

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
zum Anhörungsentwurf „Aktualisierung der Abschnitte B
und D der Psychotherapie-Richtlinien“**

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bewertung	4
1. Grundsätzliche rechtliche Bedenken	4
2. Definition der Anwendungsbereiche	4
3. Differenzierung in Anwendungsbereiche für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche.....	5
4. Differenzierte Bewertung des „body of evidence“	6
II. Vorschlag einer Neufassung des Abschnitts B I.3 bis 5 der Psychotherapie-Richtlinien	8
III. Vorschlag einer Neufassung des Abschnitts D der Psychotherapie-Richtlinien	10
IV. Begründung des Vorschlags zur Optimierung der Neufassung des Abschnitts D „Anwendungsbereiche“ der Psychotherapie-Richtlinien	13
1. Strukturierung der Anwendungsbereiche.....	13
2. Begründung für eine Erweiterung der Anwendungsbereiche für kurative psychotherapeutische Leistungen	16
3. Zur Bedeutung von definierten Anwendungsbereichen und zur Frage der Indikationsstellung.....	18
V. Begründung des Vorschlags zur Optimierung der Neufassung des Abschnitts B I. 3 bis 5 der Psychotherapie-Richtlinien.....	20
1. Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz	20
2. Begründung der gewählten Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz für die Anwendung der Psychotherapie bei Erwachsenen	26
3. Begründung der gewählten Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz für die Anwendung der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.....	31
4. Definition und Abgrenzung der Begriffe Verfahren, Methode und Technik.....	36

VI. Rechtliche Begründung für die Einbeziehung von approbierten Psychotherapeuten in die GKV	39
1. Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG)	39
a. Schutzbereich	39
b. Beeinträchtigung der Berufsfreiheit.....	40
c. Intensität der Beeinträchtigung	42
d. Keine Rechtfertigung.....	44
2. Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG).....	51
3. Kartellrechtliche Ansprüche von Leistungserbringern gegen Institutionen des Krankenversicherungsrechts.....	52
VII. Literatur	54

I. Allgemeine Bewertung

1. Grundsätzliche rechtliche Bedenken

Die BPtK hat grundsätzliche rechtliche Bedenken zu den vorgeschlagenen Regelungen für die Integration neuer psychotherapeutischer Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinien. Im Ergebnis können Regelungen in den Psychotherapie-Richtlinien verfassungsrechtlich keinen Bestand haben, wenn sie dazu führen (können), dass in den Richtlinien eine Anerkennung als Behandlungsverfahren unterbleibt, obwohl das Verfahren berufsrechtlich zur vertieften Ausbildung (§ 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG) zugelassen ist und zur Approbation führt. Der Regelungsauftrag nach § 92 Abs. 6a SGB V ermächtigt den Gemeinsamen Bundesausschuss zu Berufsausübungsregelungen. Dagegen führt § 95c S. 2 Nr. 3 zu einer Entscheidung, die in ihren Auswirkungen in die Nähe einer Zulassungsregelung rückt. Daher wendet sich die BPtK gegen die Auffassung, der Gemeinsame Bundesausschuss sei berechtigt seiner Entscheidung, ob er ein Verfahren als Verfahren in die Richtlinie aufnimmt, die selben Kriterien zugrunde zu legen wie der Entscheidung, welche Leistungen Psychotherapeuten im System der GKV erbringen dürfen. Eine ausführliche Begründung der Rechtsauffassung der BPtK folgt in Abschnitt VI dieser Stellungnahme.

2. Definition der Anwendungsbereiche

Von diesen grundsätzlichen rechtlichen Bedenken abgesehen, teilt die BPtK die Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass die bisherige, wenig differenzierte Beschreibung der Anwendungsbereiche der Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien einer Aktualisierung bedarf, die den Entwicklungsstand des ICD-10 Kapitel V (F) reflektiert. Die derzeit gültige Definition der Anwendungsbereiche der Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien entstammt noch der Zeit, als die ICD-8 das gültige Klassifikationssystem von Krankheiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung war.

Mit Blick auf die Bewertung neuer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden nach Maßgabe der Verfahrensordnung und deren Integration in die Psychotherapie-Richtlinien hält die BPtK einen Ansatz, der sich bei der Differenzierung der Anwendungsbereiche im Grundsatz an der ICD-10 orientiert und zugleich soweit möglich

phänomenologisch, pathogenetisch und ätiologisch verwandte Störungen jeweils in einem Anwendungsbereich der Psychotherapie zusammenfasst, für sachgerecht.

3. Differenzierung in Anwendungsbereiche für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche

Die BPtK kann der Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie folgen, dass die Neugliederung der Anwendungsbereiche die erforderliche Grundlage dafür darstellen sollte, dass die Ergebnisse einer systematischen Bewertung eines Verfahrens oder einer Methode auf der Grundlage eines Bewertungsverfahrens nach §§ 8 bis 22 Verfahrensordnung des G-BA angemessen in den Psychotherapie-Richtlinien umgesetzt werden können.

Allerdings berücksichtigt die Neufassung der Anwendungsbereiche nicht die unterschiedliche Versorgungsrelevanz¹ einzelner und in Anwendungsbereichen zusammengefassten Störungen für die Anwendung der Psychotherapie bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen. 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 & Richter, 2006).

¹ Der Begriff der Versorgungsrelevanz von Störungen bzw. in Anwendungsbereichen der Psychotherapie zusammengefassten Störungen wird im Rahmen dieser Stellungnahme vereinfachend im Sinne der quantitativen und qualitativen Relevanz der *psychotherapeutischen* Versorgung der von diesen Störungen betroffenen Menschen verwendet.

Hinsichtlich der versorgungsrelevantesten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen deckt sich die Analyse des Unterausschusses Psychotherapie weitgehend mit derjenigen der BPtK. Allerdings sollten aufgrund der besonderen bevölkerungsepidemiologischen und versorgungsepidemiologischen Relevanz zusätzlich zu den drei vom Unterausschuss Psychotherapie aufgeführten Anwendungsbereichen auch die Abhängigkeitserkrankungen berücksichtigt werden.

Für die Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde vom Unterausschuss keine eigene Analyse zur Versorgungsrelevanz vorgelegt. Die vorgeschlagene Regelung für die Zulassung eines Verfahrens bei Kindern und Jugendlichen greift entsprechend deutlich zu kurz. Die BPtK spricht sich deshalb dafür aus, unter Berücksichtigung der Prävalenzen psychischer Störungen und dem daraus resultierenden Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen das Kriterium der Versorgungsrelevanz eines psychotherapeutischen Verfahrens parallel zur Systematik im Erwachsenenbereich eigenständig umzusetzen.

Darüber hinaus bleibt der vorliegende Entwurf mit der Ausweisung von Anwendungsbereichen der Psychotherapie wie Abhängigkeit von Alkohol oder seelischer Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe ausschließlich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation hinter dem formulierten Aktualisierungsanspruch zurück und berücksichtigt nicht hinreichend, dass bei diesen Erkrankungen die Psychotherapie auch als kurative Behandlungsmethode indiziert sein kann. Ein Vorschlag zur Optimierung der Definition von Anwendungsbereichen findet sich im Abschnitt IV dieser Stellungnahme.

4. Differenzierte Bewertung des „body of evidence“

Die BPtK teilt die Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie, dass bei der Beurteilung der jeweiligen Forschungslage zu einem psychotherapeutischen Verfahren keine einheitlichen Mindestkriterien hinsichtlich der erforderlichen Anzahl von Studien oder der erforderlichen Evidenzstufe der Studien pro Anwendungsbereich festgelegt werden sollten. Nach der Methodik der evidenzbasierten Medizin ist es vielmehr geboten, auf der Grundlage aller verfügbaren Studien die gesamte Evidenz zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit eines Verfahrens pro Anwendungsbereich festzustellen. Auf dieser Basis ist die Entscheidung zu

treffen, ob - auch unter Berücksichtigung der Befunde zu möglichen unerwünschten oder schädlichen Nebenwirkungen - hinreichend valide und aussagekräftige Informationen vorliegen, welche den Schluss zulassen, dass die unter B I. 3. formulierten Kriterien erfüllt sind.

Forschungsdefizite bei Kindern und Jugendlichen und ebenso bei Erwachsenen, wie sie auch für andere Bereiche der Medizin zu beklagen sind, dürfen sich dabei nicht zum Nachteil der psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker auswirken. In diesem Sinne ist beispielsweise der erheblich schlechteren Studienlage für den Bereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen.

Ein differenziertes Vorgehen bei der Bewertung der Evidenz erfordert Transparenz bezüglich der zugrunde gelegten Entscheidungskriterien. Sie müssen in Bezug auf die gesamte Forschungslage und den Prüfgegenstand nachvollziehbar und über verschiedene Prüfverfahren hinweg konsistent begründet sein.

Für eine angemessene Bewertung des „body of evidence“ - auch durch stellungnahmeberechtigte Organisationen - ist es im Kontext des Anhörungsverfahrens zu einer Beschlussvorlage von zentraler Bedeutung, dass diese Organisationen umfassende Kenntnis von der zugrunde liegenden Evidenz und ihrer Bewertung durch das jeweilige die Beschlüsse vorbereitende Gremium des G-BA erhalten. Daher würde die BPtK es auch mit Blick auf die ohnehin erforderliche Integration der so genannten Transparenzbeschlüsse von 2005 in die Verfahrensordnung des G-BA sehr begrüßen, wenn zukünftig bereits im Kontext des Anhörungsverfahrens zu einer Beschlussvorlage den stellungnahmeberechtigten Organisationen der zugrunde liegende „body of evidence“ bzw. die differenzierte Bewertung der einzelnen zugrunde liegenden Studien zur Verfügung gestellt würde.

Die BPtK geht davon aus, dass die Definition der Anwendungsbereiche dazu dient, die Breite des Krankheitsspektrums, bei dem Psychotherapie Anwendung finden kann, zu beschreiben und eine an der Versorgung orientierte und wissenschaftlich fundierte Beurteilung eines psychotherapeutischen Verfahrens zum Zwecke der sozialrechtlichen Zulassung zu ermöglichen. Dies ist keinesfalls gleichbedeutend mit einer Aussage über die Indikation, auch nicht über die Indikationsbreite eines Verfahrens.

II. Vorschlag einer Neufassung des Abschnitts B I.3 bis 5 der Psychotherapie-Richtlinien

B I. Behandlungsformen²

3. Über die in 1 genannten Verfahren hinaus können als Psychotherapie gemäß Abschnitt A der Richtlinien in der vertragsärztlichen **bzw. vertragspsychotherapeutischen** Versorgung **von Erwachsenen** andere Verfahren Anwendung finden, wenn nachgewiesen ist, dass sie die nachstehenden Voraussetzungen nach **3.1.1 und 3.2.1** erfüllen.

Über die in 1 genannten Verfahren hinaus können als Psychotherapie gemäß Abschnitt A der Richtlinien in der vertragsärztlichen **bzw. vertragspsychotherapeutischen** Versorgung **von Kindern und Jugendlichen** andere Verfahren Anwendung finden, wenn nachgewiesen ist, dass sie die nachstehenden Voraussetzungen nach **3.1.2 und 3.2.2** erfüllen.

3.1.1 Feststellung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeuten-Gesetz, dass das Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden kann.

3.1.2 Feststellung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeuten-Gesetz, dass das Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden kann.

3.2.1 Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses für mindestens **drei der vier** in **D 1.1 bis 1.4** genannten Anwendungsbereiche **oder mindestens zwei der in D 1.1 bis D 1.4 genannten Anwendungsbereiche und zusätzlich für mindestens zwei der in D 1.5 bis D 1.12 genannten Anwendungsbereiche.**

3.2.2 Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses für mindestens die in **D 2.1 bis 2.3** genannten Anwendungsbereiche **oder mindestens**

² Vorgeschlagene Änderungen des Normentextes der Beschlussvorlage sind kursiv und fett gedruckt

zwei der in D 2.1 bis D 2.3 und zusätzlich mindestens zwei der in D 2.4 bis D 2.15 genannten Anwendungsbereiche.

4. ***Methoden können nach vorangegangener Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung in einem oder mehreren Anwendungsbereichen der Psychotherapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeutengesetz und Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit Anwendung finden.***

5. Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt fest, für welche Verfahren und Methoden in der Psychotherapie und Psychosomatik die der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Richtlinien zugrunde liegenden Erfordernisse als erfüllt gelten und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen diese zur Behandlung von Krankheit Anwendung finden können. Die Feststellungen sind als Anlage 1 Bestandteil der Richtlinien.

III. Vorschlag einer Neufassung des Abschnitts D der Psychotherapie-Richtlinien

D Anwendungsbereiche³

- 1. Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinien bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:**
 - 1.1 Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und Dysthymie sowie Anpassungsstörungen**
 - 1.2 Angststörungen, Zwangsstörungen, akute und Posttraumatische Belastungsstörungen**
 - 1.3 Abhängigkeit und Missbrauch**
 - 1.4 Somatoforme und dissoziative Störungen sowie Neurasthenie, Depersonalisations- und Derealisationssyndrome**
 - 1.5 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen**
 - 1.6 Essstörungen**
 - 1.7 Schlafstörungen**
 - 1.8 Sexuelle Funktionsstörungen**
 - 1.9 Psychische Faktoren bei körperlichen Krankheiten**
 - 1.10 Schizophrene Psychosen, wahnhafte Störungen und bipolare affektive Störung einschließlich der manischen Episode**
 - 1.11 Verhaltensstörung bei Intelligenzminderung**
 - 1.12 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen**

³ Die ersten vier Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen und die ersten drei Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen heben sich aufgrund ihrer besonderen Versorgungsrelevanz von den weiteren Anwendungsbereichen der Psychotherapie ab. Diese Anwendungsbereiche werden im Folgenden als Anwendungsbereiche mit besonderer Versorgungsrelevanz bezeichnet.

Darüber hinaus impliziert die Nummerierung der Anwendungsbereiche keine Wertigkeit (bezgl. Versorgungsrelevanz oder sonstiger Merkmale der Störungen eines Anwendungsbereichs), sondern wurde lediglich aus Darstellungsgründen gewählt.

- 2. Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinien bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:**
 - 2.1 Externalisierende Störungen: Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, einschließlich der Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter**
 - 2.2 Angststörungen, Zwangsstörungen, akute und Posttraumatische Belastungsstörungen einschließlich der emotionalen Störungen des Kindesalters und des elektiven Mutismus**
 - 2.3 Depressive Störungen, einschließlich der Anpassungsstörungen, der reaktiven Bindungsstörung des Kindesalters und der sonstigen affektiven Störungen**
 - 2.4 Somatoforme, dissoziative und andere neurotische Störungen**
 - 2.5 Essstörungen**
 - 2.6 Schlafstörungen**
 - 2.7 Psychische Faktoren bei körperlichen Krankheiten**
 - 2.8 Störungen der Ausscheidung**
 - 2.9 Regulationsstörungen, einschließlich der Fütterstörungen**
 - 2.10 Ticstörungen, Trichotillomanie und Stereotypien**
 - 2.11 Umschriebene und sonstige Entwicklungsstörungen**
 - 2.12 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen**
 - 2.13 Verhaltensstörung bei Intelligenzminderung**
 - 2.14 Schizophrene Psychosen, wahnhafte Störungen und bipolare affektive Störung, einschließlich der manischen Episode**
 - 2.15 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen**

3. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann Psychotherapie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen angewandt werden, wenn **psychische** Faktoren wesentlich Anteil an einer seelischen Behinderung oder an deren Auswirkungen haben und mit ihrer Hilfe eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft möglichst auf Dauer erreicht werden kann; Indikationen hierfür können nur sein:

3.1 Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung.

3.2 Seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tief greifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen.

3.3 Seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet.

3.4 Seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

2. wird zu 4.

3. wird zu 5.

4. wird zu 6.

IV. Begründung des Vorschlags zur Optimierung der Neufassung des Abschnitts D „Anwendungsbereiche“ der Psychotherapie-Richtlinien

1. Strukturierung der Anwendungsbereiche

Der Vorschlag der BPTK zur Optimierung der Neufassung des Abschnitts D „Anwendungsbereiche“ der Psychotherapierichtlinien orientiert sich wie auch der Vorschlag des Unterausschusses Psychotherapie des G-BA am Kapitel V (F) der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10). Da ein deskriptives Klassifikationssystem wie das ICD-10 jedoch für die Definition von Anwendungsbereichen psychotherapeutischer Verfahren, für die u.a. eine ätiologische Theorie gefordert ist, zu kurz greift, berücksichtigt die vorgeschlagene Einteilung auch phänomenologische, pathogenetische und ätiologische Aspekte der psychischen Störungen. Wie der Vorschlag der Beschlussvorlage des Unterausschusses Psychotherapie erlaubt auch die von der BPTK vorgeschlagene Einteilung der Anwendungsbereiche eine eindeutige Zuordnung der Nomenklatur und der Kodierungsziffern des Kapitel V des ICD-10. Bei den Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen sind dies insbesondere:

- Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und Dysthymie sowie Anpassungsstörungen (u.a. F 32, F 33, F 34, F 43.2)
- Angststörungen, Zwangsstörungen, akute und Posttraumatische Belastungsstörungen (u.a. F 40, F 41, F 42, F 43.0, F 43.1)
- Abhängigkeit und Missbrauch (u.a. F 1, F 55)
- Somatoforme und dissoziative Störungen sowie Neurasthenie, Depersonalisations- und Derealisationssyndrome (u.a. F 45, F 44, F 48)
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (u.a. F 6)
- Essstörungen (u.a. F 50)
- Schlafstörungen (u.a. F 51)
- Sexuelle Funktionsstörungen (u.a. F 52)
- Psychische Faktoren bei körperlichen Krankheiten (u.a. F 54)

- Schizophrene Psychosen, wahnhafte Störungen und bipolare affektive Störung einschließlich der manischen Episode (u.a. F 2, F 30, F 31)
- Verhaltensstörung bei Intelligenzminderung (u.a. F 7)
- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (u.a. F 0)

Bei den Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen lassen sich insbesondere die für Studien bedeutsamsten ICD-10 Diagnosen den Anwendungsbereichen wie folgt eindeutig zuordnen:

- Externalisierende Störungen: Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, einschließlich der Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter (u.a. F 90, F 91, F 94., F 1)
- Angststörungen, Zwangsstörungen, akute und Posttraumatische Belastungsstörungen einschließlich der emotionalen Störungen des Kindesalters und des elektiven Mutismus (u.a. F 40, F 41, F 42, F 43.0, F 43.1, F 92.8, F 94.0)
- Depressive Störungen, einschließlich der Anpassungsstörungen, der reaktiven Bindungsstörung des Kindesalters und der sonstigen affektiven Störungen (u.a. F 32, F 33, F 34, F 38, F 43.2, F 92.0, F 94.1)
- Somatoforme, dissoziative und andere neurotische Störungen (u.a. F 45, F 44, F 48)
- Essstörungen (u.a. F 50)
- Schlafstörungen (u.a. F 51)
- Psychische Faktoren bei körperlichen Krankheiten (u.a. F 54)
- Störungen der Ausscheidung (u.a. F 98.0, F 98.1)
- Regulationsstörungen, einschließlich der Fütterstörungen (u.a. F 98.2)
- Ticstörungen, Trichotillomanie und Stereotypien (u.a. F 95, F 63.3, F 98.4)
- Umschriebene und sonstige Entwicklungsstörungen (u.a. F 80, F 81, F 82, F 83, F 88, F 06, F 07)
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (u.a. F 84)
- Verhaltensstörung bei Intelligenzminderung (u.a. F 7)
- Schizophrene Psychosen, wahnhafte Störungen und bipolare affektive Störung, einschließlich der manischen Episode (u.a. F 2, F 30, F 31, F 39)
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (u.a. F 6)

Ergänzend wurde eine Gewichtung der Anwendungsbereiche der Psychotherapie unter Berücksichtigung der Kriterien „Häufigkeit“, „Schwere“ und „Versorgungsrelevanz“ der Störungen vorgenommen, die unter Abschnitt V ausführlich erläutert wird.

Dabei variieren Versorgungsrelevanz und Prognose einzelner Störungen und der in Anwendungsbereichen zusammengefassten Gruppen von Störungen erheblich zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen. Auch ist die Generalisierbarkeit der Wirksamkeit eines Verfahrens oder einer Methode bei Erwachsenen auf die Wirksamkeit insbesondere bei Kindern stark eingeschränkt. Weiterhin treten im Kindes- und Jugendalter psychische und Entwicklungsstörungen auf, die im Erwachsenenalter im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung kaum von Bedeutung sind. Hierzu sind insbesondere die Regulations- und Fütterstörungen, die Störungen der Ausscheidung, die umschriebenen Entwicklungsstörungen, die tief greifende Entwicklungsstörung sowie die hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens zu zählen.

Diesem Umstand wird wie im berufsrechtlichen Bereich vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG vorgeschlagen dadurch Rechnung getragen, dass die Anwendungsbereiche der Psychotherapie separat für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche definiert werden. Daraus resultieren zwei getrennte Systematiken der Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen.

Im Unterschied zur vorgeschlagenen Systematik des Unterausschusses Psychotherapie geht in dem Vorschlag der BPtK der Anwendungsbereich D 1.4 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ vollständig in den Anwendungsbereichen der affektiven Störungen und der Angststörungen auf. Aufgrund phänomenologischer Überschneidungen werden die Posttraumatischen Belastungsstörungen dem Anwendungsbereich der Angststörungen zugeordnet. Bei den Anpassungsstörungen handelt es sich phänomenologisch überwiegend um Störungen, bei denen der depressive Affekt im Vordergrund steht. Die erheblichen Diskrepanzen zwischen der Diagnosehäufigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung gegenüber den deutlich geringeren Prävalenzraten epidemiologischer Untersuchungen

weisen auf mögliche Fehldiagnosen in der Versorgung hin⁴. Definitionsgemäß sind Anpassungsstörungen durch eine günstigere Prognose mit einem hohen Anteil an Spontanremissionen und einem im Vergleich zu den depressiven Störungen geringeren Schweregrad der Symptomatik und der Funktionsbeeinträchtigung gekennzeichnet. Auch die empirische Psychotherapieforschung befasst sich vergleichsweise wenig mit dieser Diagnose, so dass auch vor dem Hintergrund der zu erwartenden Studienlage eine Integration dieser Störungen in Abhängigkeit von der jeweils vorherrschenden Phänomenologie in den Anwendungsbereich der Affektiven Störungen (bzw. bei einem Überwiegen der Angstsymptomatik zu den Angststörungen) vorgeschlagen wird.

2. Begründung für eine Erweiterung der Anwendungsbereiche für kurative psychotherapeutische Leistungen

Die Differenzierung der Anwendungsbereiche der Psychotherapie als kurative Behandlung und im Rahmen der medizinischen Rehabilitation soll nach Einschätzung des Unterausschusses Psychotherapie unverändert beibehalten werden. Dies bedeutet, dass weiterhin für zentrale Anwendungsbereiche der Psychotherapie Leistungen zwar im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nicht aber als kurative Leistungen erbracht werden können. Dies steht im Gegensatz zur angestrebten Aktualisierung und Präzisierung der Anwendungsbereiche der Psychotherapie.

Bei Erkrankungen, bei denen nach aktuell gültiger Regelung Psychotherapie ausschließlich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Anwendung finden kann, können zum Beispiel im Falle der Abhängigkeitserkrankungen sehr wohl auch ätiologisch und auf Heilung orientierte psychotherapeutische Behandlungsmethoden indiziert sein. Psychotherapie sollte nicht erst bei eingetretener seelischer Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen Anwendung finden können. Zutreffend werden in der Beschlussvorlage die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen unter den Anwendungsbereichen der Psychotherapie im kurativen Sinne aufgeführt. Die Erläuterungen des Normentextes verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F 6) wegen des Erhalts eines eigenen

⁴ Bei der Anpassungsstörung handelt es sich nach ICD-10 um eine diagnostische Restkategorie, die nur Anwendung finden kann, wenn die vorliegende Symptomatik nicht schwer oder nicht markant genug ist, dass sie eine spezifischere Diagnose rechtfertigen würde.

Kapitels in der ICD-10 nicht länger den Anwendungsbereichen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, sondern unter D 1.8 bei den Indikationen zur Anwendung zur Psychotherapie aufzuführen sind. Diese Argumentation legt zusätzlich nahe, dass unter anderem die Suchterkrankungen und psychotischen Störungen, welche ebenfalls in einem eigenen Abschnitt des Kapitel V des ICD-10 aufgeführt werden, in den Richtlinien auch den Anwendungsbereichen der Psychotherapie im kurativen Sinne zugeordnet werden sollten.

Die ausschließliche Zuordnung der Anwendungsbereiche 2.1 bis 2.4 in den Bereich der medizinischen Rehabilitation (wobei für die Anwendungsbereiche D 2.2 und D 2.4 auf die Definition des Begriffs der seelischen Behinderung im SGB IX Bezug genommen wird) entspricht aus unserer Sicht nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft. In den Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wird die Rehabilitation von der kurativen Versorgung im Sinne des SGB V wie folgt abgegrenzt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2004):

Die kurative Versorgung im Sinne des SGB V ist im Unterschied zur medizinischen Rehabilitation

- primär zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit/Schädigung,
- zielt auf Heilung bzw. Remission (kausale Therapie) oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz auf die Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Krankheitsbeschwerden und
- auf Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen ab.

Vor diesem Hintergrund plädiert die BPtK dafür, dass psychotherapeutische Behandlungen bei den unter den Anwendungsbereichen D 2.1 bis D 2.4 genannten Erkrankungen der Beschlussvorlage auch im kurativen Sinne und nicht ausschließlich im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung zur Anwendung kommen können.

Unter D 2. der Beschlussvorlage wird bezogen auf die Anwendung der Psychotherapie die grundsätzliche Einschränkung vorgenommen, dass Psychotherapie nur an-

gewendet werden kann, wenn psychodynamische bzw. lerntheoretische Faktoren wesentlich Anteil an der seelischen Behinderung oder an deren Auswirkungen haben. Sinnvoller erscheint es in diesem Zusammenhang, keine verfahrensspezifischen Begriffe zu verwenden, sondern wissenschaftlich zutreffender von psychischen Faktoren zu sprechen (die dann je nach Verfahren in einem Störungs- und Behandlungsmodell z. B. auch psychodynamisch oder lerntheoretisch konzeptualisiert werden können).

3. Zur Bedeutung von definierten Anwendungsbereichen und zur Frage der Indikationsstellung

Die vorgeschlagene Definition von Anwendungsbereichen dient zum einen der Beschreibung des Spektrums von Krankheiten, bei denen psychotherapeutische Verfahren im Rahmen der Richtlinie zur Anwendung kommen können. Zum anderen dient sie dazu, die versorgungsbezogene Beurteilung der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens zum Zwecke der sozialrechtlichen Zulassung zu ermöglichen. Die Beurteilung der Wirksamkeit für einen Anwendungsbereich ist dabei keinesfalls mit einer Aussage über die Indikation gleichzusetzen, auch nicht über die Indikationsbreite eines Verfahrens. Dies betrifft sowohl eine gegebenenfalls störungsspezifische als auch eine individuelle Indikationsstellung. Da die Evidenzbasierte Medizin (EbM) die Berücksichtigung der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung fordert, gilt es auch bei Aussagen über die Indikation von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und –methoden, die Befunde der empirischen Psychotherapieforschung heranzuziehen, wie sie etwa im weithin akzeptierten „allgemeinen Psychotherapiemodell“ von D. Orlinsky und K. Howard (1986; 1987) erstmals zusammengefasst wurden. Nach dieser Analyse hängt der Erfolg von Psychotherapie – vereinfacht – von vier Faktoren ab: von der Person des Patienten (und seiner Struktur), von der Person des Therapeuten (zweifach, zum einen von seiner Persönlichkeit, zum anderen von seiner Therapietechnik), von der Art der Störung des Patienten und vom Behandlungsmodell des Therapeuten in Interaktion mit der Fähigkeit des Patienten, von diesem zu profitieren. Die überragende Bedeutung dieser Faktoren für die Erfolgswahrscheinlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung wurde in den letzten beiden Jahrzehnten in zahlreichen Prozess-Outcome-Studien bestätigt (Orlinsky, D.E., Ronnestad & Willutzki, 2004). Eine ausschließlich störungsspezifische Therapieindikation ist hieraus nicht abzuleiten.

In Kenntnis dieser externen Evidenz werden bei Indikationsentscheidungen in der klinischen Praxis unter Hinzuziehung der individuellen klinischen Expertise der Psychotherapeuten, neben der Wirksamkeit eines Behandlungsverfahrens bzw. einer -methode zumindest folgende Kenngrößen systematisch berücksichtigt:

- der Schweregrad der psychischen Störung, der psychopathologischen Symptomatik und der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen in den Bereichen „Selbstfürsorge und Alltagsbewältigung“, „berufliche Funktionsfähigkeit“, „familiäre/partnerschaftliche Funktionsfähigkeit“ und „Funktionsfähigkeit in anderen sozialen Rollen und Aktivitäten“,
- die Behandlungspräferenzen des Patienten
- die Veränderungsbereitschaft bzw. Therapiemotivation des Patienten,
- die Aufnahmebereitschaft des Patienten für bestimmte psychotherapeutische Ansätze,
- die Qualität und Prognose der Therapeut-Patient-Beziehung und schließlich
- die individuelle Behandlungskompetenz des Psychotherapeuten

Die externe Überprüfung einer angemessenen Berücksichtigung dieser Merkmale bei der individuellen Indikationsstellung ist dabei eine der zentralen Aufgaben des Gutachterverfahrens.

V. Begründung des Vorschlags zur Optimierung der Neufassung des Abschnitts B I. 3 bis 5 der Psychotherapie-Richtlinien

1. Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz

Die vorgeschlagene Formulierung in Abschnitt B I. 3. berücksichtigt, dass für Entscheidungen über die Integration neuer psychotherapeutischer Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinien für die Anwendung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen differenzielle Kriterien herangezogen werden müssen. Dies entspricht der Entscheidungspraxis des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, der seit Beginn seiner Tätigkeit seine Empfehlungen für die vertiefte Ausbildung gesondert für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausspricht.

Die BPtK teilt den vom Unterausschuss Psychotherapie formulierten Grundsatz, die Versorgungsrelevanz⁵ eines Verfahrens als zentrales Kriterium für die Art der Integration als Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinien heranzuziehen. Auch der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie legt bei seinen Entscheidungen über die Empfehlung zur vertieften Ausbildung das Kriterium der Versorgungsrelevanz zugrunde, wenngleich die konkrete Operationalisierung dieses Kriteriums vom Vorschlag des Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses abweicht. Darüber hinaus bestehen zwischen diesen beiden Gremien aber auch substantielle Unterschiede hinsichtlich der Inhalte der jeweiligen Prüfverfahren, da der Gemeinsame Bundesausschuss über die Wirksamkeit (Nutzen) eines Verfahrens auch dessen medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit prüft. Dies kann unter Umständen zu von einander abweichenden Entscheidungen über die berufsrechtliche bzw. sozialrechtliche Zulassung eines Verfahrens führen. Im Abschnitt VI wird ausführlich dargelegt, dass sich eine solche Diskrepanz aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht dahingehend auswirken darf, dass ein Verfahren nicht in die Psychotherapie-Richtlinien aufgenommen wird.

⁵ Wie bereits in Abschnitt I.3 vermerkt, wird der Begriff der Versorgungsrelevanz von Störungen bzw. in Anwendungsbereichen der Psychotherapie zusammengefassten Störungen im Rahmen dieser Stellungnahme vereinfachend im Sinne der quantitativen und qualitativen Relevanz der *psychotherapeutischen* Versorgung der von diesen Störungen betroffenen Menschen verwendet.

Vor diesem Hintergrund würde die BPtK eine Angleichung der Operationalisierungen des Kriteriums der Versorgungsrelevanz als Kriterium bei der Empfehlung für die vertiefte Ausbildung durch den Wissenschaftlichen Beirat einerseits und als Kriterium für die sozialrechtliche Zulassung eines Verfahrens für die Anwendung bei der gesamten Breite der in Abschnitt D festgelegten Anwendungsbereiche durch den Gemeinsamen Bundesausschuss andererseits begrüßen.

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.

Die psychotherapeutische Versorgungsrelevanz eines Anwendungsbereichs der Psychotherapie sollte dabei mehrdimensional konzipiert werden. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die Bevölkerungsepidemiologie der psychischen Störungen eines Anwendungsbereichs. Als qualitative Aspekte sollten weiterhin die Schwere der Störung und der resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen sowie die Prognose der Störung Beachtung finden. Dabei bezieht sich die Prognose sowohl auf die Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung vs. Spontanremission einer Störung als auch auf die Entwicklung sekundärer Erkrankungen und zunehmender Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen. In diesem Zusammenhang sind auch sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Aspekte wie AU-Zeiten, Erwerbsminderungsrenten sowie Behandlungs- und Betreuungskosten in Folge der Erkrankungen zu berücksichtigen und inwieweit diese Belastungen und Folgekosten durch eine adäquate psychotherapeutische Versorgung reduziert werden können. Bei Kindern und Jugendlichen kommt darüber hinaus einer zu befürchtenden krankheitsbedingten Beeinträchtigung der kognitiv-emotionalen und sozialen Entwicklung sowie der schulischen und beruflichen Bildung eine herausgehobene Bedeutung zu. Die psychotherapeutische Versorgungsrelevanz einer psychischen Störung(sgruppe) lässt sich nur dann feststellen, wenn substanzielle Ansatzpunkte für eine psychotherapeutische Behandlung gegeben sind. Diese sind beispielsweise bei dementiellen Erkrankungen grundsätzlich weit weniger gegeben als bei depressiven Erkrankungen.

Schließlich kommt unter dem quantitativen Aspekt der Versorgungsepidemiologie eine wichtige Bedeutung zu.

Die psychotherapeutische Versorgungsrelevanz einer psychischen Störung ist dann besonders hoch, wenn nicht nur viele Patienten an einer bestimmten Erkrankung leiden und die Wirksamkeit der Psychotherapie bei dieser Störung belegt ist, sondern wenn zusätzlich die Betroffenen auch tatsächlich psychotherapeutische Hilfen in der ambulanten Versorgung in Anspruch nehmen bzw. in Anspruch nehmen würden. Zu beachten sind dabei mögliche strukturelle Versorgungsdefizite oder Barrieren, die eine Inanspruchnahme in unzureichender Weise behindern (z. B. weil die Bestimmungen in den Psychotherapie-Richtlinien eine adäquate ambulante psychotherapeutische Versorgung erschweren). Zusammenfassend sollten daher bei der Bestimmung der psychotherapeutischen Versorgungsrelevanz von Anwendungsbereichen der Psychotherapie insbesondere die folgenden Aspekte berücksichtigt werden.

Zentrale Bestimmgrößen der psychotherapeutischen Versorgungsrelevanz von Anwendungsbereichen der Psychotherapie

- Bevölkerungsepidemiologie eines Anwendungsbereichs (zumeist 1-Jahres-Prävalenz)
- Schweregrad (Psychosoziales Funktionsniveau, Symptomschwere, Lebensqualität)
- Prognose hinsichtlich
 - Chronifizierung der Störung
 - Entwicklung sekundärer Erkrankungen
 - Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus
 - insbesondere bei Kindern: Beeinträchtigung der kognitiv-emotionalen und sozialen Entwicklung sowie der schulischen und beruflichen Bildung
- Sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Folgen (AU-Zeiten, Erwerbsminderung, Behandlungs- und Betreuungskosten)
- Ansatzpunkte für eine psychotherapeutische Behandlung
- Versorgungsepidemiologie eines Anwendungsbereichs: Quantitative Relevanz in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unter Berücksichtigung von bestehenden systematischen Versorgungsdefiziten

Die vorgeschlagene Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz kann bei der aktuellen Forschungslage nur eine vorläufige sein. Selbst im Bereich der Bevölkerungsepidemiologie, dessen Datenlage zur Epidemiologie psychischer Störungen sich mit dem Bundesgesundheitsurvey von 1998 deutlich verbessert hat, fehlen belastbare Daten zum Beispiel zur Prävalenz sexueller Funktionsstörungen oder von Persönlichkeitsstörungen. Die Forschungslage zu den weiteren diskutierten Aspekten, wie dem Schweregrad psychischer Störungen, den resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen oder der Inanspruchnahme von Psychotherapie, ist nochmals schwächer. In den USA wurden im Rahmen der *National Comorbidity Survey Replication* auch Schweregradeinschätzungen erhoben, die erste Hinweise liefern können, welche psychischen Störungen mit durchschnittlich höheren Funktionsbeeinträchtigungen, Symptombelastungen (wie u.a. Suizidalität) und Einschränkungen der Teilhabe einhergehen (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Danach sind psychische Störungen wie Zwangsstörungen, bipolare Störungen oder Drogenabhängigkeit in über fünfzig Prozent der Fälle mit einem hohen Schweregrad assoziiert, während bei spezifischen Phobien in fast 50% der Fälle der Schweregrad als „leicht“ eingeschätzt wurde. Für die Gruppe der affektiven Störungen ergibt sich demnach ein höherer Anteil von Patienten mit einem hohen Schweregrad (45,0 %) gegenüber der Gruppe der Patienten mit einer Angststörung (22,8 %) bzw. mit einer Substanzabhängigkeit bzw. –missbrauch (29,6%). In absoluten Häufigkeiten liegt der Anteil der Patienten mit einem hohen Schweregrad für die Gruppe der affektiven Störungen bzw. der Angststörungen bei 4,3 % bzw. 4,1 % bezogen auf die Gesamtbevölkerung, während der Anteil der Patienten mit einer substanzbezogenen Störungen mit hohem Schweregrad bei 1,1 % liegt. Für Deutschland fehlen entsprechende Daten zur Ausprägung des Schweregrades.

Zur Inanspruchnahme von professionellen Hilfen aufgrund einer psychischen Störung liegen im Zusammenhang mit dem Bundesgesundheitsurvey lediglich Daten zur lifetime-Inanspruchnahme vor (Wittchen & Jacobi, 2001). Die Inanspruchnahmerate für professionelle Hilfen bei affektiven Störungen (50,1%), Panikstörungen (67,4%) oder anderen psychischen Störungen wie Essstörungen oder psychotischen Störungen (54,2%) fällt deutlich höher aus als bei Abhängigkeit oder Missbrauch von psychotropen Substanzen (29,0%). Nur ein Teil dieser in Anspruch genommenen

medizinischen und therapeutischen Leistungen bezieht sich auf psychotherapeutische Behandlungen. Die publizierten Daten erlauben keinen Rückschluss auf das psychotherapeutische Inanspruchnahmeverhalten der betroffenen Patienten. Auch hieraus resultieren lediglich einzelne Hinweise auf die psychotherapeutische Versorgungsrelevanz der verschiedenen Erkrankungen bzw. in Anwendungsbereichen zusammengefassten Erkrankungen.

Daher kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Einschätzung der psychotherapeutischen Versorgungsrelevanz nicht auf der Basis einer empirisch fundierten Gewichtung der oben genannten Faktoren erfolgen. Sie muss sich letztlich auf das Urteil von ausgewiesenen Experten stützen. Idealerweise würde die Abschätzung der Versorgungsrelevanz von Störungsgruppen bzw. Anwendungsbereichen der Psychotherapie im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens ermittelt werden. Ein solches Verfahren war jedoch in der Kürze der Stellungnahmefrist nicht zu organisieren. Daher stützt die BPtK ihren Operationalisierungsvorschlag auf das Arbeitsergebnis einer eigens eingesetzten Expertenkommission, die mit ausgewiesenen, klinisch erfahrenen Wissenschaftlern aus den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatischen Medizin, Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besetzt wurde (Esser et al., 2006). Mit der Zusammensetzung der Expertenkommission konnte der notwendige wissenschaftliche Sachverstand in Fragen der klinischen Epidemiologie, der Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen, der Versorgungsforschung, der Wirksamkeitsbewertung und der Indikationsstellung zur psychotherapeutischen Behandlung gebündelt werden.

Bei der Anwendung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz von Anwendungsbereichen der Psychotherapie auf die Frage der sozialrechtlichen Zulassung psychotherapeutischer Verfahren für die gesamte Breite der Anwendungsbereiche kommen in diesem Zusammenhang zwei grundsätzliche Argumente zum Tragen:

1. Aus versorgungspragmatischen Gründen erscheint die Generalisierung von Nachweisen in mehreren unterschiedlichen Anwendungsbereichen auf die Wirksamkeit eines Verfahrens in weiteren Anwendungsbereichen, für die bislang unter qualitativen und quantitativen Gesichtspunkten nicht genügend aussagekräftige Studien vorliegen, gerechtfertigt.

2. 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.

Daher schlägt die BPtK vor, ein psychotherapeutisches Verfahren für die Psychotherapie bei Erwachsenen dann für die gesamte Breite der in Abschnitt D definierten Anwendungsbereiche zuzulassen, wenn:

- valide und aussagekräftige Belege des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit für mindestens drei Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen D 1.1 bis 1.4 vorliegen

oder

- valide und aussagekräftige Belege des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit für mindestens zwei der in D 1.1 bis D 1.4 genannten Anwendungsbereiche und zusätzlich für mindestens zwei der in D 1.5 bis D 1.12 genannten Anwendungsbereiche vorliegen.

Für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen schlägt die BPtK vor, ein psychotherapeutisches Verfahren dann für die gesamte Breite der in Abschnitt D definierten Anwendungsbereiche zuzulassen, wenn:

- valide und aussagekräftige Belege des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit für mindestens drei Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen D 2.1 bis 2.3 vorliegen.

oder

- valide und aussagekräftige Belege des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit für mindestens zwei Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen D 2.1 bis 2.3 und zusätzlich für mindestens zwei Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen D 2.4 bis D 2.15 vorliegen.

2. Begründung der gewählten Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz für die Anwendung der Psychotherapie bei Erwachsenen

Der Vorschlag der BPtK, insbesondere die Anwendungsbereiche D 1.1 bis 1.4 als Grundlage für die Bewertung der Versorgungsrelevanz eines psychotherapeutischen Verfahrens bei Erwachsenen heranzuziehen, begründet sich durch die besondere epidemiologische und versorgungsepidemiologische Relevanz der Störungen dieser Anwendungsbereiche der Psychotherapie. Die besondere Versorgungsrelevanz eines Anwendungsbereichs der Psychotherapie bei Erwachsenen ist insbesondere dann gegeben, wenn verlässliche bevölkerungs- und versorgungsepidemiologische Daten für eine hohe Prävalenz der jeweiligen Störungen sprechen und die direkten und indirekten Kosten der Versorgung und der Fehl- oder Unterversorgung in diesem Bereich einen bedeutsamen Anteil der Gesamtkosten in der Versorgung psychischer Störungen und Erkrankungen ausmachen.

Dieses Kriterium gilt für vier Anwendungsbereiche, denen gemeinsam ist, dass in aktuellen internationalen und nationalen Studien eine 12-Monats-Prävalenz der diesem Bereich zugeordneten Störungen von über 3% der Bevölkerung festgestellt wurde. Die aktuellsten Schätzungen auf der Basis von 27 epidemiologischen Studien in Europa (Wittchen & Jacobi, 2005) beziehen sich auf die 12-Monats-Prävalenz der einzelnen psychischen Störungen. Aggregierte Prävalenzdaten zu den definierten Anwendungsbereichen liegen auf europäischer Ebene nicht vor. Die 12-Monats-Prävalenzraten der einzelnen psychischen Störungen betragen im

- Anwendungsbereich 1.1
Major Depression: 6,9 %
- Anwendungsbereich 1.2
Panikstörung: 1,8 %
Agoraphobie: 1,3 %
Soziale Phobie: 2,3 %
Generalisierte Angststörung: 1,7 %
Spezifische Phobie: 6,4 %
Zwangsstörung: 0,7 %

- Anwendungsbereich 1.3
Alkoholabhängigkeit: 2,4 %
Abhängigkeit von illegalen Drogen: 0,5 %
- Anwendungsbereich 1.4
Somatoforme Störungen: 6,3 %.

Die Zahlen der aktuellsten bevölkerungsepidemiologischen Schätzung für Deutschland auf der Basis des Bundesgesundheits surveys von 1998 (Jacobi et al., 2004) sind weitgehend vergleichbar⁶ und liegen für den

- Anwendungsbereich 1.1 (Affektive/depressive Störungen) bei 10,7 %
(Major Depression und Dysthymie),
- Anwendungsbereich 1.2 (Angststörungen) bei 14,5 %,
- Anwendungsbereich 1.3 (Substanzabhängigkeit und -missbrauch) bei 4,5 %,
- Anwendungsbereich 1.4 (Somatoforme Störungen) bei 11,0 %.

Zusammengenommen entsprechen die prävalenten Fälle in den Anwendungsbereichen 1.1 bis 1.4 mindestens 70% der Gesamtzahl aller Fälle mit psychischen Störungen. Darüber hinaus lassen sich bei Patienten mit Störungen aus den Anwendungsbereichen 1.5 bis 1.12 häufig weitere komorbide psychische Störungen diagnostizieren, die überwiegend einem der Anwendungsbereiche 1.1 bis 1.4 zuzuordnen sind. Auch die Beschlussvorlage des Unterausschusses des G-BA benennt die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“, „Angststörungen“ und „Somatoforme Störungen“ als die für die psychotherapeutische Versorgung relevantesten Anwendungsbereiche. Dagegen fehlt in der Beschlussvorlage der Anwendungsbereich der Abhängigkeitserkrankungen als einer der versorgungsrelevantesten Anwendungsbereiche der Psychotherapie und wird lediglich als Anwendungsbereich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation aufgeführt und bei der Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz unberücksichtigt gelassen. Dies entspricht weder der großen epidemiologischen Bedeutung der Abhängigkeitserkrankungen noch der be-

⁶ Diese Kennziffern stellen bezogen auf den gegenüber den zitierten epidemiologischen Studien weiter gefassten Rahmen der Anwendungsbereiche *Unterschätzungen* dar, da einige bezogen auf die Bevölkerungs- und Versorgungsepidemiologie relevanten Störungen innerhalb dieser Störungsgruppen nicht mit erfasst wurden. So wurde innerhalb der europäischen Daten bei den depressiven Störungen die Dysthymie nicht mit erfasst. Bei den Angststörungen wurden jeweils die Posttraumatische Belastungsstörung und bei den Substanzstörungen jeweils die Medikamentenabhängigkeit nicht erfasst. Hinsichtlich des Bereichs Somatoforme Störungen fehlen Daten über die (zusätzliche) Prävalenz der diesem Bereich hier zugeordneten Störungen Neurasthenie und der Depersonalisations-/Derealisationssyndrome.

sonderen Schwere dieser Erkrankungen, auch nicht der resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen und psychischen und körperlichen Folgeerkrankungen sowie der enormen Folgekosten im Gesundheitssystem. Auch die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen von Abhängigkeitserkrankungen ist gut belegt. Dabei verhindert die aktuelle Fassung der Psychotherapie-Richtlinien eine angemessene ambulante psychotherapeutische Versorgung dieser Patientengruppe und führt zu einer Unterversorgung der betroffenen Patienten. Bestehende komplementäre Einrichtungen und Einrichtungen der ambulanten Suchtrehabilitation, welche einen Teil der Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen versorgen, können dabei in der Regel nicht die erforderlichen psychotherapeutischen Behandlungsangebote für die vielfach multimorbiden Suchtpatienten vorhalten, welche zusätzlich zur Suchterkrankung an weiteren psychischen Störungen leiden. Die versorgungsepidemiologische Relevanz der Abhängigkeitserkrankungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist daher mit Blick auf den realen Versorgungsbedarf ebenfalls als besonders hoch einzuschätzen.

Für die Bereiche ‚Psychotische Störungen‘ und ‚Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen‘ trifft zwar ebenfalls zu, dass sie insbesondere aufgrund des stationären Behandlungsbedarfs sowie der langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und des hohen Anteils an Erwerbsminderungen mit hohen Kosten verbunden sind, ihre Bedeutung für die ambulante psychotherapeutische Versorgung entspricht jedoch insbesondere aufgrund der geringeren Prävalenzraten nicht jener der Anwendungsbereiche 1.1 bis 1.4. Innerhalb der organischen psychischen Störungen liefern darüber hinaus die besonders häufigen dementiellen Erkrankungen kaum Ansatzpunkte für eine auf Heilung oder Linderung ausgerichtete psychotherapeutische Behandlung.

Für die weiteren Anwendungsbereiche aus 1.5 bis 1.12 ist die epidemiologische Bedeutung entweder deutlich geringer (Essstörungen, Schlafstörungen) oder es fehlen verlässliche Daten zur Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie (Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, Psychische Faktoren bei körperlichen Krankheiten, Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung). Für den Bereich der sexuellen Funktionsstörungen liegen zwar sehr hohe Schätzungen zur Prävalenz vor, die Datenlage ist aber qualitativ und quantitativ nicht ausreichend und die Versorgungsrele-

vanz solcher sexuellen Funktionsstörungen, die nicht auf andere psychische Störungen zurückzuführen sind, lässt sich zur Zeit nicht valide abschätzen.

Die Anwendungsbereiche 1.1 bis 1.4 sind auch im Hinblick auf die gesamte Versorgungssituation psychisch Kranker in Deutschland von herausragender Bedeutung (Barghaan, Harfst, Koch & Schulz, 2005; Schulz et al., in Druck).

Dies gilt für die stationäre Psychotherapie mit den Versorgungsbereichen

- Krankenhausbehandlung Psychiatrie und Psychotherapie
- Krankenhausbehandlung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychosomatische Rehabilitation.

Aussagen lassen sich hier allerdings nur mit der Einschränkung treffen, dass lediglich Daten auf der Grundlage von klinischen Behandlungsdiagnosen vorliegen, reliable und valide Forschungsdiagnosen dagegen fehlen. Ferner ist die Zuordnung der Behandlungszahlen zu den hier gewählten Anwendungsbereichen nicht immer eindeutig möglich, vor allem weil die Kategorie der Anpassungs- und Belastungsstörungen, die in der Krankenhausversorgung (wie auch in der ambulanten Versorgung) relativ häufig vorkommt, in unserem Vorschlag in den Anwendungsbereichen Depressive Störungen und Angststörungen aufgeht.

Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung sind die vier Anwendungsbereiche 1.1 bis 1.4, ebenfalls mit den genannten Einschränkungen, die mit Abstand wichtigsten.

Ferner haben Störungen, die den Anwendungsbereichen 1.1 bis 1.4 zuzuordnen sind, eine herausgehobene Bedeutung in Bezug auf die

- Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen,
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Krankenhaustage.

Dafür sprechen neben den Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey (Wittchen & Jacobi, 2001) auch soweit verfügbar Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen

(Schulz et al., in Druck) und der Krankenkassen (u. a. DAK Gesundheitsreport 2005, BARMER Gesundheitsreport 2005).

Insgesamt sichert ein valider Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens in mindestens drei der vier Anwendungsbereiche 1.1 bis 1.4 eine ausreichende Versorgungsrelevanz. Eine solche Evidenzlage würde bedeuten, dass für die Mehrzahl der zu behandelnden Patienten unmittelbar ein valider Nachweis vorliegt. Weiterhin erlaubt ein so breiter Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens einen Rückschluss auf die Generalität der Wirksamkeit des Verfahrens bei weiteren Anwendungsbereichen der Psychotherapie.

Auch bei Vorliegen eines validen Nachweises in zwei der vier Anwendungsbereiche bei Erwachsenen mit besonderer Versorgungsrelevanz und zusätzlich in mindestens zwei weiteren Anwendungsbereichen ist für einen Großteil der zu behandelnden Patienten der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens unmittelbar belegt. Aufgrund der Vielzahl von hinreichend belegten Anwendungsbereichen ist in einem solchen Fall ebenfalls ein Rückschluss auf die Generalität der Wirksamkeit eines Verfahrens bei weiteren Anwendungsbereichen möglich. Gegebenenfalls ist auf der Grundlage der Daten des Bundesgesundheits surveys und der diagnosebezogenen Daten zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Erwachsene in der GKV (Abrechnungsstatistiken der KBV) zu prüfen, in welcher Form valide Nachweise in den weiteren Anwendungsbereichen dazu führen, dass das Kriterium der Versorgungsrelevanz eines Verfahrens als erfüllt anzusehen ist.

Die vom Unterausschuss Psychotherapie vorgeschlagene Regelung führt zu einer unangemessen Engführung des Nachweises in drei Anwendungsbereichen, für die allesamt valide und aussagekräftige Informationen vorliegen müssen, damit eine Zulassung des Verfahrens für die gesamte Breite der Anwendungsbereiche erfolgen kann. Diese Regelung könnte gegebenenfalls dazu führen, dass ein Verfahren, obwohl nicht nur für zwei der drei Anwendungsbereiche der Psychotherapie D 1.1 bis 1.3 (nach Beschlussvorlage) sondern auch für alle weiteren Anwendungsbereiche D

1.4 bis D 1.9 und D 2.1 bis D 2.4 valide Informationen zum Nutzen, zu medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit vorliegen und damit die Versorgungsrelevanz weitaus stärker belegt wäre als bei ausschließlichen Nachweisen in den Anwendungsbereichen D 1.1 bis D 1.3, nicht als psychotherapeutisches Verfahren zugelassen würde.

3. Begründung der gewählten Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz für die Anwendung der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Die vom Unterausschuss Psychotherapie vorgeschlagene Regelung sieht keine Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsrelevanz der Anwendungsbereiche bei Kindern und Jugendlichen vor. Der Anwendungsbereich „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, welcher in der Beschlussvorlage in Ergänzung zu den (bei Erwachsenen) als besonders versorgungsrelevant eingestuften Anwendungsbereichen D 1.1 bis D 1.3 für die Zulassung von Verfahren im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie herangezogen wird, ist viel zu heterogen und damit ungeeignet für eine zusammenfassende Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens in einem Anwendungsbereich. Die übergreifenden Gemeinsamkeiten der in diesem Anwendungsbereich zusammengefassten Störungen erschöpfen sich in ihrem regelhaften Beginn im Kindes- bzw. Jugendalter. Darüber hinaus lassen sich beispielsweise für die Gruppe der hyperkinetischen Störungen, der Störungen der Ausscheidung und der Ticstörungen weder phänomenologisch noch pathogenetisch oder ätiologisch substantielle Übereinstimmungen erkennen.

Auch liegt der Bildung des Abschnitts F9 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ des Kapitel V der ICD-10 nicht die Intention zugrunde, auf dieser Ebene Analysen zur Wirksamkeit von Behandlungsverfahren oder -methoden durchzuführen. Die vorgeschlagene Regelung führt mit der Forderung von Nachweisen des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu einer unangemessen Engführung des Nachweises in den vier Anwendungsbereichen (D 1.1 bis D 1.3 und D 1.9), für die allesamt valide und aussagekräftige Informationen vorliegen müssen, damit eine Zulassung als Verfahren mit umfassenden Versorgungsauftrag erfolgen kann. Diese Regelung könnte gegebenenfalls

dazu führen, dass ein Verfahren, obwohl nicht nur für drei Anwendungsbereiche der Psychotherapie D 1.1 bis 1.3 und D 1.9, sondern auch für alle weiteren Anwendungsbereiche D 1.4 bis D 1.8 und D 2.1 bis D 2.4 valide Informationen zum Nutzen, zu medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit vorliegen und damit die Versorgungsrelevanz weitaus stärker belegt ist als bei ausschließlichen Nachweisen in den Anwendungsbereichen D 1.1 bis D 1.3 und D 1.9, nicht als psychotherapeutisches Verfahren bei Kindern und Jugendlichen zugelassen wird.

Die BPtK schlägt daher vor, wie bei den Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen auch für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Feststellung der besonderen Versorgungsrelevanz eines Anwendungsbereichs insbesondere die folgenden Kriterien zugrunde zu legen:

- hohe Prävalenz der psychischen Störungen eines Anwendungsbereichs (belegt durch verlässliche bevölkerungs- und versorgungsepidemiologische Daten)
- direkte und indirekte Kosten der Versorgung sowie der Fehl- und Unterversorgung verursachen einen Großteil der Gesamtkosten in der Versorgung psychischer Störungen

Verwertbare bevölkerungs- und versorgungsepidemiologische Daten bieten europäische epidemiologische Studien, die eine kategoriale Fallidentifikation/-definition nach ICD- oder DSM-Kriterien vornehmen (Ihle & Esser, 2002). Die Studien beruhen auf genügend großen und repräsentativen Stichproben des Kindes- und Jugendalters und geben relevante Informationen über Stichprobenziehung sowie Ausschöpfungsrate. Weiterhin wurden ausschließlich Studien berücksichtigt, die strukturierte Interviews durchführen und ein breites Spektrum psychischer Störungen einbeziehen.

Ausweislich dieser Studien liegt die 6-Monats-Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter bei 17,2 % (Ihle & Esser, 2002). Nach dem aktuellen Forschungsstand liegen die 6-Monatsprävalenzraten im

- Anwendungsbereich 2.1 (Externalisierende Störungen: insbesondere F90, F91, F1, F 94.2) bei insgesamt 7,5%, wobei Störungen des Sozialverhaltens bei 4,9% und Hyperkinetische Störungen bei 2,6% liegen,
- Anwendungsbereich 2.2 (Angststörungen insbesondere F40, F41, F42,) bei 9,8%
- Anwendungsbereich 2.3 (depressive Störungen) bei 5,9%.

Als häufigste Störungen in relevanten epidemiologischen Studien zeigen sich Angststörungen, die gleichzeitig auch eine hohe Relevanz in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung besitzen. Trennungsangst und Überängstlichkeit sind zwar eine häufige Störung im Kindesalter, nehmen jedoch in vielen Fällen einen günstigen Verlauf und gehen in ihrer Prävalenz bis zur Pubertät deutlich zurück. Dagegen treten die soziale Phobie in der Pubertät und Agoraphobie sowie Panikstörung insbesondere nach der Pubertät besonders häufig auf und zeigen dann eine Tendenz zur Chronifizierung. Für diese Untergruppe ist eine besondere Versorgungsrelevanz festzustellen.

Eine hohe Prävalenzrate bei gleichzeitig hoher Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen ist auch für die externalisierenden Störungen zu verzeichnen. Bei den externalisierenden Störungen zeigt sich ein Anstieg der Prävalenzraten bis zur Pubertät mit einem anschließenden leichten Rückgang. Dies trifft besonders für Störungen des Sozialverhaltens und des oppositionellen Verhaltens zu. Der Gipfel hyperkinetischer Störungen wird bereits im Schulalter erreicht. Unbehandelt weisen die externalisierenden Störungen des Kindesalters eine starke Tendenz zur Chronifizierung auf, mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen, für einen ungünstigen Verlauf der kognitiv-emotionalen und sozialen Entwicklung und für eine deutlich geringere schulische und berufliche Bildung der betroffenen Kinder.

Depressive Störungen nehmen erst im Jugendalter deutlich zu. Sie sind in dieser Altersphase neben dem erhöhten Risiko für Suizide und Suizidversuche mit deutlichen Beeinträchtigungen in den psychosozialen Funktionsbereichen sowie der schulischen und beruflichen Entwicklung verbunden. Depressive Störungen haben daher

insbesondere in dieser Altersphase eine herausgehobene Bedeutung für die ambulante psychotherapeutische Versorgung.

Die Anwendungsbereiche 2.1 bis 2.3 für Psychotherapie im Kindes und Jugendalter besitzen im Hinblick auf die Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland eine herausragende Bedeutung. Dies gilt sowohl für die stationäre Psychotherapie als auch für die ambulante psychotherapeutische Versorgung.

Für die weiteren Anwendungsbereiche 2.4 bis 2.15 ist die epidemiologische Bedeutung entweder deutlich geringer oder es fehlen verlässliche Daten, um die Prävalenz dieser Störungen valide abschätzen zu können. Essstörungen (F50) sind z. B. versorgungspolitisch bedeutsam und verursachen hohe Kosten, treten aber im Vergleich zu Störungen der Anwendungsbereiche 2.1 bis 2.3 relativ selten auf. Schlafstörungen (F51) sind dagegen relativ häufig zu finden, meist aber in einem geringen Schweregrad ausgeprägt, der keine psychotherapeutische Behandlung erforderlich macht. Für den Anwendungsbereich der psychischen Faktoren bei körperlichen Erkrankungen (F54) liegen keine aussagekräftigen epidemiologischen Daten vor. Aus dem stationären Bereich ist aber die Relevanz der psychotherapeutischen Behandlung bei schweren chronischen körperlichen Erkrankungen bekannt. Bei den Störungen der Ausscheidung zeigen sich besonders für die Enuresis höhere Prävalenzraten. Bei reiner Störungsform ist jedoch generell eine gute Prognose zu verzeichnen und es bedarf in den meisten Fällen keiner psychotherapeutischen Behandlung. Bei Komorbidität mit anderen psychischen Störungen steht meist die andere Problematik im Vordergrund, die dann häufig einem der Anwendungsbereiche 2.1 bis 2.3 zuzurechnen ist.

Die Regulations- und Fütterstörungen während der ersten Lebensjahre scheinen hinsichtlich ihrer Relevanz für die psychotherapeutische Versorgung deutlich zugenommen zu haben. Derzeit liegen jedoch noch keine verlässlichen Daten zur 12-Monats-Prävalenz vor, die eine den Anwendungsbereichen 2.1 bis 2.3 vergleichbare Versorgungsrelevanz erkennen lassen.

Umschriebene Entwicklungsstörungen sind relativ häufig, psychotherapeutischer Behandlungsbedarf ergibt sich vor allem in Zusammenhang mit den kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen. Für den Anwendungsbereich der Ticstörungen und Stereotypien gilt, dass für diese Störungsgruppe insbesondere im Kindesalter eine hohe Prävalenzrate festzustellen ist, jedoch gleichzeitig durch eine hohe Rate an Spontanremissionen und einen geringen Schweregrad und damit bei isoliertem Auftreten der Störung durch einen geringen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf gekennzeichnet ist. Die Trichotillomanie tritt sehr selten auf, die Prognose ist dabei allerdings als ungünstig zu bewerten.

Für die Bereiche Schizophrene Psychosen, Wahnhafte Störungen (F2), Bipolare affektive Störungen (F31.X) inklusive Manische Episode (F30.X) gilt zwar ebenfalls das Kriterium der hohen Kosten, dennoch fällt die epidemiologische Bedeutung im Kindes- und Jugendalter deutlich geringer aus als bei den Anwendungsbereichen 2.1 bis 2.3. Die Tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84) tritt extrem selten auf. Die Diagnose für Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens (F6 mit Ausnahme der F63.3) wird im Kindesalter nicht und im Jugendalter sehr selten und auch erst ab einem Alter von 16 Jahren gestellt. Im Kindesalter werden diese Störungen unter anderen diagnostischen Kategorien subsumiert.

Die besondere Versorgungsrelevanz der den drei ersten Anwendungsbereichen 2.1 bis 2.3 zugeordneten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters ergibt sich nicht nur aus der Auftretenshäufigkeit im Kindes und Jugendalter, sondern zusätzlich aus den resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen und verschlechterten Entwicklungschancen der Betroffenen. Sie haben eine herausgehobene Bedeutung in Bezug auf

- Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen,
- Schulischen Misserfolg, fehlende Berufschancen und Arbeitslosigkeit,
- Heimaufenthalte und Inhaftierung.

Die Ergebnisse epidemiologischer Längsschnittstudien zeigen konsistent hohe Persistenzraten der Störungen von über 50% (Ihle & Esser, 2002). Dabei weisen Externalisierende Störungen schon ab dem Kindesalter ein ungünstiges Verlaufsmuster

auf. Emotionale Störungen der Anwendungsbereiche 2.2 und 2.3 sind insbesondere ab dem Jugendalter mit einem hohen Chronifizierungsrisiko und einer ungünstigen Prognose für den weiteren Entwicklungsverlauf verbunden (Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2002).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein hinreichend breiter Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens in mindestens den Anwendungsbereichen D 2.1 bis D 2.3 bzw. in mindestens zwei der Anwendungsbereiche D 2.1 bis D 2.3 und zusätzlich in mindestens zwei weiteren Anwendungsbereichen (D 2.4 bis D 2.15) eine ausreichende Versorgungsrelevanz sichert. In diesen Fällen liegt für die Mehrzahl der zu behandelnden Kinder und Jugendlichen unmittelbar ein Nachweis der Wirksamkeit vor. Ein so breiter Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens erlaubt darüber hinaus einen Rückschluss auf die Generalität der Wirksamkeit des Verfahrens bei weiteren Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.

4. Definition und Abgrenzung der Begriffe Verfahren, Methode und Technik

Aus rechtlichen und fachlichen Gründen können Verfahren, die für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen sind, nicht auf der Grundlage der Nutzenbewertung zu einer Methode umdefiniert werden. In der Folge würde approbierten Psychotherapeuten, welche die vertiefte Ausbildung gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 1 des Psychotherapeutengesetzes in einem Verfahren absolviert haben, das nach § 92 Abs. 6a nicht als Behandlungsverfahren, sondern lediglich als Methode anerkannt ist, der Eintrag ins Arztregister und damit der Zugang zur GKV-Versorgung verwehrt werden. Für die ausführliche juristische Begründung siehe Abschnitt VI dieser Stellungnahme.

Auch die im Begründungstext vorgeschlagene Differenzierung zwischen Methoden und Techniken erweist sich bei genauerer Betrachtung als unscharf. Der Begriff der Technik wird in der Begründung zum Normentext primär über seine Anwendung in der Psychosomatischen Grundversorgung, jedoch nicht anhand inhaltlicher Kriterien in Abgrenzung zum Begriff der Methode definiert. Die Definition einer Methode als „Elemente oder Schwerpunkte einer therapeutischen Intervention“ und damit die De-

definition der Methode als konkretisierte Teilmenge einer Intervention entspricht dagegen eher der Definition des Begriffs einer psychotherapeutischen Technik.

Der Wissenschaftliche Beirat definiert in seinem Glossar den Begriff der psychotherapeutischen Technik wie folgt:

„Mit psychotherapeutischer Technik ist eine konkrete Methode innerhalb der Behandlungspraxis gemeint. Das Konzept ist handlungsbezogen, d.h. als ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen (idealerweise operational) beschreibbar. Der Anwendungsbereich ist bei einer bestimmten Behandlungstechnik meist enger als bei einem Verfahren und der Bezug zu einer theoretischen Grundorientierung kann im Einzelfall deutlich lockerer, im Extrem gar nicht vorhanden sein.“

Als Beispiel hierfür wird unter anderem die „Exposition in vivo“ genannt, welche auf derselben Abstraktionsebene wie die „Systematische Desensibilisierung“ zu den Interventionen der Verhaltenstherapie zu zählen ist. Die Systematische Desensibilisierung wird in der Begründung des Unterausschusses Psychotherapie zum Normen-text dagegen als Beispiel für eine Methode aufgeführt.

Daher plädiert die BPtK dafür, die vorgeschlagene Differenzierung in Methode und Technik vollständig aufzugeben und im Kontext der Psychotherapie-Richtlinien neben dem Begriff des Verfahrens ausschließlich den Begriff der Methode zu verwenden. Dieser Begriff ist so zu definieren, dass er die psychotherapeutische Methode sowohl im Sinne eines umfassenden therapeutischen Ansatzes in einem begrenzten Anwendungsbereich (z. B. Neuropsychologische Therapie bei organischen einschließlich symptomatischen psychischen Störungen) als auch im Sinne einer konkreten Methode oder Interventionstechnik (z. B. Systematische Desensibilisierung, Progressive Muskelrelaxation, Deutung) einschließt.

Nach den Psychotherapie-Richtlinien liegt Psychotherapieverfahren ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde. Die Theoriesysteme müssen seelische und körperliche Symptome als Ausdruck des Krankheitsgeschehens eines ganzheitlich gesehenen Menschen wahrnehmen und berücksichtigen.

Die Anwendung des umfassenden Theoriesystems des Psychotherapieverfahrens entfaltet sich in einer fallgerechten Behandlungsmethodik. Psychotherapieverfahren sind also durch ihre theoretisch begründete Eigengesetzlichkeit qualitativ definiert und können deshalb nicht durch eine Bewertung von Wirksamkeit und Nutzen, also quantitative Parameter, neu bzw. anders definiert werden.

Aus diesen Gründen wendet sich die BPtK dagegen, dass zur vertieften Ausbildung zugelassene Verfahren in Methoden umdefiniert werden.

VI. Rechtliche Begründung für die Einbeziehung von approbierten Psychotherapeuten in die GKV

Im Ergebnis können Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie verfassungsrechtlich keinen Bestand haben, wenn sie dazu führen (können), dass in der Richtlinie eine Anerkennung als Behandlungsverfahren unterbleibt, obwohl das Verfahren berufsrechtlich zur vertieften Ausbildung (§ 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG) zugelassen ist und zur Approbation führt.

Insoweit führen die unterschiedlichen Regelungsaufträge des § 95c S. 2 Nr. 3 SGB V und § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 i. V. m. § 92 Abs. 6a SGB V dazu, dass die „Anerkennung als Behandlungsverfahren“ im Ergebnis nicht nach einheitlichen Bewertungskriterien erfolgen kann. Der Regelungsauftrag nach § 92 Abs. 6a SGB V ermächtigt zu Berufsausübungsregelungen. § 95c S. 2 Nr. 3 dagegen führt zu einer Entscheidung, die in ihren Auswirkungen in die Nähe einer Zulassungsregelung rückt.

Die im Anhörungsentwurf vorgeschlagene Aktualisierung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien formuliert Voraussetzungen, die zwar vor dem Regelungsauftrag nach § 92 Abs. 6a SGB V Bestand haben mögen, nicht aber den strenger Voraussetzungen, die an eine subjektive Berufswahlbeschränkung zu stellen sind, gerecht wird.

1. Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG)

Vor allem aus Art. 12 Abs. 1 GG ergibt sich die Notwendigkeit, solche Verfahren als eigenständiges Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinien aufzunehmen, die – über die vertiefte Ausbildung (§ 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG) – zur Approbation führen.

a. Schutzbereich

Solche Verfahren fallen in den Schutzbereich der Berufsfreiheit.

Der Begriff des Berufes im Sinne des Art. 12 Abs. 1 GG ist weit auszulegen und umfasst grundsätzlich jede sinnvolle, erlaubte Tätigkeit (BVerfGE 14, 19, 22; 32, 311, 315). Hierzu zählen alle Verfahren, die über eine vertiefte Ausbildung zur Approbation führen. Angesichts des weiten Verständnisses des Berufsbegriffs kann es dahin-

gestellt bleiben, ob die Gesprächspsychotherapie, die Verhaltenstherapie, die analytische oder die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als ein besonderer, eigenständiger Berufszweig innerhalb der Psychotherapie anzusehen sind, oder ob vielmehr an der Einheit des psychotherapeutischen Berufs festzuhalten ist. Insoweit nämlich ist die Stellung eines Psychotherapeuten rechtlich vergleichbar mit der eines Facharztes.

In Bezug auf die Stellung des Facharztes hat das BVerfG bereits entschieden:

„Doch selbst wenn man auch für den Bereich des Art. 12 GG an der Einheit des ärztlichen Berufs festhält, die Tätigkeit des Facharztes also nur als eine besondere Form der Berufsausübung innerhalb des einheitlichen Arztberufs ansieht, lässt sich nicht verkennen, dass der Entscheidung, sich dieser Tätigkeit zu widmen, Elemente innewohnen, die einer Berufswahl nahe kommen. Der Entschluss, sich zum Facharzt auszubilden und die ärztliche Tätigkeit künftig auf das gewählte Fachgebiet zu beschränken, ist in aller Regel auf Dauer angelegt, er ist eine Lebensentscheidung [...] Sie stellt dem Arzt besondere Aufgaben, führt ihm einen besonderen Patientenkreis zu und [...] gibt dem Berufsbild des Arztes auch in der Öffentlichkeit ein besonderes Gepräge.“ (BVerfGE 33, 125, 161)

Die in dem Facharztbeschluss des BVerfG angestellten Erwägungen gelten gleichermaßen für die Verfahren, die Gegenstand einer vertieften Ausbildung im Sinne des § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG sind. Auch die Entscheidung, eine Approbation auf der Grundlage einer vertieften Ausbildung in einem dieser Verfahren zu erhalten, stellt regelmäßig eine auf Dauer angelegte Lebensentscheidung des einzelnen Psychotherapeuten dar, sich auf diesem Gebiet zu spezialisieren.

b. Beeinträchtigung der Berufsfreiheit

Die Psychotherapie-Richtlinien stehen aufgrund ihrer tatsächlichen Effekte in engem Zusammenhang mit der beruflichen Betätigung der Psychotherapeuten und gestalten insoweit auch die Art und Weise der Berufsausübung dieser Personengruppen mit aus. Sie bestimmen nämlich maßgeblich mit, ob im Zusammenhang mit Krankenbe-

handlung stehende psychotherapeutische Leistungen in freiberuflicher Form vornehmlich nur im Privatrechtsverkehr angeboten und erbracht werden dürfen, oder auch (ambulant) zu Lasten der Kostenträger im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Nach wie vor ist der allergrößte Teil der Bevölkerung – ca. 72 Mio. Menschen – in den Versicherungsschutz der Gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen.

Wie nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts anerkannt ist, ist die Berufsfreiheit thematisch immer dann berührt, wenn eine Regelung den berufsrechtlich zur Erbringung von Leistungen der Krankenbehandlungen im Sinne von § 27 Abs. 1 SGB V qualifizierten Betroffenen

„...von der Behandlung eines sehr großen Patientenkreises absperrt und ihn zwar nicht unmittelbar rechtlich, aber durch die gesamte Gestaltung des Kassenarztwesens praktisch an der Behandlung zahlreicher Patienten hindert die ihn sonst in Anspruch nehmen würden“ (so in Bezug auf Ärzte BVerfGE 11, 30, 43; 82, 209, 229 ff. für den Krankenhausbereich).

Diese Erwägungen treffen gleichermaßen auf die Psychotherapeuten mit Blick auf das jeweilige Verfahren ihrer vertieften Ausbildung zu:

Berufsrechtlich sind sie kraft ihrer Approbation zur Erbringung von psychotherapeutischen Leistungen qualifiziert. Sozialrechtlich bedarf es einer „Anerkennung“ in den Psychotherapie-Richtlinien. § 95c S. 2 Nr. 1-3 SGB V macht die sozialrechtliche Anerkennung zur Voraussetzung dafür, dass Psychotherapeuten überhaupt Leistungen zu Lasten der GKV erbringen und gesetzlich Versicherte behandeln dürfen.

Eine Nichtanerkennung eines Verfahrens in den Psychotherapie-Richtlinien hat damit zur Folge, dass entsprechend ausgebildeten und approbierten Psychotherapeuten der Zugang zum Leistungserbringungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich verwehrt wird. Eine Beeinträchtigung ihrer Berufsfreiheit liegt damit vor.

Unerheblich ist dabei, dass die Therapeuten selbst nicht Adressaten der Richtlinie sind.

In der verfassungs- und sozialgerichtlichen Rechtsprechung ist anerkannt, dass durch Richtlinien und andere abstrakt-generell-normative Regelungen im Bereich des SGB V durchaus auch Leistungserbringer in ihren Grundrechten aus Art. 12 Abs. 1 GG tangiert sein können, selbst wenn sie nicht Adressaten der Vorschriften sind (BVerfGE NJW 1992, 735; BVerfGE NZS 1999, 338; BVerfGE NJW 2000, 1781; BSG Sozialrecht 3-2500 § 34 Nr. 5).

„Eine berufsregelnde Tendenz von Richtlinien für einen Leistungserbringer kann zunächst dann gegeben sein, wenn dieser [...] Adressat einer Regelung ist. Letzteres trifft auf Diätassistenten nicht zu. Sie stehen zu dem Beklagten auch [...] in keiner durch Mitgliedschaft, Zulassung oder Vertrag vermittelten Sonderrechtsbeziehung [...] Normative Bestimmungen wie die Richtlinien des Bundesausschusses können jedoch – wie aufgezeigt – auch dann in die Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG eingreifen, wenn sie zwar die Berufstätigkeit von Dritten nicht unmittelbar berühren, wenn sie oder die auf ihrer Grundlage ergangenen Maßnahmen aber in einem engen Zusammenhang mit der Ausübung des Berufes stehen und objektiv eine berufsregelnde Tendenz haben.“
(BSG NZS 2001, 590, 592)

c. Intensität der Beeinträchtigung

Da die Anerkennung der Verfahren als eigenständiges Behandlungsverfahren in den Richtlinien Voraussetzung dafür ist, dass entsprechend ausgebildete und organisierte Psychotherapeuten überhaupt erst Zugang in das GKV-System erlangen können (§§ 95, 95c SGB V), stellt die Nichtaufnahme eines Verfahrens als Verfahren in die Richtlinien nicht nur eine **Einschränkung der Berufsausübung** solcher Psychotherapeuten dar. Die Nichtaufnahme kommt zugleich einer **faktischen Beschränkung der Berufswahl** nahe.

Verfassungsrechtlich ist geklärt, dass Ausbildungsnachweise, Qualifikationsanforderungen und Regelungen zum Sachkundennachweis subjektive Berufswahlbeschränkungen sind.

„Die Regelung subjektiver Voraussetzungen der Berufsaufnahme ist ein Teil der rechtlichen Ordnung eines Berufsbildes; sie gibt den Zugang zum Beruf nur den in bestimmter - und zwar meist formaler - Weise qualifizierten Bewerbern frei.“ (BVerfGE 7, 377, 406 f.)

„Das Erfordernis der Sachkunde ist eine subjektive Zulassungsvoraussetzung im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG [...]Die Aufnahme des Berufs als Einzelhändler wird von dem Besitz bestimmter Kenntnisse abhängig gemacht, die durch einen besonderen Ausbildungsgang und grundsätzlich auch in einer Prüfung nachzuweisen sind.“ (BVerfG NJW 1966, 291, 292)

Da vorliegend der Fachkundenachweis nur durch die Ausbildung in einem durch die Richtlinien anerkannten Behandlungsverfahren erbracht werden kann (§§ 95c i.V.m. 92 Abs. 6a SGB V), haben die Psychotherapie-Richtlinien die Wirkung einer subjektiven Berufswahlbeschränkung. Sie haben präjudizierenden Einfluss auf die Entscheidung eines Psychotherapeuten, auf welches Behandlungsverfahren er sich spezialisieren möchte. Regelmäßig wird der Psychotherapeut sich für ein Verfahren entscheiden, das zugleich in den Psychotherapie-Richtlinien anerkannt ist. Allein die Spezialisierung auf ein solches Verfahren gewährt dem Psychotherapeuten wegen § 95c SGB V auch Zugang in das System der GKV.

Dem lässt sich vorliegend nicht entgegenhalten, dass der von § 95c SGB V verlangte Fachkundenachweis letztlich nur Auswirkungen auf die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung in der GKV hat und der Therapeut nur innerhalb dieses Systems nicht tätig werden kann, es ihm im Übrigen aber freisteht, psychotherapeutisch tätig zu sein.

Eine solche Betrachtung würde der enormen Bedeutung der GKV für die Leistungserbringer nicht gerecht werden.

Wie wichtig die Zulassung zur Teilnahme an der Versorgung von GKV-Versicherten für die Leistungserbringer ist, hat das BVerfG bereits in seinem Kassenarzturteil festgestellt:

„Die vorliegende Regelung zeigt nun die Eigenart, dass sie den voll qualifizierten Arzt, der sich zur Ausübung der ärztlichen Praxis niedergelassen hat, von der Behandlung eines sehr großen Patientenkreises absperrt, ihn zwar nicht unmittelbar rechtlich, aber durch die gesamte Gestaltung des Kassenarztwesens praktisch an der Behandlung zahlreicher Patienten hindert, die ihn sonst in Anspruch nehmen würden. In ihrer Auswirkung kommt sie so in die Nähe einer Zulassungsregelung [...] Zwar besteht noch die Möglichkeit, sich unter Verzicht auf die Kassenzulassung eine freie ärztliche Praxis aufzubauen; praktisch wird sie nur für einen kleinen Kreis von „Spezialärzten“, die sich durch eine besondere Behandlungsmethode oder einen besonderen Ruf das Vertrauen eines größeren Patientenkreises erworben haben. Bei der Entscheidung über die Berufswahl kann diese Möglichkeit in der Regel nicht in Betracht gezogen werden; deshalb muss das Gericht, das vom Regelfall auszugehen hat, sie wegen ihres Ausnahmecharakters unberücksichtigt lassen [...]“ (BVerfGE 11, 30, 43).

d. Keine Rechtfertigung

Ein Fortbestehen dieser subjektiven Berufswahlbeschränkung findet keine verfassungsrechtliche Rechtfertigung, weshalb die Aufnahme der Verfahren, die über die vertiefte Ausbildung zur Approbation führen, als eigenständiges Behandlungsverfahren in die Richtlinien zwingend ist.

- aa) Subjektive Berufswahlbeschränkungen muss der Gesetzgeber selbst vornehmen. Sie dürfen nicht der Selbstverwaltung überlassen werden. Genau diesen Effekt hat aber § 95c SGB V. Nach S. 2 der Vorschrift muss die für den Fachkundenachweis erforderliche vertiefte Ausbildung in einem durch den GBA nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren abgeschlossen sein.

Damit kommt letztlich den Psychotherapie-Richtlinien und dem G-BA eine Berufswahl regelnde Rechtsetzungskompetenz zu, die verfassungsrechtlich höchst problematisch ist.

Das BVerfGE hat in seinem Facharztbeschluss hierzu betont, dass berufsregelnde, Status bildende Bestimmungen der Gesetzgeber selbst treffen muss:

„Der Gesetzgeber darf seine vornehmste Aufgabe nicht anderen Stellen innerhalb oder außerhalb der Staatsorganisation zu freier Verfügung überlassen. Das gilt besonders, wenn der Akt der Autonomieverleihung dem autonomen Verband nicht nur allgemein das Recht zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben und zum Erlass der erforderlichen Organisationsnormen einräumt, sondern ihn zugleich zu Eingriffen in den Grundrechtsbereich ermächtigt. Dem staatlichen Gesetzgeber erwächst hier eine gesteigerte Verantwortung: Der verstärkten Geltungskraft der Grundrechte entspricht die besondere Bedeutung aller Akte staatlicher Gewaltausübung, welche die Verwirklichung und Begrenzung von Grundrechten zum Gegenstand haben [...] Ob hiernach ein Berufsverband von berufsregelnder Rechtsetzung ermächtigt werden darf und welche Anforderungen er im Einzelfall an die Ermächtigung zu stellen sind, hängt von der jeweiligen Intensität des Eingriffs ab. Die in der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung entwickelte, am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ausgerichtete Stufentheorie kann entsprechend herangezogen werden. Sie ergibt als leitendes Motiv, dass Regelungen, die die Freiheit der Berufswahl und dadurch sogar schutzwürdige Interessen von Nichtmitgliedern berühren, insofern also den Kreis „eigener“ Angelegenheiten überschreiten, vom Gesetzgeber selbst getroffen werden müssen; allenfalls Einzelfragen fachlich-technischen Charakters könnten in dem vom Gesetzgeber gezogenen Rahmen auch durch Satzungsrecht eines Berufsverbandes geregelt werden.

Handelt es sich hingegen um Berufsregelungen, die lediglich in die Freiheit der Berufsausübung von Mitgliedern eines Verbandes eingrei-

fen, bestehen keine grundsätzlichen Bedenken dagegen, diesen Verband zur Normengebung zu ermächtigen. Aber auch hier muss das zulässige Maß des Eingriffs in den Grundrechtsbereich umso deutlicher in der gesetzlichen Ermächtigung gestimmt werden, je empfindlicher die freie berufliche Betätigung beeinträchtigt, je intensiver eine auf Dauer angelegte Lebensentscheidung des Einzelnen und das Interesse der Allgemeinheit an der Art und Weise der Tätigkeit berührt werden. Einschneidende, das Gesamtbild der beruflichen Betätigung wesentlich prägende Vorschriften über die Ausübung des Berufs sind auch hier dem Gesetzgeber zumindest in den Grundzügen vorzubehalten.“
(BVerfGE, Beschluss vom 09.05.1972, Aktenzeichen 1 BVR 518/62, 1 BVR 308/64, NJW 1972, 1504, 1506 f.).

Legt man diese Maßstäbe dem vorliegenden Sachverhalt zugrunde, wird deutlich, dass die Nichtaufnahme eines Verfahrens, welches über die vertiefte Ausbildung zur Approbation führt, als eigenständiges Behandlungsverfahren in die Richtlinien nicht mehr von der dem G-BA durch § 95c SGB V verliehenen Kompetenzen gedeckt ist.

Nach § 92 Abs. 6a SGB V sind in den Richtlinien insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, des Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln. Normzweck der Vorschrift ist die inhaltliche Interpretation des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V durch den GBA in Form von Richtlinien. Gewährleistet werden soll eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche psychotherapeutische Versorgung der Versicherten.

Dieser Versorgungsauftrag ist ein allgemeiner Gemeinwohlbelang, der Beschränkungen in die Freiheit der Berufsausübung von Leistungserbringern rechtfertigt. Reglementiert wird damit der Umfang der Leistungserbringung, also das „Wie“. Diesbezüglich bestehen auch keine Bedenken, dass dem Ge-

meinsamen Bundesausschuss hier die nähere inhaltliche Ausgestaltung und Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots in den Richtlinien zusteht.

Hinsichtlich der damit einhergehenden Beschränkung der Berufsausübung genügt § 92 Abs. 6a SGB V den Anforderungen des Artikel 80 Abs. 1 Satz 2 GG. Denn das Gesetz selbst legt hinsichtlich der Richtlinie Inhalt, Zweck und Ausmaß der den Bundesausschuss erteilten Normensetzungsermächtigungen mit hinreichender Bestimmtheit fest. Aus der Zusammenschau mit anderen Vorschriften des SGB V (§ 2 Abs. 1 und 4, § 12 Abs. 1, § 7 und § 27 Abs. 1, § 28 Abs. 3, § 70 Abs. 1, § 72 Abs. 1, § 135 SGB V) lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen, welches die gesetzgeberischen Vorgaben für den Umfang psychotherapeutischer Behandlung und die Einbeziehung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die GKV so präzise wie auf abstrakter Ebene möglich beschreibt.

Die Konkretisierungskompetenzen des GBA enden jedoch dort, wo die Richtlinien nicht mehr nur in die Freiheit der Berufsausübung der Leistungserbringer eingreifen, sondern die Berufswahl beschränken. Genau dies ist aber hier der Fall. Der Eingriff in die **Berufswahl** hat seine Ursache darin, dass § 95c Satz 2 Nr. 1 SGB V für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister eine besondere Fachkunde voraussetzt, die wiederum nur durch den erfolgreichen Abschluss eines durch den GBA nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahrens nachgewiesen werden kann.

§ 95c SGB V hat - wie festgestellt- subjektiv Berufswahl regelnden Charakter, denn die Eintragung in das Arztregister ist konstitutive Voraussetzung für die Einbeziehung des Psychotherapeuten in das System der GKV (§ 95 Abs. 2 SGB V). § 95c SGB V erreicht damit eine viel stärkere Eingriffintensität als § 92 Abs. 6a SGB V. Während letztere Vorschrift das „Wie“ der Berufsausübung von bereits im GKV-System befindlichen Psychotherapeuten regelt, entscheidet § 95c über das „Ob“, also darüber, welche Psychotherapeuten überhaupt erst einmal Zugang in das System der GKV erhalten sollen. Die Norm hat insoweit Status bildende Bedeutung. Sie berührt die Berufsplanung und damit die Berufswahl des Psychotherapeuten fundamental. Verfassungs-

rechtlich ist es daher höchst problematisch, die Zulassung zur Leistungserbringung in der GKV davon abhängig zu machen, dass das Verfahren in die Richtlinien aufgenommen ist. Mit dem Verweis auf die in der Richtlinie anerkannten Verhandlungsverfahren kommt den Psychotherapierichtlinien eine enorme berufsregelnde Bedeutung zu. Vom Inhalt der Richtlinien hängt es letztlich ab, ob ein approbierter Psychotherapeut seinen Beruf in einem wesentlichen Bereich überhaupt ausüben kann. Denn die Aufnahme in das GKV-System hat für ihn existentielle Bedeutung. Über 90 % aller Krankenversicherten sind Mitglied der GKV. In Anbetracht dessen gewährleistet erst die Zulassung zur Leistungserbringung in der GKV, dass der einzelne Psychotherapeut seinen Beruf dauerhaft und zur Schaffung und dem Erhalt einer Lebensgrundlage ausüben kann. Kompetenz- und verfassungsrechtlich ist es jedoch höchst zweifelhaft, dass die Entscheidung, den Beruf eines Psychotherapeuten auszuüben maßgeblich von der Auf- bzw. Nichtaufnahme des Verfahrens seiner vertieften Ausbildung in die Psychotherapierichtlinien abhängen soll. Inhalt, Zweck und Ausmaß der den GBA erteilten Normsetzungsermächtigungen beziehen sich originär nur auf den Umfang des psychotherapeutischen Leistungsspektrums von bereits zugelassenen Psychotherapeuten. Dagegen finden sich zu der vorgelagerten Frage, welche Psychotherapeuten überhaupt zuzulassen sind, in § 92 Abs. 6a SGB V keine Regelungen. Inhalt, Zweck und Ausmaß der Normsetzungsermächtigung beziehen sich allein auf Fragen der Berufsausübung. Insoweit ist der bloße Verweis in § 95c SGB V auf die Richtlinie, gemessen an den strengen Anforderungen der zitierten Entscheidung, nicht ausreichend, eine Berufswahlbeschränkung zu rechtfertigen. Die Eingriffsintensität ist hier viel größer als bei reinen Berufsausübungsbeschränkungen.

Ohne die Verfassungsmäßigkeit dieses Zulassungssystems in Frage zu stellen kann die Problematik nur dadurch gemildert werden, dass Verfahren der vertieften Ausbildung nach § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG prinzipiell in die Richtlinie aufgenommen werden und damit auch zur Zulassung führen. Das sozialrechtliche Bewertungsverfahren des G-BA gemäß Verfahrensordnung muss sich dann ausschließlich auf den Umfang der möglichen Leistungserbringung beziehen.

- bb) Die Nichtanerkennung eines Verfahrens der vertieften Ausbildung als eigenständiges Behandlungsverfahren in den Richtlinien ist/wäre auch nicht mehr verhältnismäßig.

Die Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit wurden bereits frühzeitig durch die „Stufenlehre“ des BVerfG konkretisiert. Danach sind Beeinträchtigungen in Form der hier gegebenen subjektiven Berufswahlbeschränkung nur gerechtfertigt,

„[...] soweit dadurch ein überragendes Gemeinschaftsgut, das der Freiheit des Einzelnen vorgeht, geschützt werden soll.“ (BVerfG NJW 1958, 1035, 1038).

- (1) Allgemein anerkannt als ein überragendes Gemeinschaftsgut ist die **Volksgesundheit** und damit auch die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in der GKV (BVerfGE 25, 236, 247; 78, 179, 192). Exemplarisch für den Bereich der Zahnheilkunde hat das BVerfG ausgeführt:

„Das zu schützende Gemeinschaftsgut ist die Volksgesundheit. In ihrem Interesse soll eine hohe Qualifikation der die Zahnheilkunde als Beruf Ausübenden gesichert und ungeeignete Personen sollen von dieser Tätigkeit ferngehalten werden. Andere öffentliche Interessen, die den Eingriff in die Berufsfreiheit legitimieren könnten, der in der Aufstellung der subjektiven Zulassungsvoraussetzungen liegt, sind nicht ersichtlich. Der Ausschluss der nicht anerkannten Dentisten von der Zulassung zu den gesetzlichen Krankenkassen kann folglich nur unter diesem Gesichtspunkt seine Rechtfertigung finden.“ (BVerfG NJW 1969, 1571, 1573)

Daraus folgt, dass die Nichtanerkennung eines Verfahrens der vertieften Ausbildung, welches zur Approbation führt, in den Richtlinien nur dann gerechtfertigt ist, wenn es um die Sicherung belegbarer qualitativer Standards bei den Leistungserbringern geht.

Dass die Verhinderung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung nicht dem Schutz der Volksgesundheit und der Sicherung qualitativer Standards dient, zeigt aber die Tatsache, dass die Psychotherapeuten kraft ihrer Approbation in den jeweiligen Verfahren jedenfalls Privatpatienten behandeln dürfen, der Gesetzgeber also insoweit keine Gefährdung sieht.

Plastisch führt das BVerfG hierzu für den Bereich der Zahnheilkunde aus:

„Es ist nicht einzusehen, warum die nicht staatlich anerkannten Dentisten einerseits die Behandlungsbefugnis bei Privatpatienten - und solchen gesetzlich Krankenversicherten, die es vorziehen, sich als selbstzahlende Patienten behandeln zu lassen (BVerfGE 11, 30 [44] = NJW 60, 715) - besitzen, andererseits aber für die Behandlung von Kassenpatienten nicht als genügend befähigt gelten. Nach allgemeinen gesundheitspolitischen oder gesundheitspolizeilichen Gesichtspunkten bedarf der eine Personenkreis keines stärkeren oder umfassenderen Schutzes gegen die Folgen unsachgemäßer zahnärztlicher Behandlungen als der andere.“ (BVerfG NJW 1969, 1571, 1573)

- (2) Die Berufswahlbeschränkung lässt sich schließlich auch nicht mit **wirtschaftlichen Erwägungen** rechtfertigen.

Zwar ist anerkannt, dass auch die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang darstellen kann (BVerfGE 103, 172, 184f.). Allerdings setzt dies voraus, dass die in Frage stehende Maßnahme ihrerseits dies unmittelbar bezweckt (wie etwa Zulassungsbeschränkungen in Abhängigkeit vom Alter).

Der von § 95c SGB V verlangte Fachkundenachweis bezweckt jedoch nicht die Finanzierbarkeit der GKV, sondern ist eine Voraussetzung für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister und damit Qualifikationsvoraussetzung für die Zulassung. Zur Umsetzung eines Konzepts zur wirtschaftlichen Sicherung der GKV wäre der Fachkundenachweis auch nicht geeignet, da die Zahl der Zulassungen vor allem von der Bedarfsplanung abhängt und

die Zahl der Leistungserbringer durch die Anerkennung eines weiteren Verfahrens nicht steigt. Insoweit geht auch die begründungslose Behauptung in der Beschlussvorlage des Unterausschusses Psychotherapie des G-BA fehl, die Regelung diene (insgesamt) dem Ziel einen effizienten Einsatz der durch Zwangsabgaben erhobenen Mittel zur Finanzierung der Krankenbehandlung der Bevölkerung sicher zu stellen.

Unabhängig davon ist die Nichtanerkennung solcher Verfahren als eigenständiges Behandlungsverfahren aus finanziellen Gründen auch nicht erforderlich im Sinne der verfassungsrechtlichen **Verhältnismäßigkeitsprüfung**. Denn erforderlich ist die Beeinträchtigung nur dann, wenn ein an anderes, gleich wirksames, aber die Berufsfreiheit weniger fühlbar einschränkendes Mittel fehlt (BVerfGE 80, 1, 30; 30, 292, 316; 75, 246, 269).

Vorliegend existiert zumindest ein milderes Mittel als die Nichtanerkennung. Denn dem G-BA verbleibt gemäß §§ 135, 92 Abs. 6a SGB V die Kompetenz zu definieren, für welches Tätigkeitsspektrum eine Abrechnungserlaubnis innerhalb der GKV bestehen soll. Die Beschränkung des Umfangs der Abrechnungsgenehmigung stellt lediglich eine objektive Berufsausübungsbeschränkung dar. Diese hat eine geringere Eingriffsintensität als die jetzige Beschränkung der Berufswahlfreiheit der Psychotherapeuten und ist zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie in der GKV gleichermaßen wirksam.

2. Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG)

Auch der **Gleichheitsgrundsatz** gem. Art. 3 Abs. 1 GG gebietet die Aufnahme aller Verfahren der vertieften Ausbildung als anerkanntes Verfahren im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien.

Zum einen ist im Verhältnis aller Verfahren zueinander, die zur vertieften Ausbildung zugelassen sind, kein Grund ersichtlich, der die Ungleichbehandlung hinsichtlich der Zulassung zum System der GKV rechtfertigen könnte. Allen Verfahren ist gemeinsam, dass sie unter den gleichen Vorgaben der staatlichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zur Approbation führen und damit zu der staat-

lichen Qualifikation, die heilkundliche Psychotherapie unter der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ durchzuführen.

Zum anderen ist zu beachten, dass bei Ärzten die Eintragung in das Arztregister ausschließlich von der berufsrechtlichen Qualifikationen abhängig ist (vgl. § 95a SGB V). Dagegen besteht für Psychotherapeuten die Sonderregelung, dass die Fachkunde in einem sozialrechtlich anerkannten Verfahren nachgewiesen sein muss (§ 95c Satz 2 Nr. 1 SGB V). Auch diese Ungleichbehandlung ist sachlich nicht gerechtfertigt. Der Grundsatz, dass das Sozialrecht die berufsrechtlichen Ausbildungsregelungen anerkennt, wird damit auf den Kopf gestellt.

3. Kartellrechtliche Ansprüche von Leistungserbringern gegen Institutionen des Krankenversicherungsrechts

Losgelöst von den verfassungsrechtlichen Erwägungen ist die Anerkennung der Verfahren der vertieften Ausbildung als eigenständiges Verfahren auch **kartellrechtlich** geboten. Der Umstand der faktischen Nachfragemacht der Leistungsträger der gesetzlichen Krankenversicherung hat dazu geführt, dass sich Gerichte der Zivilgerichtsbarkeit und der Sozialgerichtsbarkeit wiederholt mit kartellrechtlichen Ansprüchen von Leistungserbringern gegen Institutionen des Krankenversicherungsrecht zu befassen hatten (Engelmann, NZS 2000, 213, 216 ff.).

Damit in Einklang steht § 69 S. 4 SGB V, der ausdrücklich davon ausgeht, dass durch Entscheidungen in den Sonderrechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auch Rechte Dritter betroffen sein können. Zudem sind mit den Änderungen des § 51 Abs. 2 SGG und der §§ 87 und 96 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) seit dem 01.01.2000 der Sozialgerichtsbarkeit die Klärung kartellrechtlicher Ansprüche aus dem Leistungsbereich des SGB V zugewiesen. In der Tendenz werden damit die Sozialgerichte kartellrechtliche Aspekte zukünftig stärker berücksichtigen.

„Die eingetretene Rechtsänderung führt nämlich dazu, dass nunmehr die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit auch verpflichtet sind zu prüfen, ob die Auswirkungen des Handels der Institutionen der gesetzlichen

*Krankenversicherung im Verhältnis zu den Leistungserbringern materiell kartellrechtswidrig sind... In dieser den Sozialgerichten auferlegten Pflicht zur vollen inhaltlichen Überprüfung des Handels dieser Institutionen kommt ein Abrücken von der bisher bei den für das Kassenarztrecht zuständigen Spruchkörpern vorherrschenden Rechtmäßigkeitskontrolle zum Ausdruck; während dort nämlich bislang vornehmlich an die Störung konkreter Rechtsverhältnisse im Rahmen des SGB V angeknüpft wurde, wird die Kontrolle nun ausdrücklich auch auf intensive Beeinträchtigungen faktischer Art erstreckt. Wird aber anerkannt, dass Leistungserbringer bei Überschreitung einer Bagatellgrenze derart in ihren Rechten betroffen sein können, lässt sich den **Richtlinien** des Krankenversicherungs- und Kassenarztrechts eine **objektiv berufsregelnde Tendenz** in Bezug auf Dritte nicht generell absprechen. In Einklang damit steht, dass auch der erkennende Senat inzwischen den Richtlinien im Bereich des Kassenarztrechts **Sperrwirkungen** gegenüber der beruflichen Tätigkeit von noch nicht im Sondersystem befindlichen, aber dorthin strebenden „Außenseitern“ beigemessen hat.“ (BSG, Urteil vom 28.06.2000, Az. B 6 KA 26/99 R, Sozialrecht 3-2500 § 138 Nr. 1)*

Die Nichtanerkennung eines einzelnen Verfahrens der vertieften Ausbildung und damit die fehlende Möglichkeit der Teilnahme an der Versorgung in der GKV kommt einer Marktabschottung gleich. Sie bewirkt damit zumindest eine kartellrechtlich verbotene Einschränkung des Wettbewerbs i. S. v. § 1 GWB bei der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen. Aus dem Kartellrecht folgt daher ebenfalls, dass alle Verfahren, die im Rahmen der vertieften Ausbildung zur Approbation führen, als eigenständige Verfahren in die Richtlinien aufzunehmen sind.

VII. Literatur

- Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2005). Psychotherapeutische Versorgung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (3. ed., S. 25-32). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2004). *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen*. Frankfurt a.M.: BAR.
- Esser, G., Freyberger, H. J., Hoffmann, S. O., Hoyer, J. & Richter, R. (2006). *Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien zur Zulassung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden. Vorschläge der Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer*. Verfügbar unter: [\[http://www2.bptk.de/uploads/arbeitspapier_expertenkommission.pdf\]](http://www2.bptk.de/uploads/arbeitspapier_expertenkommission.pdf); Zugriff am 20.03.2006].
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11(4), 201-211.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(5), 597-611.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Months DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 617-627.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3. ed., S. 311-381). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6-27.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy and process-outcome research: continuity and change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., Bd. 8, S. 307-390). New York: John Wiley.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (in Druck). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.