

Stellungnahme
zum Stellungnahmeentwurf zur Einleitung eines
Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 8a SGB V
vor einer abschließenden Entscheidung
zu den Psychotherapie-Richtlinien:
Ergebnis des Bewertungsverfahrens über die
Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen

Inhaltsverzeichnis

I. Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie.....	3
1. Vorbemerkung zum Anhörungsverfahren	3
2. Operationalisierung des Beratungsgegenstandes	5
3. Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie bei Anpassungsstörungen.....	8
4. Exemplarische Darstellung von ausgeschlossenen Studien zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie	10
5. Berücksichtigung des „Body of Evidence“	15
II. Sozialrechtliche Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren im Kontext des ambulanten Versorgungssektors.....	16
1. Komorbidität psychischer Störungen	16
2. Strukturelle Anforderungen in der ambulanten Versorgung	20
3. Patientenerwartungen und -interessen in der ambulanten Versorgung.....	21
4. Zur Frage der Wirtschaftlichkeit indikationsbezogener Abrechnungsgenehmigungen im ambulanten Versorgungskontext	22
5. Rechtsgrundlagen der Prüfung im Kontext des ambulanten Versorgungssektors.....	22
6. Prüfung der Voraussetzungen für die Zulassung als neues Psychotherapieverfahren in der GKV	24
III. Beurteilung der Ergebnisse des Bewertungsverfahrens vor dem Hintergrund der bisherigen wissenschaftlichen Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie und dessen Verbreitung in der Praxis	30
1. Stellungnahmen zur wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie und dessen Einbeziehung in die Patientenversorgung	30
2. Verbreitung der Gesprächspsychotherapie in der Versorgung.....	33
3. Vorhandene Qualifikation in Gesprächspsychotherapie bei ärztlichen, psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	35
IV. Fazit	38
V. Literatur	39

I. Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie

1. Vorbemerkung zum Anhörungsverfahren

Seit der Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahr 2004 hat dieser verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Transparenz seiner Arbeit gegenüber der früheren Arbeitsweise des Ausschusses Ärzte und Krankenkassen kontinuierlich zu verbessern. Beispielhaft seien hier die so genannten Transparenzbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom Juni 2005 aufgeführt. Danach sind beispielsweise nach Nichtbeanstandung eines Richtlinienbeschlusses durch das Bundesministerium für Gesundheit auch die „tragenden Gründe“ des Beschlusses in das Internet einzustellen. Diese sollen dabei auch eine Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen der anhörungsberechtigten Organisationen enthalten. Ferner sind die Heilberufskammern, soweit gesetzlich vor einer Beschlussfassung des G-BA Stellungnahmen von ihnen einzuholen sind, so rechtzeitig einzubinden, dass die abschließende Stellungnahme zeitnah erfolgen kann.

Das für bestimmte Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses vom Gesetzgeber festgeschriebenen Anhörungsrecht der Heilberufskammern dient dabei insbesondere dem Zweck, dass die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Lichte der fachlichen Expertise der Heilberufskammern diskutiert und gegebenenfalls optimiert werden können. Für eine effektive Nutzung dieses Instruments des Anhörungsverfahrens bei der Beratung und Beschlussfassung zu - in diesem Fall - einer Behandlungsmethode im Sinne des § 8 Abs. 1 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es entscheidend, dass den anhörungsberechtigten Organisationen für die Erarbeitung ihrer Stellungnahmen auch die umfassende Bewertungsgrundlage zur Verfügung gestellt wird. Hierbei reicht aufgrund der Komplexität der Beratungsgegenstände die Übermittlung der tragenden Gründe regelhaft nicht aus. So erlaubt die summarische Auflistung der verschiedenen Gründe, warum Studien für die Entscheidung zur Gesprächspsychotherapie ausgeschlossen bzw. nicht berücksichtigt wurden, nicht aus, um eine differenzierte und weitgehend umfassende Stellungnahme abgeben zu können. Die entscheidende Informationsbasis für eine solche Stellungnahme zu dem aktuellen Beratungsge-

gegenstand ist der vollständige Bericht des Health Technology Assessments zur Gesprächspsychotherapie. Dieser wurde den Heilberufskammern trotz vorherigen Anfragen an den Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses und einer entsprechenden grundsätzlichen Forderung in der Stellungnahme der BPTK zum Anhörungsentwurf „Aktualisierung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien“ vom 3. April dieses Jahres nicht zur Verfügung gestellt. In Anbetracht der kurzen Stellungnahmefristen, die in dem Kontext derartiger Bewertungsverfahren kaum zu vermeiden sind, erhält dieses Informationsdefizit ein besonderes Gewicht. Schließlich begann der Arbeitsausschuss Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bereits im Jahr 2002 infolge des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG zur Gesprächspsychotherapie vom 16. September 2002 mit einer ersten Bewertung und Vorprüfung. Als Ergebnis dieser Vorprüfung wurde am 26. August 2003 ein Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Prüfung der Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf die Anerkennung als eigenständiges Psychotherapieverfahren vorgelegt. Nach Veröffentlichung des Beratungsthemas „Gesprächspsychotherapie“ im Bundesanzeiger am 6. Oktober 2004 hat der Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. die beauftragte Themengruppe weitere zwei Jahre zur Gesprächspsychotherapie beraten und gemäß der Darstellung in der Beschlussvorlage nach einem zweistufigen Screeningprozess Langauswertungen von insgesamt 101 Studien vorgenommen, welche die Basis für den HTA-Bericht bilden. Ein solcher Beratungs- und Bewertungsprozess kann von den anhörungsberechtigten Heilberufskammern in der kurzen Zeit der Stellungnahmefrist nicht nachvollzogen werden.

Die BPTK kann in ihrer Stellungnahme also nicht den vollständigen „body of evidence“ würdigen, sondern muss sich auf die exemplarische Darstellung ausgewählter Studien der Evidenzstufe Ib beschränken, die als Wirksamkeitsnachweis für die Gesprächspsychotherapie geeignet erscheinen, jedoch aus weitgehend unbekanntem Gründen keine entsprechende Berücksichtigung in dem Bewertungsverfahren erfahren haben.

Zuvor werden in Abschnitt I.2. Aspekte der Operationalisierung des Beratungsgegenstandes „Gesprächspsychotherapie“ durch den Unterausschuss Psychotherapie

des Gemeinsamen Bundesausschusses kritisch diskutiert. In Abschnitt I.3. folgt eine kritische Betrachtung der Zusammenfassung der Evidenz zur Gesprächspsychotherapie durch den Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Bezug auf eine Studie von Althenhöfer et al. von 2006 zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei Anpassungsstörungen.

2. Operationalisierung des Beratungsgegenstandes

In der Erläuterung des Stellungnahmeentwurfs des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird in Abschnitt C hinsichtlich der Operationalisierung des Beratungsgegenstandes geltend gemacht, dass im Zuge einer differenzierten Analyse der Beschreibung der in einer Studie jeweils angewendeten Behandlungsverfahren eine Einschätzung erfolgte, ob es sich bei der verwendeten Therapieform um Gesprächspsychotherapie handelt, wie sie in Deutschland angewendet und gelehrt wird, und inwieweit Gesprächspsychotherapie zusammen mit anderen Verfahren/Methoden/Techniken oder zusammen mit Pharmakotherapie als Interventionsbedingung der jeweiligen Studie durchgeführt wurde. In diesem Zusammenhang sei auch geprüft worden, ob die von Prof. Dr. Reiner Sachse konzipierte „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“ als originär gesprächspsychotherapeutischer Therapieansatz zu bewerten ist. Die persönliche Mitteilung des Autors, dass sich dieser Ansatz grundlegend von der klassischen Gesprächspsychotherapie unterscheidet, nicht im Rahmen der Gesprächspsychotherapie in Deutschland zur Anwendung komme und auch nicht in der Gesprächspsychotherapieausbildung gelehrt werde, wurde dabei um die entscheidende Bezugsgröße - nach den Richtlinien der GwG - gekürzt und fälschlich als Grundlage dafür genommen, diese Studien aus der Bewertung auszuschließen. Dabei hatte bereits der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG in seinem Gutachten vom 30. September 1999 auf die Bedeutung der „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“ als wesentliche Erweiterung der Gesprächspsychotherapie hingewiesen:

„Vor allem durch die Entwicklung der sogenannten "Zielorientierten Gesprächspsychotherapie" sind die theoretischen Grundlagen des therapeutischen Veränderungsprozesses unter Berücksichtigung der Ergebnisse psychologischer Grundlagenforschung, vor allem aus dem Bereich der Sprachpsy-

chologie und der Kognitionspsychologie, wesentlich erweitert und differenziert worden.“

Wie Prof. Dr. Sachse der BPTK persönlich mitteilte, bezog sich seine Aussage auf die Anwendung der „klassischen Gesprächspsychotherapie“ und insbesondere die Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien und Durchführungsbestimmungen der GwG, in denen die Weiterentwicklungen der „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“ nach seiner Einschätzung keinen ausreichenden Niederschlag gefunden hätten. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es sich bei der GwG lediglich um eine von insgesamt drei gesprächspsychotherapeutischen Fachgesellschaften in Deutschland handelt, die in der Vergangenheit eine zentrale Rolle für die Weiterbildung von Psychologen in Gesprächspsychotherapie gespielt hat.

Die Weiterbildung nach den Richtlinien der GwG ist jedoch für die Fragestellung des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht einschlägig, da mit In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes die staatliche Anerkennung von einzelnen Ausbildungsstätten durch die zuständigen Landesbehörden erfolgt. Den Landesbehörden kommt dabei die Aufgabe zu, bei der Prüfung der Anträge auf Zulassung als Ausbildungsstätte sicherzustellen, dass die evidenzbasierten Weiterentwicklungen innerhalb der Psychotherapieverfahren auch in den Curricula der Ausbildungsstätten ihren Niederschlag finden.

So inkludiert das Ausbildungscurriculum für die vertiefende Ausbildung in Gesprächspsychotherapie der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte „Institut für Psychotherapie“ der Universität Hamburg explizit verschiedene evidenzbasierte Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie, unter anderem die Weiterentwicklungen, die auf die Arbeiten der Forschungsgruppe um Greenberg zurückgehen (Eckert, 2006).

Auch die Hessische Akademie für Personenzentrierte Psychotherapie, Beratung und Supervision (HAPP), welche seit März 2006 als staatlich anerkannte Ausbildungsstätte in Hessen zugelassen ist, benennt im Lehrplan (geprüft vom Landesprüfungs-

amt Hessen) explizit folgende spezielle Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie:

- Erlebnisaktivierende Methoden und Focusing
- Personzentrierte Körperarbeit
- Zielorientierte Gesprächspsychotherapie

Neben den Ansätzen von Greenberg zählen insbesondere die erlebnisaktivierenden Modifikationen, z. B. das Focusing nach Gendlin (1996), die stärker zielorientierte Vorgehensweise nach Sachse (1992) und das differenzielle Inkongruenzmodell nach Speierer (1994), zu den wichtigsten Erweiterungen der Gesprächspsychotherapie, die allesamt als Bewertungsgrundlage zu dem hier relevanten Beratungsgegenstand herangezogen werden müssen.

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

Schließlich sei darauf hingewiesen, dass die vorgenommene Reduktion der Bewertungsgrundlage auf Studien zur „klassischen“ Gesprächspsychotherapie durch den Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beim Vorgänger des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht gedeckt ist. Darin wird explizit auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG Bezug genommen, welcher seinem Gutachten ausdrücklich auch die verschiedenen Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie zu Grunde gelegt hatte.

3. Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie bei Anpassungsstörungen

In der Zusammenfassung der Evidenz zur Gesprächspsychotherapie werden in der Beschlussvorlage des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses unter dem Abschnitt zu Studien im ambulanten Setting bei der Indikation Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) die Ergebnisse der Studie von Alenhöfer et al. (2006) diskutiert. Die Studie wird insgesamt als schwacher Hinweis auf die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei dieser Indikation gewertet, Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie könnten nicht hinreichend belegt werden. Dabei wird insbesondere kritisiert, dass circa die Hälfte der Patienten zusätzlich medikamentös behandelt worden seien und der Einflussfaktor der Medikation auf die Veränderung der Störung nicht kontrolliert worden sei.

Aus Sicht der BPTK ist dabei zunächst festzuhalten, dass zwischen der Behandlungsgruppe und der Wartekontrollgruppe keine Unterschiede hinsichtlich des Anteils der Patienten mit einer medikamentösen Mitbehandlung bestehen. Daraus ergibt sich zumindest kein Hinweis darauf, dass die Medikation einen entscheidenden Einfluss auf die signifikanten und klinisch bedeutsamen Verbesserungen in der Behandlungsgruppe im Vergleich zu der Wartekontrollgruppe hatte. Es ist zutreffend, dass der Einfluss der Medikation darüber hinaus in der vorliegenden Publikation nicht weiter untersucht und dargestellt wurde. Dabei ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass es bei der Publikation von Studien in Peer-review-Zeitschriften nahezu ausgeschlossen ist, alle wesentlichen und methodisch womöglich wünschenswerten Analysen ausführlich und für den Leser nachvollziehbar darzustellen. Insofern ist es bedauerlich, dass der Unterausschuss Psychotherapie es bei einer für das Bewertungsverfahren zur Gesprächspsychotherapie so wesentlichen Studie unterlassen hat, an die Autoren zwecks weiterführender Analysen heranzutreten.

Auf eine schriftliche Anfrage hin stellte die Erstautorin der BPTK die Ergebnisse einer entsprechenden Analyse zur Verfügung. Dabei zeigte sich für die primären Zielkriterien, dass ein Interaktionseffekt „Medikation“ x „Zeit“ nicht nachweisbar war. Ebenso wenig konnte für die primären Zielkriterien ein Interaktionseffekt „Medikation“ x „Gruppe“ x „Zeit“ nachgewiesen werden. Das heißt, dass weder die Medikation für

sich (über beide Gruppen hinweg) noch die Medikation in Interaktion mit einer Gruppenbedingung (z. B. in dem Sinne, dass die Patienten der GT-Behandlung bei gleichzeitiger medikamentöser Behandlung stärkere Verbesserungen erfahren) einen bedeutsamen Einfluss auf die Verbesserung der Zielparameter hatte. Wenngleich die „statistische Power“ dieser Tests aufgrund der Stichprobengröße begrenzt war, weisen die Daten auch unabhängig von der fehlenden Signifikanz dieser Interaktionseffekte nicht ansatzweise auf eine Konfundierung durch die begleitende medikamentöse Behandlung eines Teils der Patienten hin. Hinsichtlich der Ergebnisse auf den Fremdeinschätzungsverfahren BSS und GAF deutet der Interaktionseffekt „Medikation“ x „Zeit“, welcher aufgrund der erforderlichen Adjustierung der α -Fehlerwahrscheinlichkeiten in beiden Fällen nicht länger signifikant ausfällt, sogar eher auf durchschnittlich geringere Verbesserungen bei der Gruppe der medikamentös behandelten Patienten hin. Die wichtigsten Ergebnisse dieser statistischen Auswertung finden sich im Anhang der Stellungnahme und können bei Bedarf auf Anfrage von der Erstautorin der Studie weiter ergänzt werden.

4. Exemplarische Darstellung von ausgeschlossenen Studien zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie

Die BPTK teilt grundsätzlich die Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie, dass Studien ohne Kontrollbedingung aus dem stationären Bereich, bei denen die Psychotherapie als ein Baustein im Rahmen eines komplexen stationären Behandlungskonzeptes durchgeführt wurde, nicht geeignet sind, die Wirksamkeit und den Nutzen einer Methode nachzuweisen. Inwieweit diese methodische Einschränkung tatsächlich für alle Studien zur Gesprächspsychotherapie aus dem stationären Bereich zutrifft, konnte jedoch in der Kürze der Stellungnahmefrist ohne Nutzung des vollständigen Berichts zum Health Technology Assessment nicht nachvollzogen werden.

Die folgende exemplarische Darstellung von Studien zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie, welche im Verlauf des Bewertungsverfahrens vom Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses aus unbekanntem Gründen ausgeschlossen wurden, beschränkt sich auf einige Studien der Evidenzstufe Ib aus dem ambulanten Setting:

a) Studie von Watson et al. (2003)

Die komparative Effektivitätsstudie untersucht die Wirksamkeit „Process-Experiential Therapy“ (manualisiert nach Greenberg) als Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Therapie (nach Beck). Es handelt sich um eine randomisiert-kontrollierte Studie bei Patienten mit einer depressiven Störung nach den Kriterien des DSM IV bei unterschiedlicher Schweregradausprägung und einem Anteil von 51 % der Patienten, bei denen zusätzlich eine Achse II-Störung nach DSM-IV diagnostiziert wurde.

Die Studie ist zum einen zur Untersuchung der Äquivalenzhypothese hinsichtlich der Wirksamkeit der beiden Therapieformen bezogen auf die primären Zielparameter der psychopathologischen Symptomatik sowie der sekundären Zielparameter des Selbstwertes und des Copingstils konzipiert worden. Zum anderen untersucht die

Studie die differenzielle Überlegenheit der „Process-Experiential-Therapy“ hinsichtlich der Verbesserungen auf dem sekundären Zielparameter der „Interpersonellen Probleme“ sowie die differenzielle Überlegenheit der kognitiv-behavioralen Therapie hinsichtlich der Verbesserungen auf dem sekundären Zielparameter der „Dysfunktionalen Einstellungen“ als Maß der Vulnerabilität für die Entwicklung einer depressiven Störung. Sämtliche Zielparameter wurden mittels psychometrischer Selbsteinschätzungsverfahren zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende erhoben.

Die Effekte der psychotherapeutischen Behandlungen wurden mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung untersucht. Die Intention-to-Treat-Analysen beruhen auf einer Gesamtstichprobe von 85 Patienten, wovon 40 Patienten mit Gesprächspsychotherapie behandelt wurden. Die Dauer der ambulanten Psychotherapien betrug für beide Behandlungsgruppen 16 Sitzungen.

Die Ergebnisse der Studie weisen zum einen auf eine vergleichbare Wirksamkeit der beiden psychotherapeutischen Behandlungen hinsichtlich des primären Zielkriteriums der psychopathologischen Symptomatik, insbesondere der depressiven Symptomatik, hin. Dabei ist das Ausmaß der erzielten Verbesserungen hinsichtlich der depressiven Symptomatik für beide Behandlungsmethoden als ausgesprochen hoch einzuschätzen (die Effektstärke Cohen's d liegt mit 1.73 bzw. 1.69 erheblich über der konventionellen Grenze für eine große Effektstärke von 0.8). Darüber hinaus konnte hypothesenkonform die Überlegenheit der „Process-Experiential-Therapy“ gegenüber der kognitiv-behavioralen Therapie hinsichtlich der Verbesserung der Interpersonalen Probleme nachgewiesen werden. Dagegen zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsmethoden hinsichtlich der Veränderung des Copingsstils und der dysfunktionalen Einstellungen.

Abschließend besonders hervorzuheben ist, dass bei dieser Studie die Wirksamkeit der „Process-Experiential-Therapy“ bei depressiven Patienten mit einem hohen Anteil komorbider Persönlichkeitsstörungen gezeigt werden konnte. Einzelne methodische Schwächen der Studie sind, insbesondere in Anbetracht des Ausmaßes und der klinischen Bedeutsamkeit der erzielten Verbesserungen auf den patientenrelevanten Outcome-Parametern, zu relativieren.

b) Studie von Paivio & Nieuwenhuis (2001)

Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit der „Emotionsfokussierten Therapie“ als Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe bei Patienten mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, bei denen zum Zeitpunkt der Behandlung überwiegend eine Posttraumatische Belastungsstörung vorlag. Die durchschnittliche Behandlung bestand aus 20 wöchentlichen, einstündigen Sitzungen.

Die Wirksamkeit dieser Variante der Gesprächspsychotherapie hinsichtlich der Veränderung der psychopathologischen Symptomatik, der interpersonellen Probleme, spezifischer Belastungen und individueller Therapieziele wurde durch Selbstratings anhand validierter psychometrischer Verfahren zu Beginn und zum Ende der Behandlung untersucht. Entsprechende Katamnesedaten wurden neun Monate nach Behandlungsende erhoben.

Die Untersuchung bezieht sich auf 22 Patienten in der Behandlungsgruppe und 24 Patienten in der Wartegruppe, von denen 18 Patienten im Anschluss an die Wartezeit von durchschnittlich 20 Wochen ebenfalls eine Gesprächspsychotherapie begannen. Die statistischen Analysen zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie beziehen sich aufgrund einzelner Datenausfälle auf eine etwas reduzierte Stichprobengröße (für die meisten Analysen $n=19$ in beiden Gruppen).

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zeigen für alle primären Zielparameter eine signifikante Verbesserung der Symptomatik bzw. der Problemausprägung im Vergleich zur Wartekontrollgruppe. Dies gilt sowohl für die PTSD-spezifische Symptomatik und die allgemeine psychopathologische Symptombelastung als auch die individuellen Hauptbeschwerden und die Probleme im interpersonellen Bereich. Dabei bleiben die erzielten Therapieeffekte in allen Bereichen auch zur 9-Monats-Katamnese stabil.

c) Studie von Meyer, A.E. et al (1981; 1988)

The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment

Die randomisiert-kontrollierte Studie des Hamburger Kurzzeit-Psychotherapie Experiments, die im Rahmen eines umfangreichen, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Langzeit-Projekts durchgeführt wurde, untersucht die Ergebnisse und Prozessbedingungen zeitlich limitierter, ambulanter Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu psychoanalytischer (psychodynamischer) Fokalthherapie bei Patienten mit neurotischen (vorwiegend affektiven) und psychosomatischen Störungen unter Einbeziehung von zwei verfahrensspezifischen Wartekontrollgruppen.

Die Effekte der Psychotherapien wurden multidimensional mittels standardisierter psychometrischer Verfahren und klinischer Ratings erhoben. Zusätzlich erfolgten Langzeitbeobachtungen in Form von katamnestischen Untersuchungen nach 3, 9 und 12 Monaten sowie 3 und 12 Jahren. Die Datenanalyse bezieht sich auf eine *Stichprobe* von insgesamt 68 Patienten, die den Behandlungs- bzw. Kontrollgruppen zugewiesen wurden (22 Patienten in Gesprächspsychotherapie und 12 in der Wartegruppe bzw. 21 Patienten in Analytischer Fokalthherapie und 13 in der Wartegruppe). Die Therapiedauer war auf maximal 30 ambulante Kontakte begrenzt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass beide Therapieverfahren im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe wirksam sind. Im direkten Effektivitätsvergleich der Behandlungsgruppen ergaben sich summarisch keine signifikanten Unterschiede. Qualitative Auswertungen weisen auf differenzielle verfahrensabhängige Unterschiede bei den verschiedenen Outcomemaßen hin und geben Hinweise auf mögliche differenzielle Indikationskriterien. Die zu Behandlungsende erreichten Veränderungen, auch die verfahrensspezifischen Veränderungsmuster erweisen sich im mittel- und langfristigen Verlauf als weitgehend stabil.

Wenngleich diese Studie den heutigen methodischen Ansprüchen hinsichtlich der statistischen Methodik, der Auswertungsstrategien und der Erhebungsinstrumente nicht mehr vollständig entspricht, so ist die grundsätzliche Aussagekraft dieser Studie davon nicht entscheidend beeinträchtigt. Die signifikante Überlegenheit der beiden untersuchten Behandlungsansätze gegenüber der Wartekontrollgruppe ist un-

strittig. Wie auch in der Entwurfsfassung der Version 2.0 des Methodenpapiers des IQWiG vom 28.09.2006 unter Abschnitt 1.7 ausgeführt wird, ist bei der Beurteilung älterer Studien der jeweilige Stand der Methodenentwicklung zu berücksichtigen. Eventuelle Mängel sollen in einem solchen Fall nicht zu einem automatischen Ausschluss der Studien führen.

5. Berücksichtigung des „Body of Evidence“

Die Diskrepanz des Bewertungsergebnisses zu Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie, gegenüber den Stellungnahmen aus der psychotherapeutischen Wissenschaft (inklusive des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG) lässt befürchten, dass im Bewertungsverfahren entgegen dem von der Verfahrensordnung vorgegebenen Rahmen ausschließlich Studien der Evidenzstufe Ib berücksichtigt wurden. Eine solche Beschränkung wäre den Anforderungen an eine fachgerechte Psychotherapie und den Besonderheiten psychischer Erkrankungen grundsätzlich unangemessen, worauf in der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Literatur an zahlreichen Stellen hingewiesen wurde.

Schon an dem Beispiel der längeren psychotherapeutischen Behandlungen z. B. bei schweren Persönlichkeitsstörungen, chronischer Major Depression oder schweren Essstörungen, die sich zum Erreichen nachhaltiger Behandlungserfolge oftmals über zwei oder mehr Jahre erstrecken müssen, lässt sich illustrieren, dass derartige Behandlungen nicht in einem randomisiert-kontrollierten Design untersucht werden können. In den meisten Fällen ist es auch ethisch nicht vertretbar, dass Patienten über einen solchen Zeitraum unbehandelt oder „placebobehandelt“ in einer Kontrollgruppe und erst recht randomisiert verbleiben. In besonderer Weise gelten dieses Bedenken für die Nutzenbewertung von Behandlungen von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Die BPTK sieht daher einen dringenden Diskussionsbedarf über den Stellenwert von Psychotherapie-Studien mit niedrigeren Evidenzstufen als Ib für die Nutzenbewertung im Rahmen sozialrechtlicher Zulassungen.

II. Sozialrechtliche Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren im Kontext des ambulanten Versorgungssektors

Der Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses legt in seiner Begründung der Beschlussempfehlung in den Abschnitten F bis H ausführlich dar, welche Probleme der Weg einer indikationsbezogenen Abrechnungsgenehmigung für ein psychotherapeutisches Verfahren mit „eingeschränktem Indikationsspektrum“ aufwirft, wie er vom Bundesministerium für Gesundheit in seiner Beanstandung der Änderung der Psychotherapie-Richtlinien vom 15. August 2006 andiskutiert wird. Die BPTK teilt dabei die Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie, dass ein solcher Weg den Notwendigkeiten und Realitäten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, den berechtigten Interessen und Erwartungen von Patienten mit psychischen Störungen nicht gerecht werden kann und dem psychotherapeutischen Behandlungsansatz insgesamt zuwiderläuft. Hierüber besteht in der Profession der Psychotherapeuten Konsens, wie dies bereits in Stellungnahmen im Zusammenhang mit den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien vom 20. Juni 2006 dokumentiert wurde.

Einzelnen Teilen der konkreten Argumentation des Unterausschusses Psychotherapie und den daraus resultierenden Schlussfolgerungen kann sich die BPTK jedoch nicht anschließen. Dies gilt insbesondere für die Argumentation zum Problem der Komorbidität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Abschnitt F der Beschlussempfehlung sowie zur Frage der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im ambulanten Versorgungssektor in den Abschnitten G und H.

1. Komorbidität psychischer Störungen

Zutreffend wird in der Begründung der Beschlussempfehlung festgestellt, dass die Komorbidität psychischer Störungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eine häufige Problemkonstellation darstellt. Nach den epidemiologischen Daten des Bundesgesundheits surveys (BGS) lässt sich bei knapp 40 % der Patienten mit einer DSM-IV Diagnose in den zurückliegenden 12 Monaten mindestens eine weitere psychische Störung für diesen Zeitraum diagnostizieren (Jacobi et al., 2004).

Bei Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung in den zurückliegenden 12 Monaten lassen sich sogar bei über 60 % komorbid weitere psychische Störungen diagnostizieren. Noch stärker erhöhte Komorbiditätsraten finden sich unter anderem bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung, Zwangsstörung oder Panikstörung. Die Daten weisen zugleich darauf hin, dass das Ausmaß der Komorbidität als ein grober Indikator für den Schweregrad und den Behandlungsbedarf der betroffenen Patienten verwendet werden kann. Für jede psychische Störung ist die Präsenz weiterer komorbider psychischer Störungen mit einer deutlichen Zunahme der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten der Patienten assoziiert. Während nur circa ein Drittel der Patienten mit einer „reinen“ Störung wenigstens minimale professionelle Interventionen wegen der psychischen Erkrankung erhalten (lifetime), trifft dies bei circa dreiviertel der Patienten der hoch komorbiden Patienten zu.

Für den Bereich der depressiven Störungen werden in der Beschlussvorlage als häufigste psychische Störungen, die komorbid zu einer depressiven Störung auftreten, Angststörungen, somatoforme und Schmerzstörungen, Substanzmissbrauch sowie Persönlichkeitsstörungen genannt. Der Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses macht in der Begründung der Beschlussempfehlung geltend, dass sich diese Störungen häufig erst im Laufe einer Therapie und nicht schon während der Eingangsdiagnostik oder den probatorischen Sitzungen zeigen. Es bleibt allerdings unklar, in welcher Größenordnung diese Problematik, die hier als häufig bezeichnet wird, tatsächlich auftritt. Sicherlich ist es bezeichnend für Persönlichkeitsstörungen, dass diese als überdauerndes, situationsübergreifendes Interaktionsmuster in vielen Fällen erst im Verlauf einer Behandlung valide diagnostizierbar werden. Auch für den Substanzmissbrauch kann angenommen werden, dass zumindest ein Teil der betroffenen Patienten über diese spezielle Problematik zu Beginn einer Behandlung auch auf Nachfrage des behandelnden Psychotherapeuten aufgrund von Schamgefühlen oder einer Bagatellisierungsneigung noch keine (ausführliche) Auskunft gibt und hiervon erst im weiteren Verlauf der Behandlung berichtet. Hierdurch kann die vollständige Diagnosestellung zu Beginn der Behandlung erheblich erschwert sein. Ob diese Einschränkung jedoch in bedeutsamen Umfang auch auf die komorbiden Angststörungen oder somatoformen Störungen zutrifft, erscheint fraglich.

Unabhängig von der rechtzeitigen Diagnostizierbarkeit komorbider psychischer Störungen ist die Schlussfolgerung, dass Komorbidität im Zusammenhang mit „Verfahren mit begrenztem Indikationsspektrum“ zur Überweisung führen müsste, nicht sachgerecht.

Schließlich ist bei der indikationsbezogenen Bewertung des Nutzens eines psychotherapeutischen Verfahrens der Aspekt der Komorbidität grundsätzlich mitzubetrachten. Je nach Restriktivität der Ein- und Ausschlusskriterien in den Studien ist die Generalisierung auf die Wirksamkeit eines Verfahrens bei Vorliegen weiterer komorbider psychischer Störungen zusätzlich zu der Erkrankung, welche die geprüfte Indikation darstellt, zulässig.

Daher kommt auch ergänzenden naturalistischen Studien an weitgehend unselektierten Patienten bei der Bewertung psychotherapeutischer Verfahren eine besondere klinische Bedeutung zu. Die für den konkreten Fall genannten Studien zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei depressiven Störungen (King et al., 2000; Ward et al., 2000; Watson et al., 2003) sind jedoch gerade durch ein Minimum an Ausschlusskriterien gekennzeichnet, die diese Vermutung nahe legen könnten, es handele sich bei den untersuchten Patientenstichproben um eine Gruppe hochselektierter, monomorbider depressiver Patienten. In der Studie von King et al. (2000) werden als Ausschlusskriterien definiert: ernsthafte Suizidabsichten, Psychotherapie in den vergangenen sechs Monaten, aktuelle Einnahme von Antidepressiva, eingeschränkte Mobilität, hirnorganische Störung und eingeschränkte Fähigkeit, Fragebögen zu beantworten aufgrund von Sprachschwierigkeiten, Analphabetismus oder Lernbehinderung. Die Darstellung des Patientenflusses in der Studie macht ferner deutlich, dass von 627 Patienten, die von teilnehmenden Hausärzten zugewiesen wurden, lediglich 163 Patienten ausgeschlossen werden mussten. Der häufigste Ausschlussgrund (n=62) war dabei eine zu geringe Symptombelastung auf dem Beck'schen Depressionsinventar (BDI). Wegen aktueller antidepressiver Medikation wurden 26 Patienten ausgeschlossen, 19 Patienten befanden sich in den vergangenen sechs Monaten in psychotherapeutischer Behandlung und je 22 Patienten waren nicht kontaktierbar oder verweigerten die Teilnahme an der Studie. Darüber hinaus war neben der Depression auch Angst und Depression gemischt ein Einschlusskriterium für die Studie, die teilnehmenden Hausärzte waren also gehalten, gerade auch

bei Vorliegen einer Angstsymptomatik zu überweisen, ohne dass auf der Ebene der Hausärzte die psychische Störung differenzialdiagnostisch abgeklärt worden wäre. Insgesamt kann daher unter der Perspektive der Komorbidität der Patientenstichprobe davon ausgegangen werden, dass durch die Ein- und Ausschlusskriterien und die Zugangswege zur Studie keine substanziellen Selektionseffekte verursacht wurden.

Auch für die Studie von Watson et al. (2003) waren die Ein- und Ausschlusskriterien so gefasst, dass hinsichtlich der Komorbidität der Patientenstichprobe nur geringe Selektionseffekte zu erwarten waren. So wird für die untersuchte Patientenstichprobe in der Publikation auch eine insgesamt hohe Komorbiditätsrate berichtet. Bei immerhin der Hälfte der untersuchten Patienten wurde dabei eine komorbide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Für den vorliegenden Fall der Wirksamkeitsnachweise zur Gesprächspsychotherapie bei depressiven Störungen kann somit zusammenfassend festgestellt werden, dass es keinen Anhaltspunkt gibt, der die Forderung nach einer Überweisung im Falle des Vorliegens einer komorbiden Störung nachvollziehbar machen könnte.

Ganz grundsätzlich ist bei dem Problem der Komorbidität psychischer Störungen das Binnenverhältnis der psychischen Störungen zu beachten. Komorbide psychische Störungen können sich parallel zueinander als Ausdruck eines einheitlichen Krankheitsprozesses entwickeln. Da die diagnostischen Kategorien der ICD-10 und auch des DSM IV deskriptiv und nicht ätiopathogenetisch konzipiert sind, tritt dieses Phänomen relativ häufig auf. Der deskriptiven Klassifikationssystematik kann es zum Teil auch geschuldet sein, dass bestimmte Symptome, die, obwohl sie regelhaft im Zusammenhang mit einer Störung auftreten, nicht zu den diagnostischen Kriterien nach ICD-10 zählen, um die diagnostischen Klassen möglichst distinkt zu halten. Als Beispiel sind die regelhaft auftretenden Angstsymptome im Kontext einer depressiven Erkrankung zu nennen. In solchen Fällen ist es nicht sinnvoll, eine psychische Erkrankung in zwei eigenständige psychische Störungen aufzutrennen und diese einer separaten Behandlung zuzuführen. Stattdessen gilt es, die verschiedenen Facetten der psychischen Erkrankung und ihre jeweiligen Folgen in einem Gesamtbehandlungsplan zu berücksichtigen.

Daneben kann das Phänomen der Komorbidität psychischer Störungen zum Teil auch darauf zurückgeführt werden, dass psychische Störungen als Folgeerkrankungen aufgrund der psychosozialen Einschränkungen einer primären psychischen Erkrankung auftreten. So können depressive Erkrankungen auch in Folge der Einschränkungen einer primären psychischen Störung, wie zum Beispiel einer Panikstörung mit Agoraphobie oder einer Zwangsstörung auftreten. Zugleich liegen den später komorbid auftretenden Erkrankungen oftmals gemeinsame biologische, psychische und soziale Risikofaktoren zugrunde, die in einer ätiopathogenetisch orientierten psychotherapeutischen Behandlung - wie in den Richtlinien unter A.3ff gefordert - insgesamt zu berücksichtigen sind.

Vermutlich relativ selten aber dennoch denkbar ist schließlich noch die Variante, dass sich psychische Störungen weitgehend unabhängig voneinander entwickeln und aufrechterhalten werden. Selbst in dieser Konstellation wäre jedoch eine zwangsläufige Aufspaltung der psychotherapeutischen Behandlung weder im Interesse des Patienten noch eine effiziente Strukturierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

2. Strukturelle Anforderungen in der ambulanten Versorgung

Die gegenwärtige Bedarfsplanung im Bereich der ambulanten Psychotherapie ist, ganz abgesehen von der grundsätzlichen Problematik der Definition eines früheren Ist-Zustandes als Soll-Zustand, darauf ausgelegt, dass Leistungserbringer mit einer Zulassung als Vertragspsychotherapeut über das gesamte Spektrum der Psychotherapieindikationen hinweg tätig werden können. Eine verfahrensbezogene Bedarfsplanung existiert nicht und auch die Nutzung des Instruments des Sonderbedarfs mit Bezug auf das differenzierte Angebot psychotherapeutischer Verfahren in einem Planungsbezirk ist nicht vorgesehen. Somit würde die Zulassung von Leistungserbringern mit einer auf wenige Indikationen eingeschränkten Abrechnungsgenehmigung bei der gegenwärtig gültigen Bedarfsplanung zu einer weiteren Verschärfung von ohnehin schon bestehenden Versorgungsdefiziten führen. Insbesondere in weniger dicht versorgten (oftmals ländlichen) Regionen würde die Zulassung von Leistungserbringern mit einer eingeschränkten Abrechnungsgenehmigung zu Versorgungsengpässen für Patienten mit „anderen“ Störungen/Indikationen führen. Hieraus

könnten potenziell eine Überversorgung von Patienten mit einer bestimmten Indikation und eine Unterversorgung von Patienten mit anderen psychischen Störungen resultieren.

3. Patientenerwartungen und -interessen in der ambulanten Versorgung

Regelhaft wird ein Patient nicht in der Lage sein, vor Konsultation eines fachlich qualifizierten Behandlers die bei ihm vorliegende psychische Erkrankung korrekt einzuschätzen. Wie in verschiedenen Studien belegt, ist es selbst von Seiten der potenziell zuweisenden Ärzte der Primärversorgung regelhaft nicht möglich, eine korrekte Differenzialdiagnose zu stellen. Ein Patient hat jedoch bei Konsultation eines Psychotherapeuten die berechtigte Erwartung, dass dieser für die psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen ausgebildet, qualifiziert und diese bei Vorliegen einer sozialrechtlichen Zulassung auch zu Lasten der GKV erbringen kann. Diese Situation ist nicht vergleichbar mit der zwischen Fachärzten einer Fachrichtung gegebenenfalls variierenden Abrechnungsgenehmigung sehr umgrenzter diagnostischer oder therapeutischer Interventionen.

Auch bei sachgemäßer Lösung des so genannten Komorbiditätenproblems würde die Zulassung von Leistungserbringern mit der vertieften Ausbildung in einem Verfahren, für das lediglich eine auf einzelne Indikationen beschränkte Abrechnungsgenehmigung erteilt wird, für einen Teil der Patienten mit weiteren Wartezeiten verbunden sein. Immer wenn bei einem Patienten eine bestimmte psychische Störung als primäre Behandlungsindikation vorliegt, die nicht Teil der Abrechnungsgenehmigung ist, würde eine Überweisung an einen Psychotherapeuten erforderlich werden, der mit seinem Behandlungsverfahren über die entsprechende Abrechnungsgenehmigung verfügt. Diese Überweisungserfordernisse würden zwangsläufig zu einer Kumulation von Wartezeiten führen, wodurch das psychische Leiden von Patienten unnötig verlängert, die Gefahr der Chronifizierung der Erkrankung und der Aggravation der Krankheitsfolgen (AU-Zeiten, resultierende Probleme am Arbeitsplatz, Reduktion der gesellschaftlichen Teilhabe, etc.) deutlich erhöht würden.

4. Zur Frage der Wirtschaftlichkeit indikationsbezogener Abrechnungsgenehmigungen im ambulanten Versorgungskontext

Die BPTK stimmt mit dem Unterausschuss Psychotherapie überein, dass eine indikationsbezogene Abrechnungsgenehmigung, insbesondere für Patienten, aufgrund von Überweisungserfordernissen bei Indikationen, für die keine Abrechnungsgenehmigung vorliegt, zu höheren Belastungen durch die erforderliche Konsultation von mehreren Psychotherapeuten, die resultierenden Wartezeiten und die Nichtentsprechung der berechtigten Patientenerwartungen an den niedergelassenen Psychotherapeuten führt. Auch sind entsprechende Doppel- oder Mehrfachbehandlungen mit erhöhten Behandlungskosten verbunden und unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit negativ zu werten.

Allerdings kann die BPTK der Argumentation hinsichtlich der zusätzlich erforderlich werdenden Behandlungskontingente bei komorbiden Störungen nicht folgen, da diese mitbehandelt werden könnten (siehe Abschnitt II.1). Eine Behandlung müsste sich nicht ausschließlich auf die depressive Erkrankung beschränken, wie der Unterausschuss Psychotherapie dies in seiner Argumentation in Abschnitt H befürwortet. Auch die vermuteten zusätzlichen Kosten für ein eigenständiges Gutachterverfahren für Gesprächspsychotherapie können in diesem Zusammenhang kein Argument für den Ausschluss der Gesprächspsychotherapie aus der GKV-Versorgung aus Gründen der Unwirtschaftlichkeit sein.

5. Rechtsgrundlagen der Prüfung im Kontext des ambulanten Versorgungsektors

In der Begründung der Beschlussvorlage des Unterausschusses Psychotherapie wird in Abschnitt E eingangs postuliert, dass die Kriterien in B.I.3.2 bis 3.4 der Psychotherapie-Richtlinien, welche für den ambulanten Bereich die Voraussetzungen für die Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in der GKV regeln, nicht mehr den gesetzlichen Anforderungen an die Nutzenbewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren entsprechen.

Aus diesem Grund habe der G-BA am 20. Juni 2006 Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten B I.3. und 4. der Psychotherapie-Richtlinien beschlossen. Diese

Änderungen wurden vom Bundesministerium für Gesundheit in seinem Schreiben vom 15. August 2006 beanstandet und sind nicht in Kraft getreten. Auch die Tatsache, dass das Bundesministerium für Gesundheit einen Teil der Regelungen (Bewertung psychotherapeutischer Verfahren nach Maßgabe der Verfahrensordnung) von der Beanstandung ausgenommen hat, ändert nichts an dem Umstand, dass diese vom G-BA beschlossenen Änderungen in Abschnitt B der Psychotherapie-Richtlinien nicht in Kraft getreten sind. In Kraft getreten sind lediglich die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien in Abschnitt D (vgl. Bekanntmachung im Bundesanzeiger Nr. 176 (S. 6339) vom 16.09.2006).

Somit gelten für die Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in die GKV die in Abschnitt B der geltenden Psychotherapie-Richtlinien definierten Kriterien:

B.I.3.1 Feststellung durch den Wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann.

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

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

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

In diesem Sinne hat auch das Bundesministerium für Gesundheit in seinem Schreiben vom 15. August 2006 den G-BA aufgefordert, die Bewertung der Gesprächspsy-

chotherapie nach der Maßgabe der geltenden Psychotherapie-Richtlinien abzuschließen.

6. Prüfung der Voraussetzungen für die Zulassung als neues Psychotherapieverfahren in der GKV

Die Entscheidungsgrundlage für die Zulassung der Gesprächspsychotherapie bildet somit das Prüfergebnis zu den in Abschnitt B.I.3.1 bis B.I.3.4 genannten Voraussetzungen für die Anwendung neuer Psychotherapieverfahren in der vertragsärztlichen Versorgung.

a) Voraussetzungen nach B.I.3.1:

B.I.3.1 Feststellung durch den Wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann.

Der Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses stellt auf Seite 9 der Erläuterung des Stellungnahmeentwurfs zutreffend fest, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG in seinem Gutachten vom 16.09.2002 den zuständigen Landesböden empfohlen hat, die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zuzulassen.

Nach alledem ist die erste Voraussetzung gemäß Psychotherapie-Richtlinien erfüllt.

b) Voraussetzungen nach B.I.3.2:

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

Zur Gesprächspsychotherapie liegen Stellungnahmen aus der Psychotherapieforschung unabhängiger Einrichtungen – z. B. das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG – vor, die den Nachweis der erfolgreichen Anwendung der Gesprächspsychotherapie an Kranken konstatieren. Die zugrunde liegenden Studien wurden überwiegend in der ambulanten Versorgung durchgeführt. Die Gesprächspsychotherapie findet seit deutlich über zehn Jahren in der ambulanten Versorgung Anwendung, wurde und wird mit evaluiert, auch mittels langfristiger Katamnesen, und fortlaufend weiterentwickelt. Auch der Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses kommt in seiner Beschlussvorlage zu der Feststellung, dass die Gesprächspsychotherapie den Nachweis des Nutzens bei depressiven Störungen und eingeschränkt auch für den Bereich der Anpassungsstörungen erbracht habe.

Nach alledem ist die zweite Voraussetzung gemäß Psychotherapie-Richtlinien erfüllt.

Der Unterausschuss Psychotherapie des G-BA verweist dagegen in seinen Ausführungen zu dem Kriterium **B.I.3.2** lediglich darauf, dass die Bewertung psychotherapeutischer Behandlungs- und Anwendungsformen für den vertragsärztlichen Bereich gemäß § 135 Abs. 1 SGB V nach der Maßgabe der Verfahrensordnung zu erfolgen habe. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Nutzen und zur medizinischen Notwendigkeit seien in Abschnitt D zusammengefasst. Dort heißt es dann, dass ein Nachweis des Nutzens lediglich für den Bereich der depressiven Störungen vorliege.

Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Kriterium B.I.3.2 findet dagegen nicht statt. Der Unterausschuss Psychotherapie hat für seine Beschlussvorlage das gel-

tende Kriterium B.I.3.2 nicht geprüft, obwohl auch das Bundesministerium für Gesundheit in seiner Beanstandung der am 20. Juni 2006 vom G-BA beschlossenen Änderung der Psychotherapie-Richtlinien ausdrücklich darauf verweist, dass das Bewertungsverfahren zur Gesprächspsychotherapie auf der Grundlage der geltenden Psychotherapie-Richtlinien abgeschlossen werden kann.

Wenn trotzdem der Gesprächspsychotherapie die Anerkennung versagt wird, stellt sich die Frage, welche Kriterien die Gesprächspsychotherapie nach Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie des G-BA hätte erfüllen müssen, um die sozialrechtliche Anerkennung zu erlangen. Diese Kriterien werden vom Unterausschuss Psychotherapie des G-BA nicht expliziert. Implizit könnte aus den Ausführungen in der Begründung der Beschlussvorlage geschlossen werden, dass entweder nur solche Psychotherapieverfahren anzuerkennen sind, die für alle Indikationen der Psychotherapie den Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht haben oder mindestens für jene Indikationen, die das Scheidekriterium der Versorgungsrelevanz gemäß des G-BA-Beschlusses zur Änderung der Abschnitte B und D der Psychotherapie-Richtlinien vom 20. Juni 2006 definieren sollten (bei Erwachsenen die Indikationen „depressive Störungen“, „Angst- und Zwangsstörungen“ und „somatoforme Störungen“). Genau dieses Scheidekriterium und dessen Operationalisierung sind jedoch vom Bundesministerium für Gesundheit in seinem Schreiben vom 15. August 2006 beanstandet worden und entsprechend nicht in Kraft getreten.

Eine solche Auslegung der Kriteriums B.I.3.2 ließe das Gesetz daher nicht zu.

c) Voraussetzungen nach B.I.3.3:

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

Trotz der sehr verkürzten und teilweise unzutreffenden Darstellung der Grundlagen der Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie auf den Seiten 2 – 3 der Erläuterung der Beschlussvorlage geht aus den Ausführungen des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses hervor, dass auch dieser zu der Auffassung gelangt ist, dass es sich bei der Gesprächspsychotherapie um ein ausreichend definiertes und von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden abgrenzbares neuartiges psychotherapeutisches Vorgehen handelt.

In Bezug auf das Kriterium der „Erweiterung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung“ nimmt der Unterausschuss Psychotherapie zunächst eine Interpretation dieser Begriffe vor. Nach Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie ergäbe sich aus dieser Formulierung die Anforderung an ein neues Psychotherapieverfahren, dass der Nachweis der Überlegenheit und/oder größeren Wirtschaftlichkeit gegenüber den bisher anerkannten Verfahren zumindest in bestimmten Anwendungsbereichen erforderlich sei.

Eine solche Interpretation lässt das Gesetz nicht zu. Hier scheint der Unterausschuss Psychotherapie weiterhin der Auffassung verhaftet zu sein, die sich bereits in dem Fragenkatalog zum Beratungsthema, verabschiedet am 26.09.2004, niedergeschlagen hatte. In dem Fragenkatalog hatte der Unterausschuss Psychotherapie bei einer überwiegenden Zahl der Fragen auf einen Vergleich mit den im GKV-System bereits etablierten Verfahren abgezielt und mehrfach den zusätzlichen Nutzen oder eine Überlegenheit der Methode nachgefragt.

Seinerzeit hatte die BPTK bereits in einer Stellungnahme dargelegt, dass sich auch in der Rechtsprechung des BSG zur Methodenanerkennung nach § 135 Abs. 1 SGB V an keiner Stelle der Hinweis findet, dass ein „zusätzlicher Nutzen“ oder eine „spezifische Überlegenheit“ der geprüften Methode Voraussetzung für dessen Zulassung sei.

Ausdrücklich heißt es vielmehr im Urteil des BSG vom 16.09.1997 (1 RK 28/95, SozR 3-2500 § 135 Nr. 4, S. 21):

„Das präventive Verbot in § 135 Abs. 1 SGB V dient allein dem Zweck der Qualitätssicherung; nur soweit es dieser Zweck erfordert, ist der Ausschluss ungeprüfter und nicht anerkannter Heilmethoden aus der vertragsärztlichen Versorgung gerechtfertigt. Grundsätzlich zählen aber, wie die ausdrückliche Erwähnung des medizinischen Fortschritts in § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V belegt, auch neue medizinische Verfahren zum Leistungsumfang der KV. Soweit sie sich als zweckmäßig und wirtschaftlich erweisen, dürfen sie den Versicherten nicht vorenthalten werden. Dem muss das Verfahren vor dem Bundesausschuss gerecht werden. Es muss gewährleisten, dass bei Vorlage der für die Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit benötigten Unterlagen in vertretbarer Zeit eine Entscheidung über die Anerkennung der neuen Methode erreicht werden kann. Wird die Einleitung oder die Durchführung des Verfahrens willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen blockiert oder verzögert und kann deshalb eine für die Behandlung benötigte neue Therapie nicht eingesetzt werden, widerspricht das dem Auftrag des Gesetzes“.

Im Übrigen gilt nichts anderes im Bereich der Arzneimitteltherapie. Auch hier bedarf es nicht des Nachweises eines „zusätzlichen Nutzens“ oder einer „spezifischen Überlegenheit“ eines neuen Arzneimittels, um im GKV-Leistungssystem verordnungsfähig zu sein.

Somit ist festzustellen, dass die Einführung der Gesprächspsychotherapie bei Gleichwertigkeit gegenüber etablierten Verfahren eine Erweiterung der Versorgung bedeutet. Schließlich steht den gesetzlich versicherten Patienten mit der Gesprächspsychotherapie eine weitere Behandlungsmethode zur Verfügung, die insgesamt die möglichen Behandlungsoptionen für die Patienten erweitert und die Entscheidung über die individuelle Indikationsstellung zur Psychotherapie erleichtern kann.

Nach alledem ist auch die dritte Voraussetzung gemäß Psychotherapie-Richtlinien erfüllt.

d) Voraussetzungen nach B.I.3.4:

B.I.3.4 Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte sowie Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeuten mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer und praktischer Krankenbehandlung.

Der Unterausschuss Psychotherapie des G-BA führt hierzu auf Seite 9 der Erläuterung des Stellungnahmeentwurfs aus, dass „in einigen Stellungnahmen im Rahmen der Veröffentlichung des Beratungsthemas vorgebracht wurde, dass Ausbildungsstätten für Psychotherapeuten in mehreren Bundesländern Anträge auf staatliche Anerkennung gestellt hätten. Wenn diese Ausbildungsstätten eine staatliche Anerkennung erlangten, müsste dieses Kriterium als erfüllt angesehen werden.“ Diese Formulierungen machen deutlich, dass im Unterausschuss Psychotherapie keine umfassende Auseinandersetzung stattgefunden hat, ob die Kriterien der geltenden Psychotherapie-Richtlinien für die Gesprächspsychotherapie erfüllt werden. Offenbar war die Bewertung ganz auf die am 20. Juni 2006 beschlossenen, jedoch vom Bundesministerium für Gesundheit beanstandeten neuen Regelungen in B. I 3 abgestellt. Sonst ist nicht zu erklären, warum das Kriterium in 3.4 nicht eindeutig geprüft wurde und die Feststellungen des Unterausschusses Psychotherapie im Konjunktiv gehalten sind. Bei entsprechender Anfrage bei den zuständigen Landesbehörden hätte der Unterausschuss Psychotherapie des G-BA in Erfahrung bringen können, dass entsprechende staatlich anerkannte Ausbildungsstätten mit der vertieften Ausbildung in Gesprächspsychotherapie eingerichtet sind und den Ausbildungsbetrieb aufgenommen haben.

Nach alledem ist auch die vierte Voraussetzung gemäß Psychotherapie-Richtlinien erfüllt.

Somit erfüllt die Gesprächspsychotherapie alle Voraussetzungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien, um als neues Psychotherapieverfahren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden.

III. Beurteilung der Ergebnisse des Bewertungsverfahrens vor dem Hintergrund der bisherigen wissenschaftlichen Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie und dessen Verbreitung in der Praxis

Wie bereits in Abschnitt I dargelegt wurde, ist es der BPTK ohne die Informationsbasis des detaillierten HTA-Berichts zur Gesprächspsychotherapie nicht möglich, den Bewertungsprozess und das Bewertungsergebnis des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Einzelnen nachzuvollziehen. So konnte in Abschnitt I lediglich auf der Grundlage einzelner Studien zur Gesprächspsychotherapie und den Begründungen des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses für den Ausschluss bestimmter Studien auf Inkonsistenzen in dem Bewertungsverfahren zur Gesprächspsychotherapie geschlossen werden.

Insgesamt steht das Bewertungsergebnis zur Gesprächspsychotherapie in einem scharfen Kontrast zu bisherigen Stellungnahmen, Gutachten und Positionen in der Wissenschaft und klinischer Praxis hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung von Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie und ihrer Verbreitung in der ambulanten und stationären Praxis, national wie international. Für die BPTK stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie diese Diskrepanzen zu erklären sind.

1. Stellungnahmen zur wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie und dessen Einbeziehung in die Patientenversorgung

Die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie und die Forderung nach Einbeziehung in die Patientenversorgung hat inzwischen eine lange Geschichte. Die wichtigsten Stellungnahmen und Positionierungen von wissenschaftli-

chen Gremien, Fachgesellschaften und Institutionen seien an dieser Stelle in chronologischer Folge zusammengefasst:¹

a) Psychiatrie-Enquête 1975

Bereits in der Psychiatrie-Enquete (1975) wurde die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie als psychologisch-psychotherapeutisches Behandlungsverfahren für GKV-Patienten gefordert.

"Es müssen Richtlinien entwickelt werden, die es ermöglichen, dass diese Berechtigung auch durch die Ausbildung in anderen psychotherapeutischen Verfahren - wie z. B. Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie - erworben werden kann."

(vgl. Bundestagsdrucksache 7/4200, S. 332)

b) Referentenentwurf BMJFG 1978

In dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Jugend, Frauen und Gesundheit von 1978 sind in § 5 Abs. 2 genannt

„die Gesprächspsychotherapie, die Verhaltenstherapie, die Individualpsychologische Psychotherapie und die Psychoanalytische Psychotherapie“ als die „anerkannten psychotherapeutischen Richtungen“.

(vgl. Entwurf des PsychThG, Stand 12.07.1978)

c) Gesprächspsychotherapie in Forschung und Lehre

Eine Erhebung im Jahr 1996 zur Repräsentanz der Gesprächspsychotherapie in Forschung und Lehre an deutschen Hochschulen (Frohburg & Auckenthaler, 1996) hatte zum Ergebnis, dass an 76 % (28 von 37) der befragten psychologischen Hochschulinstiute Gesprächspsychotherapie beforscht und gelehrt wird.

Damit war das Verfahren etwa gleichwertig mit der Verhaltenstherapie (31 von 37) an den deutschen Hochschulen etabliert, während die Systemische Therapie mit 42 % und die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (32 %) mit deutlichem Abstand folgten.

¹ Die Bundespsychotherapeutenkammer dankt den wissenschaftlichen Fachgesellschaften für Gesprächspsychotherapie für diese Zusammenstellung.

Wenngleich diese hohe Präsenz für das Jahr 2006 durch die aktuelle Entwicklung seit 1998 nicht mehr angenommen werden kann, zeigt die Untersuchung doch, dass die Gesprächspsychotherapie in der akademischen Psychologie fest verankert ist.

d) Erklärung der Hochschullehrer 1998

Im Jahr 1998 haben sich 80 Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer der Klinischen Psychologie als Vertreter unterschiedlicher Psychotherapieverfahren in einer Resolution für die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren ausgesprochen.

e) Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie 2002

Im Mai 2002 stellte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie für breite Anwendungsbereiche der Psychotherapie fest und empfahl den Landesbehörden, Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG mit dem Vertiefungsgebiet in Gesprächspsychotherapie anzuerkennen.

f) Beschlussfassungen der Psychotherapeutenkammern 2002 - 2006

Im Nachgang zu der Entscheidung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie haben die Vertretungen der Profession mit einer Vielzahl von Resolutionen und Initiativen die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien gefordert.

Eine Auswahl dieser Initiativen wird im Folgenden aufgelistet:

- Im Juli 2002 stellten die Landespsychotherapeutenkammern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg den „Antrag auf sozialrechtliche Zulassung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren“,
- Im Verlauf des Anerkennungsverfahrens zur Gesprächspsychotherapie wendeten sich mehrere Vorstände der Landespsychotherapeutenkammern mit Stellungnahmen an den G-BA, mit denen ein zügiger und sachgerechter Abschluss des Verfahrens gefordert wird,
- Darüber hinaus verabschiedeten die meisten Delegiertenversammlungen der Landespsychotherapeutenkammern Resolutionen und Beschlüsse, mit denen

die Einbeziehung der GPT als Richtlinienverfahren und ein zügiger und sachgerechter Abschluss des Verfahrens gefordert wird:

Baden-Württemberg	22. Juni 2002
Nordrhein-Westfalen	29. Juni 2002
Niedersachsen	21. August 2002
Hessen	14. September 2002
Bayern	28. November 2002
Nordrhein-Westfalen	9. Oktober 2004
Saarland	25. Oktober 2004
Rheinland-Pfalz	10. Mai 2005
Hamburg	26. April 2006
Baden-Württemberg	1. Juli 2006
Berlin	3. September 2006
Schleswig-Holstein	29. September 2006

- Nach der Bekanntmachung des Beratungsthemas „Gesprächspsychotherapie“ im Bundesanzeiger gaben neun der zum damaligen Zeitpunkt errichteten elf Landespsychotherapeutenkammern gegenüber dem G-BA Stellungnahmen ab, in denen einhellig die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien gefordert wurde.
- Der **4. Deutsche Psychotherapeutentag** forderte am 9. Oktober 2004 in einer EntschlieÙung „die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten.“

2. Verbreitung der Gesprächspsychotherapie in der Versorgung

Gesprächspsychotherapie wird seit Jahrzehnten sowohl ambulant als auch stationär in der Versorgung eingesetzt. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat hierzu in seinem Gutachten zur Gesprächspsychotherapie aus dem Jahr 1999 festgestellt:

"Gesprächspsychotherapie wird seit langem in erheblichem Umfang zur stationären und ambulanten psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt. Das gilt in besonderem Maße für die neuen Bundesländer."

(Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 1999, S. 4)

Bereits die Analyse zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland von Wittchen und Fichter (1980) belegt die breite Anwendung der Gesprächspsychotherapie in der psychotherapeutischen Versorgung gegen Ende der 70er Jahre. Danach zählten im Jahr 1977 zu den häufigsten Hauptdiagnosen von Patienten, die von Gesprächspsychotherapeuten behandelt wurden, die Neurosen (ICD Nr. 303 - 23 %), die Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter (ICD Nr. 308 - 17 %), „Besondere Symptome“ (ICD Nr. 306 – 15 %), die psychosomatischen Störungen (ICD Nr. 305 – 11 %) und Alkoholismus/Drogen und Medikamentenabhängigkeiten (ICD Nr. 303/304 – 9 %).

Eine Studie des Instituts für freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg zu Honorarstruktur und Kosten psychotherapeutischer Leistungen von selbständig tätigen Klinischen Psychologen für das Jahr 1987 gibt einige Hinweise auf die Häufigkeit der Anwendung der verschiedenen Psychotherapieverfahren (Wasilewski & Funk, 1987). Von den befragten 1.779 Klinischen Psychologen gaben 55 % an, auch Gesprächspsychotherapie anzuwenden. Dabei gaben viele der befragten Klinischen Psychologen an, mehrere Verfahren anzuwenden. Der Anteil der Klinischen Psychologen, die angegeben haben, ein bestimmtes Verfahren anzuwenden, sind im Folgenden angegeben (Mehrfachnennungen):

Gesprächspsychotherapie	55 %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	48 %
Verhaltenstherapie	48 %
Übende Verfahren (Jacobson, autogenes Training, etc.)	39 %
Familientherapie	29 %
Gestalttherapie	28 %
Analytische Psychotherapie	23 %

Dabei zeigte sich ein Zusammenhang zwischen den angewendeten Verfahren und dem Abrechnungsmodus: Unter den Klinischen Psychologen, die am Delegationsverfahren teilnahmen, lag der Anteil derjenigen, die auch Gesprächspsychotherapie anwendeten, bei 39 % im Vergleich zu 66 % unter den Klinischen Psychologen, die nicht am Delegationsverfahren teilnahmen.

In der DDR hatte sich die Gesprächspsychotherapie seit ca. 1970 zum wichtigsten Psychotherapieverfahren des staatlichen Gesundheitswesens entwickelt (finanziert durch die Sozialversicherung). Deshalb wurden Fachpsychologen der Medizin mit Schwerpunktausbildung in Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Übergangsregelungen des PsychThG approbiert und sozialrechtlich zugelassen.

Im Rahmen der so genannten TK-Regelung war die Gesprächspsychotherapie von 1983 bis 1996 über 13 Jahre Bestandteil der psychotherapeutischen GKV-Versorgung. Die Leistungserbringung in der TK-Regelung unterlag einem qualitätssichernden Gutachterverfahren.

Die Gesprächspsychotherapie wurde 1993 in die Empfehlungsvereinbarung des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV) mit den Bundesverbänden der Innungskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen neben den heutigen Richtlinienverfahren zur Versorgung der Kassenpatienten aufgenommen.

Für die in diesem Rahmen erbrachten gesprächspsychotherapeutischen Leistungen waren fünf Gesprächspsychotherapeuten als Gutachter in die Qualitätssicherung einbezogen.

3. Vorhandene Qualifikation in Gesprächspsychotherapie bei ärztlichen, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Vor In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes zum 1. Januar 1999 erfolgte die Qualifikation in Gesprächspsychotherapie für angehende Psychotherapeuten mit dem Grundberuf des Psychologen bzw. Pädagogen überwiegend nach den Weiterbildungsrichtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG).

a) Psychologische Psychotherapeuten

Nach Angaben der GwG haben 1.655 approbierte Psychologische Psychotherapeuten das Zertifikat in Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GwG erworben (Stand 2002). Hiervon sind 935 als Vertragspsychotherapeuten aufgrund eines Fachkundenachweises in einem Richtlinienverfahren sozialrechtlich zugelassen.

b) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Nach Angaben der GwG haben 91 approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten das Zertifikat Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen erworben (Stand 2002). Hiervon sind 43 als Vertragspsychotherapeuten aufgrund eines Fachkundenachweises in einem Richtlinienverfahren sozialrechtlich zugelassen.

c) Ärzte

Die Gesprächspsychotherapie war in den Weiterbildungsordnungen aller Ärztekammern seit vielen Jahren als so genanntes Zweitverfahren etabliert und wurde seit 1980 in den Weiterbildungen vermittelt und in der Praxis angewandt.

Seit 1995 erfolgte diese Weiterbildung vorwiegend im Rahmen der Facharztweiterbildung „Psychiatrie und Psychotherapie“. Eine systematische Erfassung der Einrichtungen, an denen derzeit in GPT weitergebildet wird, liegt der BPTK nicht vor. Nach Angaben der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) könnte jedoch an wenigstens sechs Kliniken sofort Gesprächspsychotherapie als Hauptverfahren für den Facharzt „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychotherapeutische Medizin“ vermittelt werden.

Mit der letzten Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung Ärzte der Bundesärztekammer wurde die Gliederung der Weiterbildungen zur Psychotherapie in Hauptverfahren (die bisherigen Richtlinienverfahren) und Zweitverfahren aufgegeben. Die M-WBO kennt nur noch „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“. Damit ist die Gesprächspsychotherapie Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung.

Nach Angaben der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie haben circa 700 Ärzte eine Qualifikation in Gesprächspsychotherapie nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern erworben (Stand 2006). Das Gesprächspsychotherapie-Zertifikat nach den Richtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie haben nach Angaben der GwG 249 Ärzte erworben (Stand 2006).

IV. Fazit

Zunächst ist eine erhebliche Diskrepanz zwischen der insgesamt negativen Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie durch den Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses einerseits und den in dieser Stellungnahme exemplarisch dargestellten Belegen zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie, den zahlreichen positiven Einschätzungen zur Gesprächspsychotherapie in Wissenschaft und Praxis sowie der starken Verbreitung der gesprächspsychotherapeutischen Ansätze in der Patientenversorgung andererseits zu konstatieren.

Von entscheidender Bedeutung ist aus Sicht der BPTK, dass die geltenden Kriterien der Psychotherapie-Richtlinien zur Zulassung neuer Psychotherapieverfahren in B.I.3 – hier insbesondere die Kriterien in B.I.3.2 und 3.3 – nicht zur Anwendung gebracht worden sind. Deren Anwendung hätte ein anderes Bewertungsergebnis zur Folge haben müssen:

Die Gesprächspsychotherapie wird vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG als wissenschaftlich anerkannt angesehen, sie hat den Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung erbracht, sie ist ausreichend definiert und abgrenzbar von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden und bedeutet eine Erweiterung der vertragsärztlichen Versorgung, es existieren Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer Ausbildung und praktischer Krankenbehandlung. Daher ist die Gesprächspsychotherapie in die GKV-Versorgung einzubeziehen.

V. Literatur

- Eckert, J. (2006). Aus- und Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Ein Lehrbuch für die Praxis* (S. 503-511). Heidelberg: Springer.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, 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.
- Kimm, H. J., Bolz, W. & Meyer, A. E. (1981). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. The patient sample: overt and covert selection factors and prognostic predictions. *Psychother Psychosom*, 35(2-3), 96-109.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M. et al. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care (monograph). *Health Technology Assessment*, 4(19), 1-84.
- Meyer, A. E. & Bolz, W. (1981). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Foreword and introduction. *Psychother Psychosom*, 35(2-3), 81-84.
- Meyer, A. E., Stuhr, U., Wirth, U. & Ruster, P. (1988). 12-year follow-up study of the Hamburg short psychotherapy experiment: an overview. *Psychother Psychosom*, 50(4), 192-200.
- Paivio, S. C. & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115-133.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Kröning: Asanger Roland Verlag.
- Stuhr, U., Meyer, A. E. & Bolz, W. (1981). Outcome results in psychological tests. *Psychother Psychosom*, 35(2-3), 138-198.
- Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S. et al. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321(7273), 1383-1388.
- Wasilewski, R. & Funk, W. (1989). *Kosten der Psychotherapie bei Klinischen Psychologen. Honorarstruktur und Kosten psychotherapeutischer Leistungen von selbständig tätigen Klinischen Psychologen*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol*, 71(4), 773-781.
- Wittchen, H. U. & Fichter, M. M. (1980). *Psychotherapie in der Bundesrepublik: Materialien und Analysen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung*. Weinheim: Beltz.