie in der DDR Fachpsychologen der Medizin mit Schwerpunktausbildung in Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Übergangsregelungen des PsychThG approbiert und sozialrechtlich zugelassen wurden. Weiterhin verweist sie auf die Durchführung von Gesprächspsychotherapie im Rahmen der sog. TK-Regelung und der Empfehlungsvereinbarung des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV).

In diesem Zusammenhang ist klarzustellen, dass die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als solche im Rahmen der Übergangsregelungen zur Integration der in der DDR praktizierten Psychotherapieverfahren nicht gegeben war. Vielmehr bestand die Möglichkeit zur Nachqualifikation von Gesprächspsychotherapeuten in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Verhaltenstherapie. Auch die Durchführung von schon zu den Bedingungen der DDR begonnener Gesprächspsychotherapie konnte lediglich im Rahmen von Übergangsregelungen erfolgen, die keinesfalls mit einer spezifischen sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie verknüpft war.

Sowohl die sog. TK-Regelung als auch die Empfehlungsvereinbarung des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV) sind aufgrund von Klagen der KBV sowohl in erster als auch zweiter Instanz von den entsprechenden Sozialgerichten für rechtswidrig erklärt worden. Dabei wurde u.a. von den Sozialgerichten auch bemängelt, dass die Gesprächspsychotherapie zumindest in der DPTV-Vereinbarung explizit als Verfahren genannt wurde, obwohl es sich dabei nicht um ein nach den Psychotherapie-Richtlinien anerkanntes Verfahren handelte.

Die letztinstanzliche Entscheidung wurde lediglich aufgrund des inzwischen verabschiedeten Psychotherapeutengesetzes nicht mehr herbeigeführt, da durch das Gesetz jegliche vertraglichen Vereinbarungen zur Psychotherapie in der sog. Kostenerstattung obsolet wurden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Empfehlungen, Resolutionen und wissenschaftliche Stellungnahmen von Institutionen außerhalb der GKV eine dem Versorgungsstandard des SGB V (vgl. §§ 2, 12 SGB V) entsprechende Bewertung psychotherapeutischer Verfahren durch den G-BA nicht zu ersetzen vermögen bzw. den G-BA nicht in einer Weise binden können, dass er zum bloßen Nachvollzug dieser Erklärungen verpflichtet wäre. Denn ob

„eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und damit dem in § 2 Abs 1 Satz 3 SGB V geforderten Versorgungsstandard entspricht, soll nach Wortlaut und Konzeption des Gesetzes nicht von Fall zu Fall durch die Krankenkasse oder das Gericht, sondern für die gesamte ambulante Versorgung einheitlich durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als sachkundiges Gremium entschieden werden, um so eine an objektiven Maßstäben orientierte und gleichmäßige Praxis der Leistungsgewährung zu erreichen.“

BSG, Urteil vom 19.2.2003, B 1 KR 18/01 R, Rn.14 (zitiert nach www.bundessozialgericht.de)

Nicht einmal Gutachten des wissenschaftlichen Beirats nach § 11 PsychThG entfalten Tatbestandswirkung im Hinblick auf die Bewertung nach § 135 Abs.1 SGB V dergestalt, dass mit der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren in für den G-BA vorgreiflicher Weise auch bindende Feststellungen zur Wirksamkeit und Nutzen des Verfahrens nach § 135 Abs.1 SGB V getroffen würden. Insoweit hat das BSG zur Rechtsqualität der Gutachten nach § 11 PsychThG Folgendes festgestellt:

„Die Sprungrevision der Klägerin ist ohne Erfolg geblieben. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten für die von April 2003 bis November 2004 ambulant durchgeführte neuropsychologische Therapie nach § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V. Zum Teil hat sie schon nicht zunächst die Entscheidung der Beklagten abgewartet. **Abgesehen davon war die Therapie aber auch keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der "Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie" (§ 11 PsychThG), der die Wissenschaftlichkeit der Therapie im Jahr 2000 teilweise bejahte, hat nur berufsrechtliche Aufgaben, ohne den Leistungsumfang in der GKV verbindlich festzulegen.**“

BSG, Termin-Bericht Nr. 52/06 (zur Termin-Vorschau Nr. 52/06)

Vielmehr hat sich der G-BA nach der Rechtsprechung des BSG einen Überblick über den Meinungsstand in den einschlägigen psychotherapeutischen Fachkreisen zur Gesprächspsychotherapie zu verschaffen. Dem hat er gemäß der in Abschnitt D. III beschriebenen Weise Rechnung getragen, indem er die schriftlichen Stellungnahmen der geschäftspsychotherapeutischen Fachgesellschaften in seine Bewertung miteinbezogen und einen Experten aus diesen Fachkreisen an den Beratungen der Themengruppe bei der Bewertung des nach der Verfahrensordnung zu berücksichtigenden Erkenntnismaterials beteiligt hat.

Weiterhin lassen sich aus der weiten Verbreitung eines Verfahrens allein noch keine Rückschlüsse auf dessen Wirksamkeit und Nutzen ziehen. Auch ist daraus nicht ersichtlich inwieweit sich diese weite Verbreitung auf Krankenbehandlung oder auf die Beratung (counselling) bei nicht krankheitswertigen Störungen bezieht.

Nach der Rechtsprechung des BSG sind weder das Ausmaß der Verbreitung noch die statistisch nicht näher belegten positiven Erfahrungen einer Therapiemethode Kriterien, die der Bundesausschuss bei der Bewertung von neuen Behandlungsmethoden zu berücksichtigen hat. Vielmehr kommt es nach der Rechtsprechung des BSG auf die Verbreitung nur an, wenn eine rechtswidrige Untätigkeit zu bejahen bzw. zu unterstellen ist (BSGE 81, 54, 66 f = SozR 3-2500 § 135 Nr 4 S 22 f). Für die Bewertung im Anerkennungsverfahren nach § 135 Abs.1 SGB V kommt es hingegen darauf an, dass die Behandlung sich in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Fällen als erfolgreich erwiesen hat, was in der Regel durch wissenschaftlich einwandfrei geführte Statistiken belegt sein muss (vgl. BSG Urteil vom 19.02.2003, B 1 KR 16/00 R). Da es auf den Nachweis der generellen Wirksamkeit ankommt, kann die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht damit begründet werden, dass die Therapie im konkreten Einzelfall erfolgreich gewesen sei und es unter der Behandlung zu einer Besserung des Gesundheitszustandes gekommen sei (nochmals BSGE 76, 194, 198 f = SozR 3-2500 § 27 Nr 5 S 11 f). Für Heilverfahren, deren generelle Wirksamkeit statistisch nicht nachgewiesen ist, sind die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht leistungspflichtig (BSGE 76, 194, 199 = SozR 3-2500 § 27 Nr 5 S 12).

J. Fazit

Die Gesprächspsychotherapie erfüllt die Kriterien für eine Anerkennung als Richtlinienverfahren nach § 92 Abs. 6a iVm § 135 SGB V für die ambulante Behandlung nicht, da aufgrund der unter G und H genannten Gründe und nach Abwägung der Stellungnahmen unter I bei einem nur für den Anwendungsbereich depressive Störungen erbrachten Hinweis auf ihren Nutzen eine lediglich für diesen Anwendungsbereich erfolgende indikationsspezifische Anerkennung weder medizinisch notwendig noch wirtschaftlich ist.

K. Grundrechtsrelevanz der Entscheidung

Die Entscheidung, die Gesprächspsychotherapie nicht als zur Krankenbehandlung geeignetes psychotherapeutisches Behandlungsverfahren anzuerkennen, bedeutet für die betroffenen berufsrechtlich approbierten Leistungsanbieter eine Einschränkung ihrer Berufsausübung mit dem Charakter einer Berufswahlregelung, denn die Nichtanerkennung hat zur Folge, dass ein Leistungsanbieter, der seine Approbation über eine vertiefte Ausbildung in der Gesprächspsychotherapie erworben hat, mit diesem Verfahren nicht den für eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkundenachweis erbringen kann (vgl. § 95c SGB V).

Diese Rechtsfolge ist jedoch der nach § 92 Abs.6a Satz 1 SGB V zu treffenden Entscheidung über die Aufnahme neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien aufgrund ihrer normativen Verknüpfung mit der Fachkundenachweisregelung in § 95c SGB V immanent. Indem das Gesetz den Nachweis der Fachkunde als Voraussetzung für die Zulassung davon abhängig macht, dass der Psychotherapeut die vertiefte Ausbildung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs.6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat, wird die Ausgestaltung der inhaltlichen Anforderungen an den Fachkundenachweis, nämlich die Bestimmung eines zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahrens, der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss zugewiesen. Das bedeutet, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Entscheidung über die

Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien die Befugnis übertragen ist, die Voraussetzungen von Psychotherapeuten zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu konkretisieren. Damit wird die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs.6a SGB V zu treffende Entscheidung über die Geeignetheit psychotherapeutischer Verfahren insgesamt in den Rang einer Norm erhoben, die zu berufswahlnahen Entscheidungen berechtigt und auch mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar ist.

Zu der Vereinbarkeit der Fachkundenachweisregelung mit der in Art. 12 Abs.1 GG geschützten Berufsfreiheit, insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Verweises auf die Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, hat das BSG wie folgt Stellung genommen:

„Der Gesetzgeber will mit Hilfe des Instruments des Fachkundenachweises sicherstellen, dass (...) der (...) approbierte Psychotherapeut in der Lage ist, die Versicherten in einem in der GKV zugelassenen Behandlungsverfahren unter Beachtung des Gebots der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu behandeln. **Der Fachkundenachweis soll vor allem auch eine ausreichende Strukturqualität belegen. Zu diesem Zweck hat der Gesetzgeber auf die bereits vorhandenen Regelungen zur Gewährleistung der Strukturqualität in den Psychotherapie-Richtlinien des für diese Fragen als besonders sachnah und kompetent angesehenen Bundesausschusses verwiesen** (vgl. den Gesetzentwurf zum PsychThG in BT-Drucks 13/8035, zu Art 2 Nr 11 <§ 95c SGB V>, S 22, sowie den Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks 13/9212, zu Art 2 Nr 11, S 41). Der Fachkundenachweis dient damit ebenso wie die übrigen besonderen Qualitätsanforderungen in der GKV dem Ziel, einen effizienten Einsatz der durch Zwangsabgaben erhobenen Mittel zur Finanzierung der Krankenbehandlung eines Großteils der Bevölkerung sicherzustellen (vgl BVerfG <Kammer>, SozR 4-2500 § 135 Nr. 2 RdNr. 26). Er trägt damit letztlich als ein Element zur Sicherung der Stabilität und Finanzierbarkeit der GKV bei. **Dieser Gemeinwohlbelang von überragender Bedeutung** (BVerfGE 103, 172, 184 ff = SozR 3-5520 § 25 Nr. 4 S 27 ff; BVerfG <Kammer>, GesR 2005, 73, 74 f; BVerfG, GesR 2005, 501, 512) **rechtfertigt die berufswahlnahen Einschränkungen, welche für die betroffenen Psychotherapeuten mit den Qualifikationsanforderungen des Fachkundenachweises verbunden sind** (vgl BVerfG <Kammer>, NJW 2000, 1779).“

BSG, Urteil vom 31.8.2005, B 6 KA 68/04 R, zitiert nach www.bundessozialgericht.de, Rn.17

In seinem Schreiben vom 15.08.2006 teilt das BMG diese Rechtsauffassung, indem es feststellt:

„Grundsätzlich ist aus der berufsrechtlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens nicht zwingend dessen sozialrechtliche Anerkennung abzuleiten. Auch für andere Heilberufe gilt nach einschlägiger Rechtsprechung des BSG, dass nicht jede Leistung, zu der ein Leistungserbringer berufsrechtlich befähigt ist, auch automatisch zur Leistungserbringung im System des SGB V berechtigt. Eine andere Bewertung würde das Erfordernis des Fachkundenachweises in § 95c SGB V gegenüber der berufsrechtlichen Approbation leer laufen lassen. Dies kann aber vor allem im Hinblick auf die durch § 95c S. 2 SGB V gesetzlich zugestandenen besonderen Ausgestaltungsbefugnisse des G-BA für die Voraussetzungen des Fachkundenachweises nicht gewollt sein.“

Folglich ist der G-BA dazu berechtigt, eine eigenständige Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren durchzuführen. Auch wenn ein psychotherapeutisches Verfahren berufsrechtlich zur vertieften Ausbildung zugelassen ist und zur Approbation führt, kann ihm bei einer negativen Bewertung durch den G-BA die sozialrechtliche Anerkennung versagt werden. Die Nichtanerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist in einem solchen Fall mit einer Zulassungsbeschränkung für die entsprechenden Therapeuten verbunden, die aufgrund der Bedeutung des GKV-Systems faktisch einer berufswahlnahen Einschränkung gleichkommt.“

Nach alledem ist die Entscheidung, die Gesprächspsychotherapie nicht als geeignetes Verfahren anzuerkennen, auch im Hinblick auf die damit verbundenen Einschränkungen der grundrechtlich geschützten Berufsfreiheit der betroffenen Leistungsanbieter von der Ermächtigungsgrundlage in § 92 Abs.6a i.V.m. § 135 Abs.1 SGB V gedeckt.

Verhältnismäßigkeit der Entscheidung des G-BA

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Betrachtung wird deutlich, dass die Entscheidung des G-BA, die Gesprächspsychotherapie angesichts ihres beschränkten Wirksamkeitsnachweises nicht als zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren anzuerkennen, verhältnismäßig ist. Dabei steht außer Frage, dass aufgrund der Fachkundenachweisregelung in § 95c SGB V die Nichtanerkennung der Gesprächspsychotherapie approbierte Gesprächspsychotherapeuten in berufswahlnaher Weise in ihrer grundrechtlich geschützten Berufsausübungsfreiheit berührt. Im Hinblick auf die Ziel- und Zweckbestimmung sowohl des Fachkundenachweis als auch der der Bewertung des G-BA zugrunde liegenden Ermächtigungsgrundlage erweist sich die Entscheidung des G-BA jedoch als geeignet, erforderlich und verhältnismäßig im engeren Sinne.

Geeignetheit

Das Gebot der Geeignetheit verlangt, dass die Beeinträchtigung der Berufsfreiheit zur Erreichung des verfolgten Zweckes geeignet sein muss. Ein Mittel ist geeignet, wenn mit seiner Hilfe der gewünschte Erfolg gefördert werden kann.

Nach § 92 Abs.6a i.V.m. § 135 Abs.1 SGB V soll der G-BA neue psychotherapeutische Behandlungsverfahren daraufhin überprüfen, ob sie die Qualitätsanforderungen des SGB V erfüllen, um sicherzustellen, „dass die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht auf unwirksame oder unwirtschaftliche Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ausgedehnt wird.“(BSGE 81, 54, [57]).

Wie bereits ausführlich erläutert, vermag ein psychotherapeutisches Behandlungsverfahren, dessen Wirksamkeit und Nutzen lediglich für eine Indikation nachgewiesen ist, eine dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Versorgung der Versicherten nicht sicherzustellen. Die Entscheidung, die Gesprächspsychotherapie nicht als Richtlinienverfahren anzuerkennen, ist daher geeignet, das gesetzgeberische Ziel einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zu fördern.

Erforderlichkeit

Das Gebot der Erforderlichkeit verlangt, dass der Zweck nicht durch ein anderes Mittel erreicht werden kann, das den Betroffenen weniger belastet. Voraussetzung ist, dass das Alternativmittel gleich wirksam ist und nicht höhere Aufwendungen der öffentlichen Hand notwendig macht.

Zwar steht in Gestalt der indikationsbezogenen Zulassung der Gesprächspsychotherapie, beschränkt auf den positiven Wirksamkeits- und Nutznachweis für die Depression, ein für die betroffenen Gesprächspsychotherapeuten weniger eingriffsintensives Mittel zur Verfügung. Ob es jedoch in Hinblick auf die Erreichung des in Rede stehenden Zwecks der nach § 92 Abs.6a i.V.m. § 135 Abs.1 SGB V zu treffenden Entscheidung in gleicher Weise geeignet ist, eine wirtschaftliche Mittelverwendung zu gewährleisten, ist unter Berücksichtigung der Ausführungen unter Abschnitt F, G und H zu bezweifeln.

Zu nennen sind zunächst die grundsätzlichen psychotherapeutisch-fachlichen Bedenken, die auch von anderen Fachverbänden und der Bundespsychotherapeutenkammer gegen das Instrument einer indikationsbezogenen Zulassung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren ins Feld geführt werden (vgl. S.19). Ferner wird in Abschnitt H die Gefahr einer Fehlallokation mit einer daraus resultierenden Unter- und Fehlversorgung für die Indikationen beschrieben, für deren Behandlung eine Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie nicht festgestellt werden konnte. Für Patienten besteht u.a. ein möglicher Schaden durch notwendige Therapeutenwechsel mit damit verbundenen möglichen erneuten Wartezeiten, einer Verzögerung bis zum Beginn einer effektiven Therapie, erneuten probatorischen Sitzungen und der erneuten Notwendigkeit, ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten aufzubauen.

Schließlich ist im Hinblick auf die erforderlich werdenden Überweisungen zu anderen Therapeuten bzw. Mitbehandlungen von Komorbiditäten mit Doppel- bzw. Mehrfachbehandlungen zu rechnen, die zum einen nicht im Interesse der Patienten liegen, zum anderen aber auch mehr Behandlungskosten bedeuten und damit unwirtschaftlich sind.

Vor diesem Hintergrund kann eine indikationsbezogene Zulassung der Gesprächspsychotherapie nicht als ein wirksames Mittel angesehen werden, um eine ausreichende Strukturqualität in der ambulanten psychotherapeutischen sicherzustellen, die dem Zweck einer wirtschaftlichen Mittelverwendung dient.

Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne

Schließlich darf der Grundrechtseingriff nicht außer Verhältnis zu dem angestrebten Zweck stehen. Das Gewicht des verfolgten Zwecks muss umso größer sein, je tiefer in die Berufsfreiheit eingegriffen wird. Wie das BSG in seiner Entscheidung vom 31.8.2005, B 6 KA 68/04 R festgestellt hat, dienen die Qualitätsanforderungen des Fachkundenachweises ebenso wie die anderen übrigen besonderen Qualitätsanforderungen in der GKV dem Ziel, einen effizienten Einsatz der durch Zwangsabgaben erhobenen Mittel zur Finanzierung der Krankenbehandlung eines Großteils der Bevölkerung sicherzustellen. Der Fachkundenachweis trägt somit als ein Element zur Sicherung der Stabilität und Finanzierbarkeit der GKV bei. Dieser Gemeinwohlbelang von überragender Bedeutung rechtfertigt die berufswahlnahen Einschränkungen, welche für die betroffenen Psychotherapeuten mit dem den Qualifikationsanforderungen des Fachkundenachweises verbunden sind. Entsprechendes gilt somit auch für die Entscheidungen des G-BA, dem nach dem Gesetz die Aufgabe zugewiesen ist, in den Psychotherapie-Richtlinien die

Anforderungen an eine ausreichende Strukturqualität für den Nachweis der Fachkunde festzulegen.

Siegburg, den 21. November 2006

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess