

Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien

vom 20. Juni 2006

| | | |
|----------------|---|-----------|
| A. | Indikationen zur Psychotherapie | 1 |
| B. | Regelung für neue psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen | 2 |
| C. | Rechtsgrundlagen | 6 |
| D. | Stellungnahmeverfahren | 14 |
| Anhang: | Prävalenzstudien | 20 |

A. Indikationen zur Psychotherapie

Die Psychotherapie-Richtlinien verwenden bisher eine veraltete, wenig differenzierte Beschreibung der Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie in Abschnitt D – Anwendungsbereiche. Internationaler Standard und gängige Praxis ist es mittlerweile auf differenzierte Diagnosen nach Kapitel F der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10) zurückzugreifen.

Daher ist eine Aktualisierung der Beschreibung der Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie in Abschnitt D notwendig geworden. Diese wurden in Indikationsbereiche, orientiert an Kapitel F der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10) „übersetzt“. **Damit ist weder eine Ausweitung noch eine Einschränkung der zulässigen Indikationen zur Psychotherapie verbunden.**

Die bisherigen Abschnitte 1.1 und 1.2 wurden zum jetzt einheitlichen Abschnitt 1. zusammengefasst und die entsprechenden Krankheitsgruppen nummeriert aufgeführt. Dabei sind die bisher im Abschnitt 1.3.4 beschriebenen Zustandsbilder ebenfalls in das

Kapitel 1. aufgenommen worden (jetzt 1.8), denn mittlerweile haben die Persönlichkeitsstörungen ein eigenes Kapitel im ICD-10 Katalog erhalten (F 6).

Der bisherige Abschnitt 1.3 wurde aus Gründen der Übersicht umnummeriert in Abschnitt 2. und enthält in alter Formulierung die bisherigen Abschnitte 1.3.1 bis 1.3.3 und 1.3.5. Dabei wurde Abschnitt 1.3.2 (jetzt 2.2) ergänzt um das Störungsbild tiefgreifende Entwicklungsstörungen. Änderungen an Abschnitt 1.3 (jetzt 2.) Satz 1 und 1.3.3 (jetzt 2.3) sind rein redaktionell.

Die neue Beschreibung der zulässigen Indikationen lässt sich eindeutig der Nomenklatur und den Codierungsziffern des aktuell gültigen ICD-10, Kapitel F zuordnen:

- Affektive Störungen: depressive Episoden (F 32); rezidivierende depressive Störungen (F 33); Dysthymie (F 34);
- Angststörungen und Zwangsstörungen (F 40 bis 42);
- Somatoforme Störungen (F 45) einschl. Konversionsstörungen (F 44);
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F 43)
- Essstörungen (F 50);
- Nichtorganische Schlafstörungen (F 51);
- Sexuelle Funktionsstörungen (F 52);
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F6)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 9)
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten (F 1) nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung.
- Seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen (F 84), in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen.
- Seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankung, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Intervention erkennen lassen. (F 2, F30, F31)
- Seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (umfasst u.a. auch F 54).

B. Regelung für neue psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen

Die Bewertung psychotherapeutischer Behandlungs- und Anwendungsformen für den vertragsärztlichen Bereich erfolgt gemäß § 135 Abs. 1 SGB V nach Maßgabe der Verfahrensordnung. Hinsichtlich deren Geltungsbereichs wird in § 8 Abs. 1 Satz 2 VerfO ausdrücklich Bezug genommen auf „Behandlungsformen“ nach Teil B I der Psychotherapie-Richtlinien. Als Behandlungsformen unterscheidet die

Systematik der Psychotherapie-Richtlinien (1) Verfahren, (2) Methoden und (3) Techniken.

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

Das Ergebnis einer Bewertung eines Verfahrens, einer Methode oder einer Technik nach Maßgabe der Verfahrensordnung ist eine zusammenfassende Literaturübersicht, die Auskunft über Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit des Beratungsgegenstands gibt. In einem systematischen Review werden die Ergebnisse aus Literaturrecherche und -bewertung indikationsbezogen (siehe § 17 (2) 1a Verfo) und ggf. indikationsübergreifend aufbereitet, wobei sich die Indikationsgruppen i.d.R. an Kapitel F der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10) orientieren (s.o.). Um das Ergebnis eines Abschlussberichts zu neuen Verfahren, Methoden oder Techniken umsetzen zu können, sind folgende Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten B I. 3. und 4. notwendig geworden:

Die Formulierung in Abschnitt 3.1, der regelt, dass nur Verfahren, die vom wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz als wissenschaftlich anerkannt wurden, dafür in Frage kommen, als Verfahren zu Lasten der GKV erbracht zu werden, wurde präzisiert. Durch den Zusatz „für eine vertiefte Ausbildung“ wird klargestellt, dass es sinnvoll ist, nur solche psychotherapeutischen Verfahren sozialrechtlich zu prüfen und ggf. zuzulassen, die berufsrechtlich anerkannt und zur vertieften Ausbildung entsprechend § 1 (1) der PsychTh-APrV zugelassen sind.

Abschnitt 3.2 Satz 1 stellt den bisher fehlenden Bezug zur Verfahrensordnung her. Damit ist klar gestellt, dass jeder Entscheidung über die Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien ein Bewertungsverfahren nach §§ 8 bis 22 VerfO vorausgeht. Ergebnis dieses Bewertungsverfahrens ist ein systematischer Review (s.o.) der sich an der Indikationseinteilung nach ICD-10 orientiert.

Weiterhin wird in diesem Abschnitt die Umsetzung des Ergebnisses einer indikationsbezogenen Bewertung von Psychotherapieverfahren geregelt. Der wichtigste Grundsatz der Regelung ist: Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren sollte eine so große Bandbreite an Indikationen abdecken, dass eine umfassende Versorgung der Versicherten gewährleistet bleibt. Gründe dafür sind

- (1) **eine hohe Zahl von Komorbiditäten** in der Versorgung,
- (2) die **schutzwürdigen Interessen von Patienten**, von einem breit ausgebildeten Therapeuten behandelt zu werden und
- (3) die Struktur der ambulanten Versorgung, die **keine Entscheidungs- oder Zuweisungsinstanz von Patienten zu Therapeuten je nach Indikation** vorhält.

Es sollen nur solche Verfahren im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien Eingang in die GKV erhalten, die das Versorgungsgeschehen in den relevantesten Bereichen abdecken. Für die Patienten muss die Sicherheit bestehen, dass sie auch bei verdeckten Diagnosen, die im Verlauf der Behandlung aufgedeckt werden, und bei Komorbiditäten von ihrem Therapeuten wirksam behandelt werden können. Diesem Grundsatz folgend wurden drei Anwendungsbereiche aus Abschnitt D als **Mindestanforderung an Psychotherapieverfahren** für den Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in Form von Studien formuliert. Für die Versorgung gilt nach wie vor, dass ein **Psychotherapeut in der Breite, d.h. für so viele Indikationsbereiche wie möglich, ausgebildet** sein sollte.

Satz 2 des Abschnitts 3.2 definiert für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Mindestanforderungen in entsprechender Weise auf Grundlage der Prävalenzdaten für diese Bevölkerungsgruppe. Wesentlicher Unterschied: Neben affektiven Störungen und Angststörungen wird nicht ein Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für die Indikationsgruppe der somatoformen Störungen, sondern für die in der Altersgruppe der Kinder- und Jugendlichen spezifischen psychischen Erkrankungen gefordert.

Fachliche Begründung für die in Abschnitt 3.2 Satz 1 genannten drei Anwendungsbereiche^{*)} affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen ist die hohe Prävalenz und damit Versorgungsrelevanz dieser Indikationsgruppen bei Erwachsenen*. Innerhalb der Gruppe der psychischen Erkrankungen sind diese **die mit Abstand häufigsten Erkrankungen**, sowohl bei Querschnitts- (12-Monatsprävalenz) als auch bei Längsschnittsbetrachtung (Lebenszeitprävalenz) der Bevölkerung. In der Versorgungsrealität – unter Berücksichtigung von Komorbiditäten – beschreiben diese Gruppen die häufigsten Störungsbilder, mit denen Patienten eine ambulante Behandlung aufsuchen. Entsprechendes gilt in Abschnitt 3.2 Satz 2 für den Bereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.

Wissenschaftliche Grundlage für die Feststellung der Versorgungsrelevanz der jeweils drei Indikationsbereiche sind die im Anhang aufgeführten epidemiologischen Studien. Diese Studien, insbesondere der Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998 des Robert Koch Instituts im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, zeichnen sich durch eine große Repräsentativität und die Befolgung hoher methodischer Standards in der Durchführung aus.

Abschnitt 4 regelt den Fall, dass für ein Verfahren nach indikationsbezogener Prüfung in bestimmten Indikationen zwar Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind, aber nicht für die jeweils drei oben genannten versorgungsrelevanten Indikationen. In diesem Fall kann die psychotherapeutische Intervention zwar nicht als Verfahren für die gesamte Breite der in Abschnitt D festgelegten Anwendungsbereiche zur Anwendung kommen, kann aber als Methode oder Technik im Sinne der Richtlinien (s.o.) für die Störungsbilder erbracht werden, für die ein Nutzen nachgewiesen ist. Entsprechendes gilt für neue Methoden oder Techniken nach vorangegangener Prüfung gemäß Verfahrensordnung.

Abschnitt 5 entspricht dem früheren Abschnitt 4, mit redaktionellen Änderungen. Hier wird deutlich gemacht, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im konkret zu beratenden Fall eines neuen Verfahrens, einer neuen Methode oder neuen Technik zunächst gemäß Verfahrensordnung den „body of evidence“ in Form von Studien zu Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit feststellt. Auf dieser Basis wird der Gemeinsame Bundesausschuss entscheiden, inwieweit hinreichend valide

*) Die Systematik der Anwendungsbereiche richtet sich nach internationalen Klassifizierungen. Sie ist nicht zu verwechseln mit den 12 „Indikationsfeldern“ des wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz.

♣ Die Prävalenz ist der derzeit bestverfügbare belastbare Indikator für die Versorgungsrelevanz.

Tragende Gründe zur Aktualisierung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien

und gültige Informationen vorliegen, um zu dem Schluss zu kommen, dass die in B I. 3. formulierten Kriterien erfüllt werden. Diese Prüfung hat von Fall zu Fall zu erfolgen. Es ist daher nicht sinnvoll, z. B. die jeweils erforderliche Anzahl oder die zu erreichende Evidenzstufe von Studien pro Anwendungsbereich vorab in den Richtlinien zu definieren.

C. Rechtsgrundlagen

I. Indikationen zur Psychotherapie (Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß Teil A der tragenden Gründe)

Die Rechtsgrundlage für die Aktualisierung der in Abschnitt D festgelegten Indikationen, bei denen Psychotherapie angewendet werden kann, ergibt sich aus § 92 Abs.6a Satz 1 i.V.m. § 2 Abs.1 Satz 3 SGB V. Der gesetzliche Auftrag, in den Psychotherapie-Richtlinien das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten zu regeln (§ 92 Abs.6a Satz 1 SGB V), umfasst insbesondere die Kompetenz, die Anwendungsgebiete, d.h. die psychischen Störungen mit Krankheitswert festzulegen, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Mit der jetzigen Aktualisierung der Anwendungsgebiete wird der Anforderung Rechnung getragen, dass die in der Richtlinie geregelten Leistungsinhalte, insbesondere die Nomenklatur zur Beschreibung der behandlungsbedürftigen Krankheiten, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (vgl. § 2 Abs.1 Satz 3 SGB V) entsprechen.

II. Kriterien zur Beurteilung der Geeignetheit von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren (Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß Teil B der tragenden Gründe)

Die Neufassung der Regelungen in Abschnitt B I. 3. über die Aufnahme neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien findet ihre Rechtsgrundlage in § 92 Abs.6a iVm § 135 SGB V und § 95c SGB V. Mit dem Auftrag in § 92 Abs.6a Satz 1 SGB V, „*das Nähere (...) über die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren*“ zu regeln, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss ein Beurteilungsspielraum eingeräumt, zum einen hinsichtlich der Frage, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Verfahren als geeignet für die Krankenbehandlung angesehen werden kann. Insoweit ist der Gemeinsame Bundesausschuss befugt, in den Psychotherapie-Richtlinien sachgerechte Kriterien für die „Eignungsprüfung“ festzulegen (vgl. hierzu nachfolgend Nr.1 bis 3). Zum anderen

geht es um die Feststellung, welche Verfahren nach Maßgabe der festgelegten Kriterien als für die Krankenbehandlung geeignet angesehen werden können.

1. Wissenschaftliche Anerkennung (Nr.3.1)

Soweit Nr. 3.1 bestimmt, dass (neue) psychotherapeutische Behandlungsverfahren nur dann in die Psychotherapie-Richtlinien aufgenommen werden können, wenn zuvor der Wissenschaftliche Beirat gemäß § 11 PsychThG festgestellt hat, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für die vertiefte Ausbildung angesehen werden kann, hat diese Regelung ihren Grund in § 1 Abs.3 PsychThG, der den Rahmen berufsrechtlich zulässiger Psychotherapie definiert. Danach ist Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Psychotherapeutengesetzes jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Nach den Motiven des Gesetzgebers soll durch das Erfordernis der Wissenschaftlichkeit ein Missbrauch unter dem Deckmantel berechtigter Psychotherapieausübung verhindert werden:¹

"Abs. 3 definiert, was Ausübung von Psychotherapie i. S. d. Gesetzes ist. Es muss sich dabei um die Anwendung "wissenschaftlich anerkannter Verfahren" handeln. Die Beschränkung auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren soll Missbrauch verhindern."²

Die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren sind für die vertragspsychotherapeutische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten insoweit vorgehend, als die Approbation gemäß § 1 Abs.1 PsychThG als Voraussetzung für die Zulassung von Psychotherapeuten zur vertragspsychotherapeutischen nur auf Grund einer vertieften Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren erworben werden kann.³ Für die vertragspsychotherapeutische Versorgung stehen somit keine Psychotherapeuten zur Verfügung, die eine Qualifikation in anderen als wissenschaftlich anerkannten Verfahren haben.⁴

¹ Jerouschek, Kommentar um. PsychThG, München 2004, § 1 Rn. 32

² Gesetzesbegründung zu § 1 Abs. 3 PsychThG, abgedruckt in: Salz/Steeger, Eine systematische Einführung in das neue Berufsrecht und das Vertragsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1999, S. 56

³ vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 2 PsychThG iVm § 1 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für psychologische Psychotherapeuten vom 18.12.1998 (BGBl I S. 3749 ff.)

⁴ Salz/Steeger, S.28

Zwar obliegt die Entscheidung über die Wissenschaftlichkeit grundsätzlich der zuständigen Landesapprobationsbehörde. Nur in „Zweifelsfällen“ soll die Behörde ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats treffen (vgl. § 11 PsychThG). Man wird jedoch davon ausgehen können, dass nach Anerkennung der traditionellen Richtlinienverfahren der Analytischen Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie schlechterdings keine neuen Verfahren denkbar sind, die für die Approbationsbehörde außer Zweifel stehen könnten.⁵ Damit reduziert sich das Ermessen der Landesapprobationsbehörden hinsichtlich der Einholung eines Gutachtens auf Null, so dass die Anrufung des Wissenschaftlichen Beirats den Regelfall darstellen dürfte.⁶

Da die Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten bundeseinheitlich regeln, setzt die Realisierung dieses Versorgungsanspruchs durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer voraus, dass die Landesapprobationsbehörden eine bundesweit einheitliche Anerkennungspraxis in Bezug auf die Wissenschaftlichkeit des jeweiligen psychotherapeutischen Verfahrens verfolgen. Dies zu ermöglichen, ist gerade die Funktion des Wissenschaftlichen Beirats, wenn er in Zweifelsfällen die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens begutachten soll.⁷ Damit kommt den Gutachten zumindest eine faktische Bindungswirkung für eine bundeseinheitliche Beurteilung eines Verfahrens durch die Landesapprobationsbehörden zu. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, die Einleitung eines Bewertungsverfahrens nach § 92 Abs.6a i.V.m. § 135 Abs.1 SGB V davon abhängig zu machen, dass zuvor der Wissenschaftliche Beirat die wissenschaftliche Anerkennung des Verfahrens festgestellt hat.

2. Zum Verhältnis von wissenschaftlicher Anerkennung und sozialrechtlicher Bewertung psychotherapeutischer Verfahren

Aus der wissenschaftlichen Anerkennung eines Behandlungsverfahrens als zulässige psychotherapeutische Behandlung folgt jedoch nicht, dass hierbei ohne Einschränkung eine Krankenbehandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt. Die

⁵ Behnsen/Bernhardt, Psychotherapeutengesetz. Erläuterte Textausgabe, 1999, S.53

⁶ Jerouschek, § 11 Rn.4

⁷ vgl.BT-Drucks. 30/8035

Ausgestaltung des Krankheits- und Behandlungsbegriffs ist vielmehr vom jeweiligen normativen Kontext abhängig.⁸

Das psychotherapeutische Berufsrecht einerseits und die Vorschriften des SGB V andererseits dienen nicht denselben Zwecken und machen demgemäß die Anerkennung von Verfahren als berufsrechtlich zulässige und als sozialrechtlich geeignete Behandlungsverfahren für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten von verschiedenen Voraussetzungen abhängig. Die Vorschriften des SGB V sind auf die Gewährleistung einer therapeutisch und wirtschaftlich möglichst effizienten Versorgung der Versicherten mit Maßnahmen und Leistungen zur Krankenbehandlung gerichtet. Das psychotherapeutische Berufsrecht verfolgt dagegen mit der Wissenschaftsklausel in § 1 Abs.3 Satz 1 PsychThG den Zweck, für die Sicherheit und Qualität psychotherapeutischer Behandlung im Sinne einer Gefahren- oder Missbrauchsabwehr zu sorgen. Das SGB V bestimmt somit mit dem in §§ 2 Abs.1 Satz 3, 12 Abs.1 SGB V festgelegten Versorgungsstandard einen Maßstab, der in der wissenschaftlichen Anerkennung eines Verfahrens nach den Vorschriften des PsychThG keine Beachtung findet. Insoweit besteht Raum für eine eigene Prüfung. Bei der Ausfüllung dieses Beurteilungsspielraums ist der G-BA befugt, Kriterien für die Eignungsprüfung nach Nr. 3.2. zu bestimmen, die den spezifischen Anforderungen des Versorgungskontexts des SGB V an die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten mit psychotherapeutischen Behandlungsverfahren Rechnung tragen. Ausgangspunkt ist dabei eine indikationsbezogene Nutzenbewertung entsprechend den Anforderungen an die Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs.1 SGB V. Weiterhin muss der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit des Verfahrens mindestens für die in D 1.1 bis 1.3 (für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen) bzw. D 1.1, D 1.2 und D 1.9 (für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen) genannten Anwendungsbereiche nachgewiesen worden sein.

3. Indikationsbezogene Bewertung

Die Rechtsgrundlage für die indikationsbezogene Bewertung von Psychotherapieverfahren nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses ergibt sich aus § 135 Abs. 1 SGB V. Nach einhelliger Auffassung in Rechtsprechung und Literatur steht die Aufnahme neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien ebenso wie die Beibehaltung der bisher in den Psychotherapie-Richtlinien vorgesehenen Verfahren unter dem Gebot

⁸ Grundlegend hierzu BSG, Urteil vom 20.03.1996 – 6 RKa 62/94, SozR 3-2500 § 92, Nr.6, Seite 24 (42) – Methadon; BSG NZS 2001, 590 ff. - Diätassistentin

der Qualitätssicherung (§ 135 SGB V)⁹. Das bedeutet, dass in den Richtlinien insbesondere Empfehlungen abzugeben sind

- über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der Verfahren und deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu etablierten Verfahren – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung und
- über die notwendige Qualifikation der Ärzte und Psychotherapeuten.

Der Indikationsbezug ist der gemäß § 135 Abs.1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin immanent; er gilt somit auch für die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren.¹⁰ Die nach § 135 Abs.1 SGB V gebotene indikationsbezogene Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren kann aufgrund des von der wissenschaftlichen Anerkennung abweichenden Bewertungsmaßstabes dazu führen, dass ein Verfahren nur in einem Teilbereich der Indikationen den in §§ 2 Abs.1 Satz 3, 12 Abs.1 SGB V festgelegten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien entspricht, bei denen es berufsrechtlich zulässigerweise angewendet werden darf.

4. Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit in den sog. versorgungsrelevanten Hauptindikationen

Die indikationsbezogene Bewertung nach § 135 Abs.1 SGB V ist eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung, um die Geeignetheit von psychotherapeutischen Verfahren für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten beurteilen zu können. Insoweit verlangt Nr.3.2, dass der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit des Verfahrens mindestens für die in D 1.1 bis 3.3 genannten Anwendungsbereiche, den sog.

⁹ vgl. BSG, Urteil vom 31.8.2005, Az.: B 6 KA 27/04 R, S. 8 f. unter Bezugnahme auf den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.4.2004, BAnz Nr 130, S. 15119 zur Anwendbarkeit der BUB-Richtlinien auf die Bewertung neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren; Salzl/Steeger, S. 50

¹⁰ Das Nähere zu den methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit ist in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Ihr Anwendungs- und Geltungsbereich erstreckt sich gemäß § 91 Abs.3 Satz 1 Nr.1 SGB V i.V.m. §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 Verfahrensordnung auch auf die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren.

versorgungrelevanten Hauptindikationen, nachgewiesen werden. Diese Regelung hat ihren Grund in dem Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit einer indikationsbezogenen Bewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren einerseits und den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Ausübung heilkundlicher Psychotherapie im Versorgungskontext der GKV andererseits. Dazu im Einzelnen:

Im Unterschied zum ärztlichen Berufsbild der somatischen Medizin, das maßgeblich von einer krankheitsbezogenen Anwendung unterschiedlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geprägt wird, die zu einem Fachgebiet gehören, besteht das Wesen heilkundlicher psychotherapeutischer Berufsausübung in der Anwendung eines (wissenschaftlich anerkannten) psychotherapeutischen Verfahrens bei verschiedenen psychischen Erkrankungen (vgl. § 1 Abs.3 PsychThG). Berufsrechtlich kommt das darin zum Ausdruck, dass der Psychotherapeut die Berechtigung zur Berufsausübung, die Approbation, durch die vertiefte Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erhält. Mit dem Erwerb der Approbation ist der Psychotherapeut berufsrechtlich berechtigt, Patienten mit dem erlernten Verfahren umfassend zu behandeln und zwar in Hinblick auf alle Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.

Seine sozialrechtliche Entsprechung findet dieser Grundsatz in der zulassungsrechtlichen Vorschrift des § 95c SGB V, der die Voraussetzungen für die Teilnahme von Psychotherapeuten an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung regelt. Danach setzt die Eintragung ins Arztregister als Voraussetzung für die Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung den Fachkundenachweis voraus (§ 95c Satz 1 Nr.2 SGB V). Der Fachkundenachweis setzt voraus, dass der Psychotherapeut die für den Erwerb der Approbation erforderliche fachliche Qualifikation in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs.6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat. Mit dem Nachweis der Fachkunde ist der Psychotherapeut sozialrechtlich berechtigt, die gesetzlich Krankenversicherten grundsätzlich ohne Beschränkung in Bezug auf alle in den Psychotherapie-Richtlinien definierten Anwendungsgebieten zu behandeln. Dem entspricht die Struktur der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung, die keine Entscheidungs- oder Zuweisungsinstanz von Patienten zu Therapeuten je nach Indikation vorhält. Daraus wird deutlich, dass auch das Leitbild psychotherapeutischer Berufsausübung und Versorgung im Kontext des Leistungserbringungsrechts des SGB V dadurch geprägt ist, dass ein Verfahren ein breites Spektrum an Krankheitsbildern im Sinne einer Vollversorgung der gesetzlich Krankenversicherten

Tragende Gründe zur Aktualisierung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien abdeckt. Ein psychotherapeutisches Behandlungsverfahren entspricht somit nur dann der in § 92 Abs.1 Satz 1, Halbs.1 SGB V geregelten Gewährleistungsfunktion der Richtlinien, wenn es nach Möglichkeit für alle Anwendungsgebiete, bei denen nach den Psychotherapie-Richtlinien Psychotherapie indiziert ist, dem in §§ 2 Abs.1 Satz 3, 12 Abs.1 SGB V festgelegten Versorgungsstandard entspricht.

Da die Rechtsgrundlagen in § 92 Abs.6a Satz 1 iVm § 135 Abs.1 SGB V die Beurteilung der Geeignetheit eines psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens auf der Grundlage einer indikationsbezogenen Bewertung gebieten, andererseits das sozialrechtliche Leistungserbringungsrecht die Möglichkeit einer indikationsbezogenen Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren und von hierfür qualifizierten Leistungserbringern nicht vorsieht, ist in Nr. 3.2 festgelegt, dass der Nachweis des Nutzens des Verfahrens in den sog. versorgungsrelevanten Hauptindikationen zu erbringen ist. Dies gewährleistet, dass nur solche Verfahren zur Versorgung der Versicherten zugelassen werden, die das Versorgungsgeschehen in den relevanten Bereichen abzudecken vermögen. Das mit der Regelung verfolgte Ziel, nur solche Verfahren zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zuzulassen, die aufgrund der wissenschaftlichen Beleglage die Gewähr für eine umfassende psychotherapeutische Versorgung bieten, entspricht somit dem Leitbild psychotherapeutischer Leistungserbringung im Sinne des SGB V. Im Lichte dieser Betrachtung erweist sich das Abstellen auf die sog. versorgungsrelevanten Hauptindikationen als sachgerechtes Kriterium zur Beurteilung der Geeignetheit von psychotherapeutischen Verfahren im Sinne des SGB V und damit als vereinbar mit höherrangigem Recht (s.u.).

5. Grundrechtsrelevanz der Kriterien

Die Festlegung von Mindestanforderungen für die Anerkennung neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren hat Auswirkungen auf die Zulassungsmöglichkeiten von Psychotherapeuten als Leistungserbringer zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Aufgrund der Regelungen zum Fachkundenachweis in § 95c SGB V besteht nur für solche Psychotherapeuten die Möglichkeit zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung, die ihre vertiefte Ausbildung in einem Verfahren absolviert haben, das den in Nr.3.2 festgelegten Kriterien entspricht. Insofern kann den Kriterien die Qualität einer statusrelevanten Berufswahlregelung nicht von vornherein abgesprochen werden. Diese Rechtsfolge ist jedoch der nach § 92 Abs.6a Satz 1 SGB V zu treffenden

Tragende Gründe zur Aktualisierung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien

Entscheidung über die Aufnahme neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien aufgrund ihrer normativen Verknüpfung mit der Fachkundenachweisregelung in § 95c SGB V immanent. Zu der Vereinbarkeit der Fachkundenachweisregelung mit der in Art. 12 Abs.1 GG geschützten Berufsfreiheit, insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Verweises auf die Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, hat das BSG wie folgt Stellung genommen:

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

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

(Hervorhebungen hinzugefügt)

Daraus wird Folgendes deutlich:

Tragende Gründe zur Aktualisierung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien

Indem das Gesetz den Nachweis der Fachkunde als Voraussetzung für die Zulassung davon abhängig macht, dass der Psychotherapeut die vertiefte Ausbildung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs.6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat, wird die Ausgestaltung der inhaltlichen Anforderungen an den Fachkundenachweis, nämlich die Bestimmung eines zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahrens, der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss zugewiesen. Das bedeutet, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Entscheidung über die Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien die Befugnis übertragen ist, die Voraussetzungen von Psychotherapeuten zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu konkretisieren. Damit wird die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs.6a SGB V zu treffende Entscheidung über die Geeignetheit psychotherapeutischer Verfahren insgesamt in den Rang einer Norm erhoben, die zu berufswahlbaren Entscheidungen berechtigt und auch mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar ist. Vor diesem Hintergrund ist die Festlegung von Mindestanforderungen zur Beurteilung der Geeignetheit neuer psychotherapeutischer Verfahren von der Ermächtigungsgrundlage in § 92 Abs.6a iVm § 95c SGB V gedeckt. Als ergänzende Regelungen zum Fachkundenachweis dienen sie ebenso wie dieser einer ausreichenden Strukturqualität, indem sie festlegen, welche qualitativen Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Verfahren dem Leitbild psychotherapeutischer Versorgung entspricht und somit die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten bietet.

D. Stellungnahmeverfahren

Nach § 91 Abs. 8a SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte oder Psychotherapeuten berührt, der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss „Psychotherapie“ hat am 01.03.2006 den Entwurf zur Aktualisierung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien konsentiert und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

Den Stellungnahmeberechtigten wurde der Richtlinien-Entwurf am 02.03.2006 zur Abgabe einer Stellungnahme mit Frist bis zum 31.03.2006 übermittelt. Diese Frist wurde mit Hinblick auf ein Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer bis zum 04.04.2006 verlängert.

Tragende Gründe zur Aktualisierung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) haben jeweils eine Stellungnahme abgegeben (Anlagen 3 und 4).

Der Unterausschuss „Psychotherapie“ hat die eingegangenen Stellungnahme am 06.04.2006 ausführlich beraten. Die Vorschläge der Bundesärztekammer zur Berücksichtigung weiterer Diagnosegruppen als versorgungsrelevante Hauptanwendungsbereiche wurden im Rahmen der Diskussion zu den entsprechenden Vorschlägen der BPtK thematisiert.

I. Beratungsergebnis zum Vorschlag der BPtK zur Formulierung von Abschnitt D

Mit der vom Unterausschuss formulierten Aktualisierung von Abschnitt D ist eine bloße Transformation der relativ alten Formulierungen in die diagnostischen Kategorien des ICD-10 beabsichtigt. Damit ist weder eine Einschränkung noch eine Ausweitung der Anwendungsbereiche von Psychotherapie verbunden.

Da es sich um eine rein inhaltliche Übersetzung handelt, ist auch die strukturelle Frage zur Unterscheidung von „Behandlung“ und „Rehabilitation“ in den Richtlinien nicht Gegenstand der aktuellen Beratungen. In der Historie der Richtlinien ist diese Trennung lange vor dem In-Kraft-Treten des SGB IX aufgenommen worden. Für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist festzuhalten, dass durch die pauschale Formulierung der ICD-10 Kategorie F 9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) dem Bedürfnis nach Berücksichtigung von Störungen von Kindern und Jugendlichen aus Versorgungsgesichtspunkten besser Rechnung getragen wird, als durch den differenzierten Vorschlag der BPtK. Eine solch differenzierte Aufspaltung würde auch Aufschlüsselungen in Altersgruppen bei Kindern und Jugendlichen notwendig machen. Durch diese Aufsplitterung wäre ein Wirksamkeitsnachweis nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin für neue Verfahren nicht mehr zu führen.

Gegen eine strukturelle Differenzierung von Anwendungsbereichen bei Erwachsenen gegenüber Anwendungsbereichen bei Kindern und Jugendlichen, wie von der BPtK vorgeschlagen, werden auch systematische Bedenken vorgebracht, da Psychologische Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte grundsätzlich sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche behandeln können.

Es ist keine sachliche Begründung ersichtlich für den Vorschlag der BPtK, die Wörter „Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“ durch „Anwendungsbereiche von Psychotherapie“ zu ersetzen.

Es ist keine sachliche Begründung ersichtlich für den Vorschlag der BPtK, die Wörter „psychodynamische bzw. lerntheoretische Faktoren“ durch „psychische Faktoren“ zu ersetzen, solange in den Richtlinien nur psychodynamisch bzw. lerntheoretisch begründete Verfahren anerkannt sind. Bei der Anerkennung eines weiteren Verfahrens würde die Richtlinie entsprechend ergänzt.

II. Beratungsergebnis zum Vorschlag der BPtK zur Formulierung von Abschnitt B I. 3

Die Gründe, die gegen eine Differenzierung von Erwachsenenpsychotherapie versus Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Abschnitt D genannt wurden, sind entsprechend gegen den Vorschlag der BPTK zu einer solchen Differenzierung in Abschnitt 3. zu nennen.

Weiterhin werden in der aktuellen Rechtsprechung auch rechtliche Zweifel an der vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie vorgenommenen Differenzierung von Erwachsenenpsychotherapie versus Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geäußert.

Wie in Kapitel B dargestellt, ist das in Abschnitt 3.2 formulierte Schwellenkriterium als Mindestanforderung an Psychotherapieverfahren für den Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in Form von Studien formuliert. Dies ist zu unterscheiden von Anforderungen, die an die Qualifikation eines Psychotherapeuten zu stellen sind.

Sowohl inhaltliche als auch formale Gründe stehen dem Vorschlag der BPTK zur Formulierung von Abschnitt 3.2 entgegen:

(1) Mit der Aufnahme von Suchterkrankungen, verbunden mit der Mindestanforderung an Psychotherapieverfahren „Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in 3 von 4 Indikationen“, würde die als Mindestkriterium angestrebte epidemiologische Größenordnung nicht erreicht. Hinsichtlich der stoffgebundenen Sucht als vierte vorgeschlagene Hauptindikation ist darauf hinzuweisen, dass diese Erkrankungen in der vertragspsychotherapeutischen Behandlung kaum eine Rolle spielen, da Entgiftung und Entwöhnung im Vordergrund stehen. Weiterhin besteht zwischen den Diagnosen nach D1.1 – 1.3 bei Erwachsenen und der Sucht als vierthäufigste Diagnose eine deutliche Schwelle, während von der Sucht zu den Indikationen mit folgenden Prävalenzen eine solche nicht mehr nachweisbar ist. Jeder Schnitt, der nicht an einer deutlichen Schwelle gezogen wird, müsste sich den Vorwurf der Willkürlichkeit gefallen lassen.

(2) Auch die von der BPTK vorgeschlagene Öffnung des Schwellenkriteriums für zusätzliche wenig prävalente Indikationen lässt sich nicht konsistent begründen und wäre nicht frei von Willkür.

(3) Es ist zu betonen, dass es sich bei den Indikationen um affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen handelt, so dass die vom Unterausschuss gewählte Anzahl und Auswahl im Sinne eines Schwellenwerts gut begründet ist.

Für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde in den Beratungen der Hinweis der BPTK zu Abschnitt B I. 3.2 Satz 2 aufgenommen. Aufgrund der Stellungnahme erfolgte eine Beschränkung des Schwellenkriteriums für den Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf die drei bei Kindern und

Tragende Gründe zur Aktualisierung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien

Jugendlichen bevölkerungsepidemiologisch häufigsten Indikationen: Affektive Störungen, Angststörungen und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

III. Beratungsergebnis zum Vorschlag der BPtK zur Formulierung der Abschnitte B I. 4 und 5

Der Vorschlag der BPtK zu B I. 4. steht im Widerspruch zu der Formulierung in B I. 3. Mit der Formulierung eines Scheidekriteriums für Verfahren muss zwingend für den Fall, dass dieses Kriterium nicht erfüllt wird, auch die 2. Alternative geregelt werden. Diese Regelung übernimmt der Entwurf des Unterausschusses, der der BPtK jedoch nicht.

Es ist darauf hinzuweisen, dass der Wissenschaftliche Beirat nicht nur Verfahren zur vertieften Ausbildung anerkennt, sondern auch Gutachten zu Methoden bzw. Techniken veröffentlicht, für die ein Wirksamkeitsnachweis nur in einzelnen Indikationen erbracht wurde, wie z. B. zur ambulante Neuropsychologie. Der Verweis auf den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ist daher in Abschnitt B I. 4 berechtigt.

Dem Vorschlag der BPtK zu Abschnitt B I. 5 steht die Tatsache entgegen, dass der Begriff „Technik“ ein feststehender Begriff der Richtlinien im Zusammenhang mit den übenden und suggestiven Techniken ist und daher an dieser Stelle nicht aus dem in sich schlüssigen Gefüge der Richtlinienbegriffe „Verfahren“, „Methode“ und „Technik“ gestrichen werden kann.

Hinsichtlich der rechtlichen Ausführungen der BPtK wird auf Teil C der tragenden Gründe verwiesen.

Düsseldorf, den 20. Juni 2006

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess

Anhang: Prävalenzstudien

- 1) Becker, ES, Türke, V, Neumer, S, Soeder, U, Krause, P, Margraf, J. Incidence and prevalence rates of mental disorders in a community sample of young women: results of the 'Dresden study'. In: Heess-Erler G, Manz R, Kirch W (Ed.), Public health research and practice: report of the public health research association saxony 1998-1999. Volume II. S. 259-291. 2000. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- 2) Ihle, W, Esser, G. Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psych. Rdsch. 2002, 53: 159 - 169.
- 3) Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med. 2004; 34(4): 597-611
- 4) Meyer, C, Rumpf, HJ, Hapke, U, Dilling, H, John, U. Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der TACOS-Studie. Nervenarzt 2000; 71: 535-542.
- 5) Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychol Med. 1998; 28(1): 109-26.
- 6) Wittchen U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 2005; 15 (4): 357-376.
- 7) Wittchen, HU, Pfister, H, Schmidtkunz, B, Winter, S, Müller, N. Zusatzsurvey "Psychische Störungen" (Bundesgesundheitsurvey 98): Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Teil 2: Tabellenband (Grundauszählung) und Anleitung Public Use File (Ergänzung zum Schlussbericht BMBFBW 01 EH 9701/8). 2000. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie.