



Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Besuchsadresse:
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Ihr Ansprechpartner:
Dr. jur. Rainer Hess

Telefon:
02241-9388-33
02241-9388-46

Telefax:
02241-9388-35

E-Mail:
rainer.hess@g-ba.de

Bankverbindung:
Kreissparkasse Siegburg
BLZ 386 500 00
Konto 001 207 398

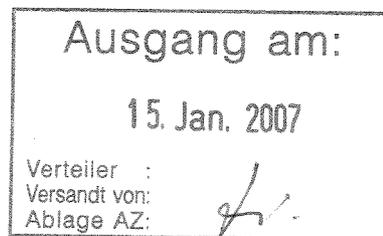
Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Dr. Hess

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg

Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Herrn Knieps
Leiter der Abteilung II
Postfach 17 02 08

53028 Bonn



12. Januar 2007

**Betreff: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien vom 20. Juni 2006
Gesprächstermin mit dem BMG vom 22. November 2006**

Sehr geehrter Herr Knieps,

um das Ergebnis von Abschlussberichten 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. Der G-BA hat sich daraufhin im schriftlichen Verfahren dafür ausgesprochen, beim Sozialgericht Köln gegen die Beanstandung Klage zu erheben. In einem anschließenden Gespräch mit Ihnen am 22. November 2006 wurde vereinbart, dass im Sinne einer ausführlicheren Begründung des Beschlusses des G-BA vom 20. Juni 2006 zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinien dem BMG Erläuterungen zu den im Folgenden dargestellten Punkten zugestellt werden, um die Möglichkeit einer außergerichtlichen Einigung zu prüfen.

Ausgangspunkt der nachfolgenden Ausführungen zur Sachgerechtigkeit und Rechtmäßigkeit der Einführung eines sog. Schwellenkriteriums für die Aufnahme neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren in den Leistungskatalog der GKV ist die Annahme, dass sowohl dem Verfahrensbegriff des Psychotherapeutengesetzes als auch demjenigen des SGB V das Verständnis eines für die psychotherapeutische Behandlung von Krankheiten ausreichend breiten Versorgungsansatzes zugrunde liegt.

Im Unterschied zum ärztlichen Berufsbild der somatischen Medizin, das maßgeblich von einer krankheitsbezogenen Anwendung unterschiedlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geprägt wird, die zu einem Fachgebiet gehören, besteht das Wesen heilkundlicher psychotherapeutischer Berufsausübung in der Anwendung eines (wissenschaftlich anerkannten) psychotherapeutischen Verfahrens bei verschiedenen psychischen Erkrankungen (vgl. § 1 Abs.3 PsychThG). Berufsrechtlich kommt das darin zum

Ausdruck, dass der Psychotherapeut die Berechtigung zur Berufsausübung, die Approbation, durch die vertiefte Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erhält. Mit dem Erwerb der Approbation ist der Psychotherapeut berufsrechtlich berechtigt, Patienten mit dem erlernten Verfahren umfassend zu behandeln und zwar in Hinblick auf alle Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.

Vor diesem Hintergrund fordert der Wissenschaftliche Beirat für die Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren, dass deren Wirksamkeit in einer ausreichenden Anzahl von Anwendungsbereichen der Psychotherapie nachgewiesen werden kann. Nach der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung steht diese Vorgehensweise mit dem Schutzzweck des Psychotherapeutengesetzes in Einklang, demzufolge nur solche Verfahren als ausreichend wissenschaftlich anerkannt gelten, deren Wirksamkeit nicht nur für einen Randbereich der Profession, sondern für wesentliche Anwendungsbereiche nachgewiesen ist:

„Es begegnet auch keinen rechtlichen Bedenken, dass der WBP bei seiner Beurteilung die wissenschaftliche Anerkennung des Verfahrens in einer ausreichenden Anzahl von Anwendungsbereichen der Psychotherapie fordert. Der vom Gesetz verwendete Begriff der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens ist nicht, wie die Klägerin meint, in dem Sinne unteilbar, dass er für alle Anwendungsbereiche nur einheitlich beurteilt werden könne. Der auf einen Randbereich psychotherapeutischer Tätigkeit beschränkte Nachweis der Wirksamkeit und die daraus folgende wissenschaftliche Anerkennung des Verfahrens insoweit lässt noch nicht darauf schließen, dass dieses für die vertiefte Ausbildung zuzulassen sei. Vielmehr hat der WBP an die Empfehlung dieser Zulassung zu Recht hohe Anforderungen gestellt. Die vertiefte Ausbildung stellt gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG, § 1 Abs. 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - KJPsychTh-APrV - einen besonderen Ausbildungsabschnitt dar. Wie die §§ 3 bis 5 und 17 Abs. 2 Nr. 5 KJPsychTh-APrV sowie Abschnitt B der Anlage 1 zu § 3 Abs. 1 KJPsychTh-APrV zeigen, sieht dieser Ausbildungsabschnitt eine besonders umfassende Ausbildung vor, in deren Rahmen vertiefte Spezialkenntnisse und eingehende Fertigkeiten in einem anerkannten psychotherapeutischen Verfahren vermittelt werden. Berücksichtigt man weiter den Zweck des PsychThG, das dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung dient, können nur solche Verfahren als ausreichend wissenschaftlich anerkannt gelten, deren Wirksamkeit nicht nur für einen Randbereich der Profession, sondern für wesentliche Anwendungsbereiche der Psychotherapie nachgewiesen ist.“

VG Köln, Urteil vom 10.11.2004, S 9 K 4647/02 (Gesprächspsychotherapie), Rn.34 der Veröffentlichung in juris

Daraus wird Folgendes deutlich:

1. Bereits das psychotherapeutische Berufs- und Ausbildungsrecht geht von dem Grundsatz eines ausreichend breiten Versorgungsansatzes psychotherapeutischer Verfahren in dem Sinne aus, dass für die wissenschaftliche Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens i.S.d. § 1 Abs.3 PsychThG der Nachweis der Wirksamkeit nicht nur für Randbereiche der Profession, sondern für wesentliche Anwendungsbereiche der Psychotherapie nachgewiesen ist.
2. Demzufolge stünde eine indikationsbezogene wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren sowohl mit dem Grundverständnis psychotherapeutischer Heilkunde als auch mit dem Schutzzweck des Psychotherapeutengesetzes nicht in Einklang.

Diese Grundsätze prägen das Selbstverständnis heilkundlicher psychotherapeutischer Berufsausübung mit Bindungswirkung auch für die Bewertung und Erbringung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren im Regelungskontext des SGB V. Dies ergibt sich bereits daraus, dass das SGB V keine Regelungen zum psychotherapeutischen Verfahrensbegriff enthält, die auf eine andere Betrachtungsweise schließen lassen könnten. Vielmehr ist aufgrund der Identität der Begrifflichkeiten anzunehmen, dass das SGB V im Einklang mit dem Psychotherapeutengesetz insoweit von den gleichen Grundsätzen ausgeht.

Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht daraus, dass der G-BA bei der Bewertung neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren nicht an die Begutachtung des wissenschaftlichen Beirats gebunden ist. Denn die Frage, ob psychotherapeutischen Verfahren i.S.d Psychotherapeutengesetzes ein ausreichend breites Versorgungsangebot zugrunde liegen muss, betrifft grundsätzliche Fragen des Selbstverständnisses heilkundlicher psychotherapeutischer Berufsausübung, die der Bewertung eines Verfahrens vorgelagert sind.

Das BSG hat in seiner bisherigen Rechtsprechung offen gelassen, ob es generell zulässig ist, bei der Aufnahme neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren darauf abzustellen, ob das Verfahren eine bestimmte Anzahl von Indikationen abdeckt, wenn das Verfahren selbst nicht den Anspruch eines umfassenden Versorgungsansatzes erhebt (vgl. BSG, Urteil vom 26.9.2006, B 1 KR 3/06, Rn.30). Es hat damit die Implementierung eines sog. Schwellenkriteriums aber auch nicht als grds. unzulässig verworfen. Wie weiter unten noch näher ausgeführt wird, tragen die vom G-BA entwickelten Regelungen zur Operationalisierung des Schwellenkriteriums und zur Zulassung von Verfahren, Methoden und Techniken auch solchen Interventionen Rechnung, die sich gemäß dem ihnen zugrunde liegenden Behandlungskonzept von vornherein auf die Behandlung ganz bestimmter Anwendungsbereiche konzentrieren.

A. Verfassungsrechtlich zulässige Eingriffstiefe der Regelung in B I. 3.2 PT-RL im Hinblick auf das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 GG)

Für die betroffenen berufsrechtlich approbierten Leistungsanbieter, bedeutet eine Prüfung des G-BA anhand der Regelung in B I. 3.2 PT-RL mit der denkbaren Folge, dass ein Psychotherapieverfahren nicht als zur Krankenbehandlung geeignetes psychotherapeutisches Behandlungsverfahren anerkannt wird, 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 dem entsprechenden Verfahren 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 berufswahlbaren 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 berufswahlbaren 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 sich aus dem Kriterium in B I. 3.2 PT-RL ergebende mögliche Entscheidung, ein Psychotherapieverfahren 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.

B. Prüfung von Psychotherapie-Verfahren zur Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV

I. Psychotherapeutische Verfahren sind einer systematischen und indikationsbezogenen Bewertung nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin zugänglich

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) und die psychotherapeutische Versorgung Teil der vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist.

In diesem Sinne hatte bereits der Rechtsvorgänger des G-BA, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der besonderen Zusammensetzung für Fragen der Psychotherapie, durch Beschluss vom 20.04.2004 die Gültigkeit der BUB-Richtlinien auch für den Bereich der Psychotherapie festgestellt.

II. Anwendungs- und Geltungsbereich der Verfahrensordnung erstreckt sich auch auf die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren

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 systematische Auswertung der wissenschaftlichen Literatur (HTA), die Auskunft über Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit des Beratungsgegenstandes gibt. In einem systematischen Review

werden die Ergebnisse aus Literaturrecherche und -bewertung indikationsbezogen (siehe § 17 (2) 1a Verfo) und ggf. indikationsübergreifend dargestellt, wobei sich die Indikationsgruppen i.d.R. an Kapitel F der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10) orientieren, die in Deutschland in der ambulanten und stationären Versorgung gesetzlich verbindlich vorgegeben ist.

Ergebnis einer solchen Prüfung könnte auch ein Nutznachweis lediglich für einen oder wenige Indikationsbereiche sein. Von Seiten des BMG wurde die Frage gestellt, ob nicht dementsprechend eine indikationsbezogene Zulassung als Psychotherapeut eine mögliche Konsequenz aus diesem Vorgehen wäre. Die nachstehenden Abschnitte legen dar, warum nach Auffassung des G-BA eine indikationsbezogene Zulassung als Psychotherapeut in der GKV keine Alternative zu dem vom G-BA gewählten Schwellenkriterium darstellt.

C. Indikationsbezogene bzw. indikationsübergreifende Zulassung

Im Folgenden werden die Argumente ausgeführt, welche aus Sicht des G-BA für die Notwendigkeit einer indikationsübergreifenden Zulassung von Psychotherapeuten in der GKV sprechen.

I. Patientenschutz

Ein Patient, der an einer psychischen oder psychosomatischen Krankheit leidet, muss darauf vertrauen dürfen, von einem Therapeuten diagnostiziert und behandelt zu werden, der über ein ausreichend breites Erfahrungsspektrum in der Behandlung dieser Erkrankungen verfügt. Dies ist notwendig, da der Patient in der Regel seine Diagnose nicht selbst stellen kann, sondern auf eine umfassende Diagnose- und Differentialdiagnosestellung durch einen entsprechend breit ausgebildeten Therapeuten angewiesen ist. Er kann sich somit auch nicht gezielt einen nur für seine Erkrankung zugelassenen Psychotherapeuten suchen, was bei einer indikationsbezogenen Zulassung notwendig wäre. Auch durch die Etablierung einer Zuweisungsinstanz ließe sich dieses Problem nicht patientengerecht lösen (siehe C II.).

Selbst wenn ein Therapeut sich auf eine bestimmte Methode zur Behandlung eines spezifischen Krankheitsbildes spezialisiert hat, muss er trotzdem über eine breite diagnostische und therapeutische Erfahrung verfügen, in welche die indikationsspezifische Spezialisierung gleichsam implementiert wird.

Eine solche Anforderung entspricht auch den Regelungen für die ärztliche Aus- und Weiterbildung. So muss ein hochspezialisierter Neuroradiologe, der interventionelle radiologische Verfahren anwendet wie zum Beispiel das Coiling von Aneurysmata der hirnversorgenden Gefäße, neben der Erlernung dieser spezifischen Methode ein Hochschulstudium der Humanmedizin, eine mindestens fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie und anschließend eine mindestens zweijährige Weiterbildung für den Schwerpunkt Neuroradiologie abgeschlossen haben. Somit kann ein Patient sicher sein, dass der Arzt, der ihn betreut, die Technik beherrscht, um das Aneurysma zu verschließen, daneben aber auch dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend breit ausgebildet ist: er beherrscht die bildgebende Diagnostik insgesamt und kann somit auch Zweitbefunde oder eine Differentialdiagnose erkennen und bewerten, er kann die Laborbefunde interpretieren und somit möglichen Komplikationen wie beispielsweise einer durch das Kontrastmittel ausgelösten Schilddrüsenüberfunktion vorbeugen; er kann mögliche Komplikationen wie zum Beispiel eine Kontrastmittelallergie beherrschen. Vergleichbares gilt z.B. auch für Internisten, die als Gastroenterologen, Kardiologen, Nephrologen, Onkologen, etc. spezialisierte Leistungen erbringen.

Auch die Psychotherapie beinhaltet einen Eingriff in einen Menschen – und zwar in dessen Persönlichkeitsstruktur – und besitzt deswegen ebenso wie interventionelle medizinische Maßnahmen Risiken und mögliche Nebenwirkungen, die von einer erneuten Wartezeit bei Therapeutenwechsel, der erneuten Auseinandersetzung mit einem Therapeuten bis hin zu eingeschränkter Lebensqualität bei nicht ausreichend behandelten Komorbiditäten oder gar bis zum Suizid reichen können. Die Forderung, dass das Verfahren, in dem ein Psychotherapeut seine vertiefte Ausbildung erworben hat, hinsichtlich der Wirksamkeit ein ausreichend breites Indikationsspektrum abdeckt, dient somit in erster Linie dem Patientenschutz, aber auch wie weiter unten aufgeführt der sinnvollen Zuweisung von Ressourcen und damit der Stabilität und Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung.

II. Bildung einer Zuweisungsinstanz

Das BMG hat in seiner Teilbeanstandung auf Seite 4 Überlegungen zur Schaffung einer Zuweisungsinstanz zur psychotherapeutischen Behandlung in den Richtlinien angestellt. Die Schaffung einer Zuweisungsinstanz würde zu erheblichen Mehrkosten führen, ohne dass ein fachlicher Nutzen besteht: Es entstünden z.B. Kosten für die Verwaltung einer solchen Instanz, bei später deutlich werdenden komorbiden Störungen (siehe Abschnitt D) würden trotz Zuweisungsinstanz Überweisungen zu anderen Therapeuten bzw. Mitbehandlungen von Komorbiditäten erforderlich, es entstünden Kosten durch Doppelbehandlungen oder durch den Abstimmungsbedarf zwischen den an einer Behandlung beteiligten Therapeuten, ohne dass dem Patienten ein ersichtlicher Nutzen entstünde. Im Gegenteil würde durch einen Therapeutenwechsel der Krankheitsverlauf negativ beeinflusst und die Behandlung des Patienten unnötig verlängert.

Darüber hinaus könnte eine Zuweisungsinstanz zur psychotherapeutischen Behandlung an der Problematik der Doppelbehandlungen nichts ändern (siehe Abschnitt D). 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 vom Gesetzgeber gewollten Kompetenz zur eigenverantwortlichen Indikationsstellung für Psychotherapie nicht vereinbar. Zudem wird auf die Aussagen zu den häufig erst im Verlauf einer Therapie erkennbaren Komorbiditäten weiter unten verwiesen.

III. Fähigkeiten in Diagnostik und Therapie psychischer Störungen durch die Fachkunde

In der Beanstandung verweist das BMG als Begründung für die bereits in der Ausbildung erworbene Breite der diagnostischen und therapeutischen Kenntnisse eines Therapeuten auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten. Diese ist jedoch als Beleg für eine ausreichende diagnostische und therapeutische Versorgungsbreite eines Therapeuten nicht geeignet:

Bereits jetzt genügen Grundkenntnisse in einem Richtlinien-Verfahren nicht, damit ein in einem anderen Richtlinien-Verfahren zugelassener Psychotherapeut in dem weiteren Verfahren, für das er nur über theoretisch vermittelte Grundkenntnisse verfügt, versorgungsrechtlich tätig werden kann. Erst die vertiefte Ausbildung vermittelt die

praktischen diagnostischen und therapeutischen Kenntnisse und Fähigkeiten der Krankenbehandlung am Patienten.

Dass der Kompetenzschwerpunkt auf der vertieften Ausbildung liegen soll, zeigt nicht nur die Verteilung der theoretischen Stunden 200 (Grundkenntnisse) zu 400 für die vertiefte Ausbildung sondern auch die Formulierung in § 4 Abs. 1 PsychTh-AprV:

„Die praktische Ausbildung nach § 1 Abs. 3 Satz 1 ist Teil der vertieften Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und dient dem Erwerb sowie der Vertiefung von Kenntnissen und praktischen Kompetenzen bei der Behandlung von Patienten mit Störungen mit Krankheitswert nach § 1 Abs. 3 Satz 1 des Psychotherapeutengesetzes. Sie umfasst mindestens 600 Behandlungsstunden unter Supervision mit mindestens sechs Patientenbehandlungen sowie mindestens 150 Supervisionsstunden, von denen mindestens 50 Stunden als Einzelsupervision durchzuführen sind.“

Diese Formulierung zeigt, dass eindeutig davon ausgegangen wurde, dass die Behandlungskompetenz in der vertieften Ausbildung erworben wird.

Der Begriff „Grundkenntnisse“ findet sich auch in § 3 PsychTh-AprV zur theoretischen Ausbildung. Dort wird zwischen allgemeinen „Grundkenntnissen“ und „Spezialkenntnissen in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren“ unterschieden. In Anlage 1 der PsychTh-AprV sind für die Grundkenntnisse insgesamt 200 Stunden vorgesehen, die sich auf insgesamt 12 unterschiedliche umfangreiche Themenbereiche aufteilen (vgl. beigelegte Anlage 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung). Daraus ergibt sich rechnerisch, dass für die Vermittlung des einzelnen Themenbereiches durchschnittlich 16,5 Stunden (z.B. für „Diagnostik und Differentialdiagnostik einschließlich Testverfahren“ bzw. für „Methoden und differentielle Indikationsstellung“) zur Verfügung stehen. Allein auf Grund dieser im allgemeinen theoretischen Teil der Ausbildung erworbenen „Grundkenntnisse“ kann nicht von einer für die Krankenbehandlung ausreichenden diagnostischen und therapeutischen Fachkompetenz „in den übrigen wissenschaftlich anerkannten Verfahren“ (S. 3 der Beanstandung) ausgegangen werden.

IV. Stabilität und Finanzierbarkeit der GKV

Folgende Argumente sprechen dafür, dass eine indikationsspezifische Zulassung bzw. Abrechnungsgenehmigung für ein Psychotherapieverfahren bezogen auf einzelne Indikationsbereiche unwirtschaftlich wäre, wenn eine Zulassung des Verfahrens auf der Basis des Nutzenbelegs für nur einzelne Indikationen ermöglicht würde:

Bei einer indikationsspezifischen Anerkennung eines Verfahrens 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.

Zusätzlich ist auf die unter C II. genannten Kosten für eine Zuweisungsinstanz zu verweisen, die im Falle einer indikationsspezifischen Zulassung erforderlich wäre, ohne dass sie einen zusätzlichen fachlichen Nutzen bewirken würde.

D. Zum Problem der Komorbidität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Sehr viele Patienten mit psychischen Störungen leiden zusätzlich an verschiedenen komorbiden Erkrankungen. Jacobi et al.¹ nennen eine Komorbiditätsrate bei psychischen Störungen von 44 bis 94 %. Dieser Befund wird untermauert z.B. für depressive Erkrankungen sowohl in aktuellen Studien als auch in epidemiologischen Untersuchungen aus zurückliegenden Prävalenzperioden². Gastpar³ geht nach einer Auswertung verschiedener epidemiologischer Studien von einer Komorbiditätsrate von etwa 50 % aus, Hautzinger und Bronisch⁴ 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 sowie 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.

E. Position der Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer zum Kriterium der Versorgungsrelevanz

Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer teilen den Grundsatz, die Versorgungsrelevanz eines Verfahrens als zentrales Kriterium für die Integration in die Psychotherapie-Richtlinien heranzuziehen.

Die Bundesärztekammer stimmt in ihrer Stellungnahme vom 31.03.2006 im Rahmen der Anhörung nach § 91 Abs. 8a SGB V der Einführung sowie der Operationalisierung des Kriteriums „Versorgungsrelevanz“ bei der sozialrechtlichen Zulassung eines psychotherapeutischen Verfahrens auf Grundlage von Querschnitts- sowie Längsschnittsprävalenzdaten zu den jeweiligen Anwendungsbereichen nach Absatz D der Psychotherapie-Richtlinien zu.

¹ 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

² Schepank H (1987): *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York

³ Gastpar, M (2006): Depression und Komorbidität. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld, F.-W. Schwartz (Hg.): *Volkskrankheit Depression? Springer, Berlin: 277-286.*

⁴ 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.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat ihre Position 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 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 abgelehnt wird. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat sich lediglich in Bezug auf die Operationalisierung des Kriterium Versorgungsrelevanz kritisch geäußert und Alternativvorschläge entwickelt.

F. Formulierung eines Schwellenkriteriums in B I. 3.2 PT-RL; Geeignetheit des Schwellenkriteriums; Alternativvorschläge der Bundespsychotherapeutenkammer

Der G-BA hat das Angebot der Bundespsychotherapeutenkammer in Folge eines Arbeitstreffens vom 2. Mai 2006, die Definition der Schwellenkriterien gemeinsam zu diskutieren, aufgegriffen. Hierzu fand am 4. Dezember 2006 ein Gespräch mit dem Präsidenten und weiteren Vertretern der Bundespsychotherapeutenkammer statt, in dem u.a. vereinbart wurde, gemeinsam auch mit der Bundesärztekammer auf Grundlage von Daten des Robert Koch Instituts (RKI) zu prüfen, inwieweit Alternativen zu dem vom G-BA formulierten Schwellenkriterium möglich sind. Zusätzlich diskutieren Vertreter des Unterausschuss Psychotherapie die Definition der Schwellenkriterien mit Vertretern des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie in einer im Juni 2006 gegründeten gemeinsamen Arbeitsgruppe.

Da die Auswertung der Prävalenzdaten des RKI, die Verständigung mit den beiden Kammern und die Beratungen im Unterausschuss Psychotherapie einige Zeit in Anspruch nehmen werden, bitten wir Sie um Verständnis, wenn wir Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt unsere Stellungnahme zu den Alternativvorschlägen der Bundespsychotherapeutenkammer nicht zur Verfügung stellen können. Der G-BA wird sich so bald wie möglich dazu äußern.

G. Psychotherapeutische Interventionen mit einer hohen Indikations-spezifität

Der G-BA teilt die Auffassung des BMG, dass es möglich sein muss, auch psychotherapeutische Interventionen zuzulassen, die spezifisch und hochwirksam sind.

Dieser Notwendigkeit hat der G-BA durch die am 20.06.2006 verabschiedete Richtlinien-Änderung in B I. 3.4 S. 2 Rechnung getragen. Die Aufnahme einer solchen Regelung in die Psychotherapie-Richtlinien ist gerade die Voraussetzung, um neuen Interventionen mit einer hohen Indikationsspezifität als Methoden oder Techniken (siehe Abschnitt I, Nr. 2 u. 3) den Weg in das GKV-System zu eröffnen. Dies entspricht auch dem Vorgehen in der übrigen vertragsärztlichen Versorgung, in dem hoch spezialisierte Kenntnisse - wie bereits oben aufgeführt - auf einer Basis breiter Kenntnisse des betreffenden Fachgebiets aufbauen.

H. Richtlinienänderung in B I. 3.4 Psychotherapie-Richtlinien zur Anerkennung von Methoden und Techniken

I. Neufassung von B I. 3.4 PT-RL

Die vom G-BA beschlossene Neufassung von B I. 3.4 PT-RL lautet wie folgt:

„¹Verfahren, die die Voraussetzungen nach 3.2 nicht erfüllen, können bei nachgewiesenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit indikationsbezogen als Methode oder Technik Anwendung finden. ²Weiterhin kann eine Methode oder Technik nach vorangegangener Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz und Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit indikationsbezogen Anwendung finden.“

II. Erläuterung zu Satz 1

In diesem Fall kann die psychotherapeutische Intervention zwar nicht als Verfahren für die gesamte Breite der in Abschnitt D festgelegten Anwendungsbereiche zur Anwendung kommen, kann aber als Methode oder Technik im Sinne der Richtlinien (s.o.) für die Störungsbilder erbracht werden, für die ein Nutzen nachgewiesen ist.

Damit wird der mögliche Fall geregelt, dass ein Prüfungsantrag, der in der Annahme gestellt wurde, dass die zu prüfende Intervention das Schwellenkriterium zur Zulassung als Verfahren erreicht, zu dem Ergebnis führt, dass dieses nicht erreicht wird. Der HTA, der Auskunft über die Indikationen gibt, für die Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind, kann in diesem Fall dazu herangezogen werden, der geprüften Intervention bei einer hohen Indikationsspezifität ggf. mit der Zulassung als Methode oder Technik den Weg in das GKV-System zu eröffnen.

III. Erläuterung zu Satz 2

Psychotherapeutischen Interventionen mit einer hohen Indikationsspezifität, z.B. speziell zur Behandlung von Depression oder Posttraumatischen Belastungsstörungen entwickelte Methoden, wird mit dieser Regelung – bei nachgewiesenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – gerade nicht, wie in der Beanstandung formuliert, der Weg in das GKV-System verwehrt. Im Gegenteil ist die Aufnahme der Regelung in Satz 2 in die Psychotherapie-Richtlinien gerade die Voraussetzung, um neuen Interventionen mit einer hohen Indikationsspezifität den Weg in das GKV-System zu eröffnen (vgl. Ausführungen unter G).

I. Begrifflichkeit: Verfahren, Methode, Technik

Die Bewertung psychotherapeutischer Behandlungs- und Anwendungsformen für den vertragsärztlichen Bereich erfolgt gemäß § 135 Abs. 1 SGB V nach Maßgabe der Verfahrensordnung. Hinsichtlich deren Geltungsbereichs wird in § 8 Abs. 1 Satz 2 Verfo ausdrücklich Bezug genommen auf „Behandlungsformen“ nach Teil B I der Psychotherapie-Richtlinien. Als Behandlungsformen unterscheidet die Systematik der Psychotherapie-Richtlinien seit ca. 20 Jahren (1) Verfahren, (2) Methoden und (3) Techniken.

- (1) Verfahren: Verfahren sind zur Krankenbehandlung geeignete Psychotherapieverfahren, denen ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde liegt und die ein breites Spektrum an Krankheitsbildern abdecken. Beispiele für Verfahren sind die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie.
- (2) Methoden: Methoden sind Elemente oder Schwerpunkte einer therapeutischen Intervention. Sie können für spezifische Krankheitsbilder oder zur Erreichung definierter Therapieziele eingesetzt werden. Sie sind i.d.R. in eine übergeordnete Behandlungsstrategie eingebettet. Beispiele für Methoden sind systematische Desensibilisierung als Methode der Verhaltenstherapie oder Rational Emotive Therapie (RET) als Methode der kognitiven Umstrukturierung.
- (3) Techniken: Übende und suggestive Techniken sind psychotherapeutische Anwendungsformen, die im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung unter Einschluss von Instruktionen und von Bearbeitung therapeutisch bedeutsamer Phänomene Anwendung finden. Beispiele für übende und suggestive Techniken sind Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie oder Hypnose.

Diese Begriffe wurden nicht, wie vom BMG in der Beanstandung vom 15.08.2006 auf Seite 6 festgestellt, neu eingeführt, sondern in den Tragenden Gründen lediglich erläutert.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG hat in seinen neuen Verfahrensrichtlinien in der Entwurfsfassung vom Dezember 2006 den Methoden- und den Verfahrensbegriff der Psychotherapie-Richtlinien im Grundsatz übernommen.

Insofern ist der Auffassung des BMG auf Seite 6 der Beanstandung, dass die Begriffe Verfahren, Methode und Technik von der üblichen fachlichen und rechtlichen Verwendung abweichen, zu widersprechen.

J. Verhältnismäßigkeit eines Schwellenkriteriums

Im Hinblick auf die Ziel- und Zweckbestimmung sowohl des Fachkundenachweises als auch der Bewertung des G-BA zugrunde liegenden Ermächtigungsgrundlage erweist sich die Formulierung eines Schwellenkriteriums als geeignet, erforderlich und verhältnismäßig im engeren Sinne.

I. 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 Indikationen nachgewiesen ist, die unterhalb des Schwellenkriteriums liegen, eine dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Versorgung der Versicherten nicht sicherzustellen. Die Entscheidung, ein Psychotherapieverfahren anhand eines Schwellenkriteriums zu prüfen, ist daher geeignet, das gesetzgeberische Ziel einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zu fördern.

II. 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 eines Psychotherapieverfahrens, beschränkt auf den einzelnen (unter der Schwelle liegenden) positiven Wirksamkeits- und Nutznachweis, ein für die betroffenen Psychotherapeuten 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 obigen Ausführungen zu verneinen.

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. 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 oder sogar Fehlallokationen 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 von Psychotherapieverfahren nicht als ein wirksames Mittel angesehen werden, um eine

ausreichende Strukturqualität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sicherzustellen, die dem Zweck einer wirtschaftlichen Mittelverwendung dient.

III. 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 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.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. jur. Rainer Hess

Anlage

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
für Psychologische Psychotherapeuten
(PsychTh-APrV)
Anlage 1
(zu § 3 Abs. 1)
Theoretische Ausbildung**

Theorie - Grundkenntnisse

A Grundkenntnisse (200 Stunden)

1. Entwicklungs-, sozial-, persönlichkeits- und neuropsychologische Grundlagen der Psychotherapie
2. Konzepte über die Entstehung, Aufrechterhaltung und den Verlauf psychischer und psychisch mitbedingter Erkrankungen verschiedener Altersgruppen
 - 2.1 Allgemeine und spezielle Krankheitslehren der Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, unter Berücksichtigung der wissenschaftlich anerkannten Verfahren
 - 2.2 Psychosomatische Krankheitslehre
3. Methoden und Erkenntnisse der Psychotherapieforschung
4. Diagnostik und Differentialdiagnostik einschließlich Testverfahren zur Abgrenzung verschiedener Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, psychosozial- und entwicklungsbedingter Krisen sowie körperlich begründbarer Störungen
5. Besondere entwicklungs- und geschlechtsspezifische Aspekte der Persönlichkeit, der Psychopathologie und der Methodik der Psychotherapie verschiedener Altersgruppen
6. Intra- und interpersonelle Aspekte psychischer und psychisch mitbedingter Störungen in Paarbeziehungen, Familien und Gruppen
7. Prävention und Rehabilitation
8. Medizinische und pharmakologische Grundkenntnisse für Psychotherapeuten
9. Methoden und differentielle Indikationsstellung wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren
10. Dokumentation und Evaluation von psychotherapeutischen Behandlungsverläufen
11. Berufsethik und Berufsrecht, medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme, Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes, Kooperation mit Ärzten und anderen Berufsgruppen
12. Geschichte der Psychotherapie

Theorie - vertiefte Ausbildung

B Vertiefte Ausbildung (400 Stunden)

1. Theorie und Praxis der Diagnostik, insbesondere Anamnese, Indikationsstellung und Prognose, Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung
2. Rahmenbedingungen der Psychotherapie, Behandlungssetting, Einleitung und Beendigung der Behandlung
3. Behandlungskonzepte und -techniken sowie deren Anwendung
4. Krisenintervention
5. Behandlungstechniken bei Kurz- und Langzeittherapie
6. Therapiemotivation des Patienten, Entscheidungsprozesse des Therapeuten, Therapeuten-Patienten-Beziehung im Psychotherapieprozess
7. Einführung in Behandlungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen
8. Behandlungsverfahren bei Paaren, Familien und Gruppen