

Tragende Gründe
zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien:
Einführung eines Schwellenkriteriums

Vom 20. Dezember 2007

Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	3
1.1	Wissenschaftliche Anerkennung	3
1.2	Zum Verhältnis von wissenschaftlicher Anerkennung und sozialrechtlicher Bewertung psychotherapeutischer Verfahren	5
1.3	Indikationsbezogene Bewertung	5
1.4	Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit in den versorgungsrelevanten Hauptindikationen	6
1.5	Grundrechtsrelevanz der Kriterien	8
1.6	Beanstandung des Beschlusses vom 20.06.2006 und Klage des G-BA vor dem Sozialgericht Köln	9
2.	Eckpunkte der Entscheidung	10
2.1	Entwicklung einer gemeinsamen Lösung zusammen mit dem Wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz	10
2.2	Neuformulierung von B I 3.1 – Anerkennung durch den WBP	11
2.3	Neuformulierung von B I 3.2 – Schwellenkriterium Erwachsene	12
2.4	Neuformulierung von B I 3.3 – Schwellenkriterium Kinder und Jugendliche	13
2.5	Neuformulierung von B I 4 – Zulassung von Methoden	13
2.6	Anfügung von B I 5 - Schlussbestimmungen	14
2.7	Redaktionelle Änderungen in D Anwendungsbereiche	14
3.	Verfahrensablauf	14

4.	Würdigung der Stellungnahmen	15
4.1	Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	15
4.2	Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK)	15
5.	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens	18
5.1	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens	18
5.1.1	Stellungnahme der BPtK	19
5.1.2	Stellungnahme der BÄK	22
6.	Anhang	29
6.1.1	Text des Anschreibens	29
6.1.2	Stellungnahmeentwurf	30
6.1.3	Erläuterung	32
6.2	Epidemiologiestudien zu Persönlichkeitsstörungen	50
6.3	Epidemiologiestudien zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter	51
6.4	Synopse der übereinstimmenden Schwellenkriterien von WBP und G-BA	52

1. Rechtsgrundlagen

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

1.1 Wissenschaftliche Anerkennung

Soweit die Richtlinienänderung bestimmt, dass 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 von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) angesehen werden kann, hat diese Regelung ihren Grund in § 1 Abs.3 PsychThG, der den Rahmen berufsrechtlich zulässiger Psychotherapie für diese Berufe 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 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung nur auf Grund einer vertieften Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren erworben werden kann.³ Für die vertragspsychotherapeutische Versorgung stehen somit keine Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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 den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anzurufen 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, nämlich der psychoanalytisch begründeten Verfahren (Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) sowie der 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 im Hinblick auf Verfahren für die vertiefte Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf Null, so dass die Anrufung des Wissenschaftlichen Beirats den Regelfall darstellen dürfte.⁶

Für die Weiterbildung im ärztlichen Bereich und die für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erforderliche Facharztqualifikation gelten die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern. Ein Bezug auf den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie findet sich dort nicht. In den derzeitigen Regelungen gibt es zwei Möglichkeiten: der Psychotherapieanteil der fachärztlichen Weiterbildung fordert eine Weiterbildung in psychodynamisch-tiefenpsychologischen Behandlungsverfahren oder in verhaltenstherapeutischen Verfahren. Dies gilt für die Facharztweiterbildung in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie sowie für die Zusatzbezeichnung Psychotherapie - fachgebunden. Hier ist ein Bezug zu den anerkannten Richtlinienverfahren hergestellt. In den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gilt für den Psychotherapieanteil die Weiterbildung in einem ‚wissenschaftlich anerkannten Verfahren‘, wodurch implizit ein Bezug zu den Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie hergestellt wird. Um Psychotherapie im Rahmen der GKV abrechnen zu können, bedarf es einer von den Kassenärztlichen Vereinigungen erteilten Abrechnungserlaubnis, die erfolgt, wenn die Weiterbildung für den Psychotherapieanteil in einem Richtlinienverfahren erfolgt ist. Die Qualifikationsanforderungen sind in den Psychotherapievereinbarungen festgelegt.

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 für die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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. Auch wenn die Gutachten des paritätisch mit Ärzten und Psy-

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

⁶ Jerouschek, § 11 Rn.4

⁷ vgl.BT-Drucks. 30/8035

chologischen Psychotherapeuten besetzten Wissenschaftlichen Beirats lediglich Grundlage der Approbation für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind, haben sie, wie oben aufgeführt, auch Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung, wenn dort auf die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Bezug genommen wird.

1.2 Zum Verhältnis von wissenschaftlicher Anerkennung und sozialrechtlicher Bewertung psychotherapeutischer Verfahren

Aus der wissenschaftlichen Anerkennung eines Behandlungsverfahrens als zulässige psychotherapeutische Behandlung folgt nicht, dass es dadurch ohne Einschränkung für eine Krankenbehandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung geeignet ist.. Die Ausgestaltung des Krankheits- und Behandlungsbegriffs ist vielmehr vom jeweiligen normativen Kontext abhängig.⁸

Das Berufsrecht für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und das ärztliche Weiterbildungsrecht 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 unterschiedlichen 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 gleiche gilt implizit für das ärztliche Weiterbildungsrecht. 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. und Nr. 3.3 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 Nr. 3.2 Abschnitt B I Psychotherapie-Richtlinien (für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen) und Nr. 3.3 (für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen) jeweils genannten Kombinationen von Anwendungsbereichen nachgewiesen worden sein.

1.3 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

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

vorgesehenen Verfahren unter dem Gebot 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.

1.4 Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit in den 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. Insofern verlangen Nr. 3.2 Abschnitt B I Psychotherapie-Richtlinien für die Erwachsenenpsychotherapie und Nr. 3.3 für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, dass mindestens für die in diesen Bestimmungen jeweils genannten Anwendungsbereiche, den sog. versorgungsrelevanten Hauptindikationen, der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit des Verfahrens, 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:

Das Wesen heilkundlicher psychotherapeutischer Berufsausübung besteht 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 Psychologische Psychotherapeut / der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut die Berechtigung zur Berufsausübung, die Approbation, durch

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/Steege, 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 iVm §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 Verfahrensordnung auch auf die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren.

die vertiefte Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erhält. Mit dem Erwerb der Approbation ist der Psychologische Psychotherapeut / der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut berufsrechtlich berechtigt, Patienten mit dem erlernten Verfahren umfassend zu behandeln, und zwar in Hinblick auf alle Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Für Ärzte gilt das ärztliche Weiterbildungsrecht mit den in der Weiterbildungsordnung festgelegten Gebietsdefinitionen, Weiterbildungszielen und Weiterbildungsinhalten.

Seine sozialrechtliche Entsprechung findet dieser Grundsatz in der zulassungsrechtlichen Vorschrift des § 95 a SGB V für Ärzte und § 95 c SGB V für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in § 95 c werden die Voraussetzungen für die Teilnahme von Psychologischen 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 Anwendungsgebiete 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 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 und Nr. 3.3 festgelegt, dass der Nachweis des Nutzens des Verfahrens jeweils 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.).

1.5 Grundrechtsrelevanz der Kriterien

Die Festlegung von Mindestanforderungen für die Anerkennung neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren hat Auswirkungen auf die Zulassungsmöglichkeiten von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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 bzw. den in Nr. 3.3 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 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:

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 Bundesausschusses 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 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu konkretisieren. Implizit gilt dies auch für Ärzte, wenn sie die Ausübung von Psychotherapie mit den dafür erforderlichen Qualifikations-

nachweisen anstreben. Damit wird die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs.6a SGB V zu treffende Entscheidung über die Geeignetheit psychotherapeutischer Verfahren insgesamt in den Rang einer Norm erhoben, die zu berufswahlnahen Entscheidungen berechtigt und auch mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar ist. 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 selbst 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.

1.6 Beanstandung des Beschlusses vom 20.06.2006 und Klage des G-BA vor dem Sozialgericht Köln

Gegen die Beanstandung des Beschlusses vom 20.06.2006 zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinien zur Einführung eines Schwellenkriteriums durch das BMG vom 15.08.2006 hat der G-BA Klage erhoben, insbesondere deshalb, weil er die Beanstandungsgründe nicht für sachgerecht hält. Aufgrund des gemeinsamen Bestrebens von G-BA und BMG, auf außergerichtlichem Wege eine Einigung mit dem Ministerium über die Beilegung des Rechtsstreits herbeizuführen, hat das Sozialgericht Köln durch Schreiben vom 3. Juli 2007 das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

2. Eckpunkte der Entscheidung

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 oder Methoden umsetzen zu können, sind Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten B I. 3. und 4. PT-RL notwendig geworden.

2.1 Entwicklung einer gemeinsamen Lösung zusammen mit dem Wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz

Der Wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz (WBP) ist nach dem Psychotherapeutengesetz verpflichtet, in Fällen, in denen die zuständigen Behörden für die Erteilung der Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz Zweifel an der wissenschaftlichen Anerkennung eines Verfahrens haben, diesbezüglich Gutachten zu erstatten. An den WBP können Anträge zur Bewertung der Wissenschaftlichkeit von Verfahren und Methoden der Psychotherapie gestellt werden. Die Tätigkeit des WBP bezieht sich auf berufsrechtliche Fragestellungen. Der G-BA hat über die Zulässigkeit der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu entscheiden. Seine Tätigkeit bezieht sich damit auf leistungsrechtliche Fragestellungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aufgrund dieser ähnlich gelagerten Aufgabenstellung und wegen der oben dargestellten besonderen rechtlichen Zusammenhänge hatten G-BA und WBP eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingerichtet, die folgende Themen beriet und gemeinsame Lösungen dazu erarbeitete:

- Ergänzung des CONSORT-Bewertungsbogens zur Bewertung von Psychotherapiestudien
- Definition der Begriffe Verfahren, Methode, Technik
- Schwellenkriterium zur Anerkennung bzw. Zulassung eines Verfahrens

G-BA und WBP handelten dabei unter der Prämisse, dass diese Zusammenarbeit nicht geeignet ist, wechselseitig Bindungen an Entscheidungen herbeizuführen, die auf den unterschiedlichen Vorgehensweisen der Gremien beruhen.

Das übereinstimmende Schwellenkriterium von WBP und G-BA ist im Anhang dargestellt. Die einzelnen aufgeführten Diagnosegruppen sind dabei inhaltlich gleich und nur im Wortlaut verschieden. Der unterschiedliche Wortlaut ergibt sich lediglich daraus, dass sich das Schwellenkriterium des G-BA auf die Liste der zur Psychotherapie im sozialrechtlichen Zusammenhang zulässigen Indikationen in Abschnitt D der Psychotherapie-Richtlinien bezieht, während der WBP im berufsrechtlichen Zusammenhang sich in seinem Methodenpapier an der ICD-10-Nomenklatur orientiert.

G-BA und WBP waren sich einig, dass die konkrete Ausgestaltung des Schwellenkriteriums auf Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse zu erfolgen hat. Epidemiologische Relevanz und Versorgungsrelevanz der das Schwellenkriterium konstituierenden Indikationen müssen also wissenschaftlich abgesichert sein. Grundlage für die Ges-

taltung des Schwellenkriteriums sind daher Auswertungen der Daten des Robert-Koch-Instituts aus dem Bundesgesundheitsurvey (BGS)¹¹ und dem Zusatzsurvey Psychische Störungen, die an anderer Stelle berichtet wurden¹². Da vom Robert-Koch-Institut in seinem Survey die Persönlichkeitsstörungen nicht diagnostisch erfasst wurden, hat der G-BA eine eigene systematische Recherche zu epidemiologischen Untersuchungen zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in klinischen samples und community samples durchgeführt. Aktuellste und prominenteste Fundstelle dazu ist sicherlich die Studie von Lenzenweger et al.¹³ mit einer Analyse der Daten aus der National Comorbidity Survey Replication und somit einer Stichprobengröße von N = 5692. Weitere Literaturstellen sind im Anhang aufgeführt.

Zusätzlich wurden Prävalenzstudien, die speziell den Bereich der psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter evaluieren, herangezogen. Differentialdiagnostisch aufbereitete Daten zu externalisierenden und internalisierenden Störungen bei Kindern und Jugendlichen berichtet u.a. Petermann¹⁴. Weitere Literaturstellen sind im Anhang aufgeführt.

Aufgrund der Stellungnahme der BPTK vom 31.03.2006 und auf Basis von Gesprächen mit dem Präsidenten der BPTK wurde sowohl die bevölkerungsepidemiologische Dimension als auch die Inanspruchnahme von Psychotherapie (versorgungsepidemiologische Dimension) in die Gestaltung des Schwellenkriteriums einbezogen, um einer multidimensionalen Definition des Konzeptes Versorgungsrelevanz gerecht zu werden. Die BGS-Daten erlauben es, beide Fragestellungen bevölkerungsrepräsentativ und bezogen auf Deutschland zu beantworten. Die BGS-Daten ermöglichen nämlich eine Analyse dazu, (1) welche psychischen Störungen in einer definierten Gruppe in den letzten zwölf Monaten wie häufig diagnostiziert wurden – einschließlich der komorbiden Störungen und (2) bei welchen psychischen Störungen Patienten in den letzten zwölf Monaten oder seit ihrer Geburt („lifetime“) ambulant psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben. Die Auswertung der Daten erfolgte mit der Zielsetzung, dass die Summe der Indikationen, welche das Schwellenkriterium bilden, mindestens zwei Drittel der psychischen Störungsbilder, die in der Bevölkerung vorkommen bzw. die ein Therapeut in seiner Praxis zu behandeln hat, abbilden sollen. Ein einfaches Aufsummieren einzelner Prävalenzdaten erweist sich dabei nicht als zielführend, da psychische Störungen allgemein, Affektive Störungen und Angststörungen insbesondere, sich durch hohe Komorbiditätsraten auszeichnen.

2.2 Neuformulierung von B I 3.1 – Anerkennung durch den WBP

Die Formulierung in Abschnitt B I 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. zu-

¹¹ Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

¹² Harfst, T. (2007). Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz: Ergebnisse aus dem Bundesgesundheitsurvey. BPTK-Newsletter, 1, 3 – 4.

¹³ Lenzenweger, M., Lane, M. et al. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry, 2007 Jan 8; [Epub ahead of print].

¹⁴ Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung 14 (1), 48 – 57.

zulassen, die berufsrechtlich anerkannt und zur vertieften Ausbildung entsprechend § 1 (1) der PsychTh-APrV zugelassen sind.

2.3 Neuformulierung von B I 3.2 – Schwellenkriterium Erwachsene

Abschnitt B I 3.2 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 Zuweisungsinanz 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 wurde im Bereich der **Erwachsenenpsychotherapie** folgendes Schwellenkriterium entwickelt: Gefordert wird mindestens der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA für Affektive Störungen und Angststörungen und zusätzlich

entweder ein Nutznachweis bei mindestens einem der folgenden Anwendungsbereiche: Somatoforme Störungen einschließlich Konversionsstörungen; Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung; Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

oder ein Nutznachweis bei mindestens zwei der übrigen Anwendungsbereiche gemäß der Liste der Anwendungsbereiche in D 1. und D2. Psychotherapie-Richtlinien.

Diese Stufung begründet sich in der herausstehenden Bedeutung der Störungsbilder Affektive Störungen und Angststörungen innerhalb der Gruppe der psychischen Erkrankungen in Deutschland. Auch mit Bezug auf die Inanspruchnahmehäufigkeiten von Psychotherapie allgemein sind diese beiden Erkrankungen der häufigste Grund für die Aufnahme einer Psychotherapie. Unter der Berücksichtigung von Komorbiditäten ist bei Hinzunahme eines dritten Störungsbildes aus der Gruppe Somatoforme Störungen, Abhängigkeit und Missbrauch oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen davon auszugehen, dass sowohl über zwei Drittel der bevölkerungsepidemiologisch überhaupt auftretenden psychischen Störungen als auch über zwei Drittel der in der Versorgung von psychisch Kranken psychotherapeutisch zu behandelnden Krankheitskomplexe abgedeckt werden.

Alternativ ist diese Schwelle durch die Kombination von Affektiven Störungen und Angststörungen mit zwei der relativ betrachtet weniger häufig auftretenden Störungsbilder, wie sie in der Liste der Anwendungsbereiche in D 1. und D2. PT-RL aufgeführt sind, zu erreichen.

2.4 Neuformulierung von B I 3.3 – Schwellenkriterium Kinder und Jugendliche

Im Bereich der **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** wurde folgendes Schwellenkriterium entwickelt: Gefordert wird mindestens der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA für Affektive Störungen und Angststörungen und „Hyperkinetische Störungen“ oder „Störungen des Sozialverhaltens“, die in den Richtlinien unter „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ subsumiert werden, vorliegen muss.

Alternativ wird festgelegt, dass ein Nutznachweis bei zwei der oben genannten drei Störungskomplexen vorliegen muss und zusätzlich ein Nutznachweis bei mindestens zwei der übrigen Anwendungsbereiche gemäß der Liste der Anwendungsbereiche in D 1. und D2. PT-RL, bezogen auf Kinder und Jugendliche, wobei in der umfassenden Kategorie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ nur Studien zu anderen F 9 Indikationsbereichen außer „Hyperkinetische Störungen“ und „Störungen des Sozialverhaltens“ zulässig sind.

Diese Stufung begründet sich damit, dass im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie neben den Störungsbildern Affektive Störungen und Angststörungen den Hyperkinetischen Störungen und den Störungen des Sozialverhaltens eine herausragende Rolle zukommt.

Bei einem Nutznachweis in allen drei Krankheitsgebieten ist davon auszugehen, dass sowohl über zwei Drittel der bevölkerungsepidemiologisch überhaupt auftretenden psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter als auch über zwei Drittel der in der Versorgung von psychisch Kranken psychotherapeutisch zu behandelnden Krankheitskomplexe bei Kindern und Jugendlichen abgedeckt werden.

Alternativ ist diese Schwelle durch die Kombination von „Affektiven Störungen und Angststörungen“ bzw. „Affektiven Störungen und Hyperkinetischen Störungen / Störungen des Sozialverhaltens“ bzw. „Angststörungen und Hyperkinetische Störungen / Störungen des Sozialverhaltens“ mit zwei der relativ betrachtet weniger häufig auftretenden Störungsbilder, wie sie in der Liste der Anwendungsbereiche in D 1. und D2. Psychotherapie-Richtlinien aufgeführt sind, zu erreichen.

Für die Versorgung im Bereich der Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen gilt nach wie vor, dass ein **Psychotherapeut in der Breite, d.h. für so viele Indikationsbereiche wie möglich, ausgebildet** sein sollte.

2.5 Neuformulierung von B I 4. – Zulassung von Methoden

Innovationen im Bereich Psychotherapie sind in den letzten Jahren vorwiegend in Form spezifischer und hochwirksamer psychotherapeutischer Interventionen entstanden. Um diesen auf die Anwendung in bestimmten Indikationsbereichen (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung) beschränkten psychotherapeutischen Methoden (nach Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit) den Weg in die GKV zu eröffnen, ohne dabei das Prinzip der Einbettung in ein psychotherapeutische Gesamtbehandlungskonzept / in eine übergeordnete Behandlungsstrategie aufzugeben, wurde diese Neuformulierung von B I 4 in die Richtlinien aufgenommen.

Diese Neuformulierung, erlaubt es, anknüpfend an eine vorangegangene Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz, neue Methoden ähnlich den Richtlinien im Bereich ärztliche Behandlung in Anlage 1 der Richtlinien aufzunehmen und dort ggf. weitere Anforderungen an die Strukturqualität zu formulieren.

2.6 Anfügung von B I 5. - Schlussbestimmungen

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 oder einer neuen Methode 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 und gültige Informationen vorliegen, um zu dem Schluss zu kommen, dass die in B I. 3. formulierten Kriterien erfüllt werden.

2.7 Redaktionelle Änderungen in D Anwendungsbereiche

Bei den beiden Änderungen in Abschnitt D handelt es sich um rein redaktionelle Präzisierungen, die sich aus der Synopse der Formulierung der Anwendungsbereiche im Methodenpapier des WBP und den Psychotherapie-Richtlinien ergaben. Dadurch ist weder Ausweitung noch eine Einschränkung der zulässigen Indikationen zur Psychotherapie verbunden. Nummer 1.3 wurde redaktionell an die international übliche Bezeichnung, wie sie der ICD 10 verwendet, angepasst. Nummer 2.2 wurde redaktionell um einen Halbsatz ergänzt, der die Anforderung „vorangegangene Entgiftungsbehandlung“ präzisiert

3. Verfahrensablauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
G-BA	20.06.2006	Beschluss Änderung B I. 3 PT-RL
BMG	15.08.2006	Beanstandung des Beschlusses
G-BA	14.09.2006	Klageeinreichung gegen Beanstandung beim Sozialgericht Köln
G-BA / BMG	22.11.2006	Gesprächstermin mit dem BMG wegen Beanstandung; Ziel: außergerichtliche Einigung
G-BA / WBP	26.10.2006 21.12.2006 01.03.2007 02.05.2007 19.06.2007	Beratung Schwellenkriterium in der gemeinsamen Arbeitsgruppe G-BA / WBP
UA PT	26.04.2007 28.06.2007	Beratung der Einführung eines Schwellenkriteriums in den Richtlinien auf Grundlage der Ergebnisse der AG G-BA / WBP
G-BA / BPtK	05.09.2007	Gesprächstermin mit BPtK zur Einführung eines Schwellenkriteriums in den Richtlinien
UA PT	24.09.2007	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 8a SGB V
UA PT	13.11.2007	Beratung der eingegangenen Stellungnahmen nach § 91 Abs. 8a SGB V
G-BA	20.12.2007	Beschluss zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinien

4. Würdigung der Stellungnahmen

4.1 Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Die BPtK drückt ihre Zustimmung zum Stellungnahmeentwurf aus. Sie begrüßt inhaltlich die vorgeschlagenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien.

4.2 Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK)

Die BÄK drückt ihre grundsätzliche Zustimmung zum Stellungnahmeentwurf aus und schließt dieser noch einige Änderungsvorschläge als „spezielle Anmerkungen“ an, die in der nachstehenden Tabelle synoptisch dargestellt werden.

Tabelle 1 Änderungsvorschläge BÄK

Ifd. Nr.	Stellungnahmeentwurf	Änderungsvorschläge BÄK
1	<p>3. Über die in 1. genannten Verfahren hinaus können als Psychotherapie gemäß Abschnitt A der Richtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung andere Verfahren Anwendung finden, wenn nachgewiesen ist, dass sie die nachstehenden Voraussetzungen nach 3.1 bis 3.3 erfüllen:</p> <p>3.1 Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für eine vertiefte Ausbildung angesehen werden kann.</p> <p>3.2 Für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen ...</p>	<p>3. Über die in 1. genannten Verfahren hinaus können als Psychotherapie gemäß Abschnitt A der Richtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung andere Verfahren Anwendung finden, wenn nachgewiesen ist, dass sie die nachstehenden Voraussetzungen nach 3.1 bis 3.3 erfüllen:</p> <p>3.1 Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für eine vertiefte Ausbildung <u>zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</u> angesehen werden kann.</p> <p>3.2 Für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen ...</p>
2	<p>4. Eine neue Methode kann nach vorangegangener Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz und Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses indikationsbezogen Anwendung finden.</p>	<p>4. Eine neue Methode kann nach vorangegangener Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz und Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses indikationsbezogen Anwendung finden. <u>Die Beurteilung hat hierbei getrennt für den Bereich Erwachsene und Kinder- und Jugendliche zu erfolgen.</u></p>

Ifd. Nr.	Seite	Tragende Gründe Stellungnahmeentwurf	Änderungsvorschläge BÄK
3	3	Die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren sind für die vertragspsychotherapeutische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten insoweit vorgreifend, 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.	Die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren sind für die vertragspsychotherapeutische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten insoweit vorgreifend, als die Approbation gemäß § 1 Abs.1 PsychThG als Voraussetzung für die Zulassung von Psychotherapeuten zur vertragspsychotherapeutischen nur auf Grund einer vertieften Ausbildung <u>vertieften Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</u> in wissenschaftlich anerkannten Verfahren erworben werden kann.
4	4	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 <u>Berufsrecht für Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</u> 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.
5	5		Terminus „Psychotherapeut“ als Überbegriff verwenden
6	6	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	Im Unterschied zum ärztlichen Berufsbild <u>das maßgeblich von einer krankheitsbezogenen Körper- und Psyche berücksichtigenden</u> Anwendung unterschiedlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geprägt wird, die zu einem Fachgebiet gehören, besteht das Wesen heilkundlicher psychotherapeutischer Berufsausübung <u>durch Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</u> in der Anwendung eines (wissenschaftlich anerkannten) psychotherapeutischen Verfahrens bei verschiedenen psychischen Erkrankungen (vgl. § 1 Abs.3 PsychThG). Berufsrechtlich kommt das darin zum Ausdruck, dass <u>der Psychologische Psychotherapeut und der Kinder- und</u>

Gelöscht: psychotherapeutische Berufsrecht

Gelöscht: der somatischen Medizin, das maßgeblich von einer krankheitsbezogenen

		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.	<u>Jugendlichenpsychotherapeut</u> , die Berechtigung zur Berufsausübung, die Approbation, durch die vertiefte Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erhält. Mit dem Erwerb der Approbation <u>sind diese</u> berechtigt, Patienten mit dem erlernten Verfahren umfassend zu behandeln und zwar in Hinblick auf alle Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.	Gelöscht: Psychotherapeut Gelöscht: ist der Psychotherapeut berufsrechtlich
7	7f		„Psychotherapeut“ durch Psychologischen Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ersetzen.	
8	19	13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung	13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung <u>und tiefgreifende Entwicklungsstörungen</u>	

Beratungsergebnis im Unterausschuss Psychotherapie

zu (1)

Der Änderungsvorschlag wird übernommen.

zu (2)

Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt.

Begründung:

- Die Bewertung einer neuen psychotherapeutischen Methode im G-BA ist immer an eine Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz (WBP) gebunden, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für eine vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angesehen werden kann. Da der WBP in seinen Gutachten die Bereiche Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unterscheidet, werden sich Anträge zur Prüfung im sozialrechtlichen Bereich daran zu orientieren haben, so dass eine gesonderte Regelung in den PT-RL nicht zwingend notwendig erscheint.

- Da Nummer 1.4 des Abschnittes B I. PT-RL in Bezug auf die Methodenbewertung inhaltlich auf die Verfahrensordnung verweist, müssten ausdrücklich sachlichen Gründe bestehen, um ausschließlich für die Psychotherapiebewertungen die von der BÄK vorgeschlagene Bestimmung (gesonderte Beurteilung Erwachsener und Kinder/Jugendliche), aufzunehmen. Solche sachlichen Gründe sieht der G-BA nicht.

- Darüber hinaus sieht der G-BA die Belange der BÄK (gesonderte Beurteilung Erwachsene und Kinder/Jugendliche) als bereits erfüllt durch § 18 Abs. 7 der Verfahrensordnung, der regelt, dass bei der Bewertung insbesondere auch Versorgungsaspekte von Alter, biologischem und sozialem Geschlecht sowie die lebenslagen-spezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

zu (3) bis (5) und (7)

Die redaktionellen Anregungen der BÄK werden zum Anlass genommen, den gesamten Text der Tragenden Gründe auf eindeutige und korrekte Formulierungen bezüglich der Termini „psychologischer Psychotherapeut“ „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ hin zu überprüfen.

zu (6)

Der Änderungsvorschlag der BÄK lässt schließen, dass die Tragenden Gründe an dieser Stelle offenbar missverständlich formuliert wurden. Die Passage wurde umformuliert, um

die Aussage deutlicher zu transportieren: „Das Wesen heilkundlicher psychotherapeutischer Berufsausübung besteht 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 Psychologische Psychotherapeut / der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut die Berechtigung zur Berufsausübung, die Approbation, durch die vertiefte Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erhält. Mit dem Erwerb der Approbation ist der Psychologische Psychotherapeut / der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut berufsrechtlich berechtigt, Patienten mit dem erlernten Verfahren umfassend zu behandeln, und zwar in Hinblick auf alle Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“

zu (8)

Der Änderungsvorschlag wird übernommen.

Siegburg, den 20. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess

5. Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

5.1 Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Psychotherapie hat mit Schreiben vom 24.10.2007 an Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer das Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Abs. 8a SGB V eingeleitet. Länge der Frist war bis zum 23.10.2007.

Beide Kammern haben eine Stellungnahme jeweils mit Datum vom 23.10.2007 abgegeben.

Der Unterausschuss hat die inhaltlichen Anmerkungen und Änderungsvorschläge der beiden Kammern in seiner Sitzungen am 13.11.2007 beraten.

5.1.1 Stellungnahme der BPtK



**Beschlussempfehlung
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien:
„Einführung eines Schwellenkriteriums“**

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer

BPtK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: (030) 27 87 85-0
Fax: (030) 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt inhaltlich die vom Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgeschlagenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien. Sie bleibt bei der in ihrer Stellungnahme vom 04.04.2006 formulierten Position. Sie verzichtet in diesem Kontext auf eine Wiederholung der bekannten Argumentation.

Die Einführung des Schwellenkriteriums für die Entscheidung über die Zulassung neuer psychotherapeutischer Verfahren in Abschnitt B I Nummern 3.2 und 3.3 berücksichtigt zum einen die gebotene Differenzierung des Schwellenkriteriums nach der Versorgungsrelevanz der Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen. Zum anderen liegt dem Schwellenkriterium ein Konzept der Versorgungsrelevanz zu Grunde, das neben der Bevölkerungsepidemiologie auch explizit die Versorgungsepidemiologie der Anwendungsbereiche der Psychotherapie berücksichtigt und damit den beanstandeten Beschluss des G-BA vom 20. Juni 2006 deutlich weiterentwickelt und multidimensional fasst.

Darüber hinaus trägt die vorgeschlagene Lösung auch dem Schweregrad, der Prognose und der sozialmedizinischen und gesundheitsökonomischen Folgen der Störungen der jeweiligen Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen bzw. bei Kindern und Jugendlichen in angemessener Weise Rechnung.

In diesem Zusammenhang begrüßt die Bundespsychotherapeutenkammer ausdrücklich den vorangegangenen konstruktiven Dialog des Unterausschusses Psychotherapie mit dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, der im Bewusstsein der unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Vorgehensweisen der beiden Gremien zu der vorliegenden gemeinsamen Lösung geführt hat. Diskrepanzen zwischen den Entscheidungen der beiden Gremien, sofern sie nicht durch die Unterschiede der jeweiligen Aufgabenstellungen begründet sind, sollten dadurch künftig minimiert werden können.

Ferner begrüßt die Bundespsychotherapeutenkammer die Einführung der Nummer 4. in Abschnitt B I, die eine bestehende Regelungslücke für die sozialrechtliche Zulassung von wissenschaftlich anerkannten Psychotherapiemethoden füllt. Damit wird der Weg dafür frei gemacht, dass wissenschaftliche Weiterentwicklungen in der Psy-

chotherapie, die sich nicht innerhalb eines Psychotherapieverfahrens vollziehen, in die GKV-Versorgung Eingang finden können.

Schließlich stimmt die BPTK auch den vorgeschlagenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien in Abschnitt D zu.

Abschließend möchten wir anregen, die Möglichkeiten einer weiteren Annäherung der Definition der Anwendungsbereiche der Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien an die im Methodenpapier des WBP beschriebene Definition zu prüfen.

5.1.2 Stellungnahme der BÄK



**Stellungnahme der Bundesärztekammer
gemäß § 91 Abs. 8 a SGB V
zum
Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bun-
desausschusses
über eine Änderung der Psychotherapie-
Richtlinien
zur
Einführung eines Schwellenkriteriums**

1. Allgemeine Bewertung

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die mit dem Beschlussentwurf vorgenommene Einführung eines Schwellenkriteriums, die durch einen intensiven Gesprächsprozess zwischen dem Unterausschuss „Psychotherapie“ und dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (WBP) vorbereitet wurde. Durch den Beschlussentwurf wird eine weitgehende Angleichung der Anwendungsbereiche, die einerseits dem Bewertungsverfahren des G-BA und andererseits des WBP zu Grunde liegen, erreicht sowie ein abgestimmtes Schwellenkriterium in Bezug auf die Versorgungsrelevanz eines Psychotherapie-Verfahrens eingeführt, unter Berücksichtigung der unterschiedlich gesetzlich geregelten Rechtsgrundlagen und Arbeitsaufträge der Gremien WBP und G-BA (vgl. z. B. § 12 Abs. 1 SGB V).

Der Regelungsansatz durch die Einführung des vorgeschlagenen Schwellenkriteriums wird dem Spannungsfeld einer störungsspezifischen Bewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren einerseits und den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Ausübung heilkundlicher Psychotherapie im Versorgungskontext der GKV andererseits gerecht. Psychotherapeutische Versorgung im Kontext des SGB V ist dadurch geprägt, dass ein Psychotherapieverfahren ein breites Spektrum an Krankheitsbildern im Sinne einer Vollversorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten abdecken muss. Die Operationalisierung der notwendigen Versorgungsbreite durch versorgungsrelevante Hauptindikationen erscheint sachgerecht. Die epidemiologische Relevanz und Versorgungsrelevanz der das Schwellenkriterium konstituierenden Anwendungsbereiche von Psychotherapie ist durch Daten des Robert-Koch-Instituts aus dem Bundesgesundheitsurvey sowie durch weitere Studien belegt.

Durch das vorgeschlagene Schwellenkriterium für Psychotherapie-Verfahren wird gewährleistet, dass nur solche Verfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien Anerkennung finden, für die ein Wirksamkeitsnachweis in einem ausreichend großen Spektrum von Erkrankungen erbracht worden ist. Es wird somit im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung verhindert, dass approbierte Therapeuten, die ausschließlich einen Befähigungsnachweis für ein eingeschränktes Spektrum der

Psychotherapie nachweisen können, dieses im System der GKV als Psychotherapie zur Anwendung bringen können.

Durch die Angleichung der Anwendungsbereiche sowie des Schwellenkriteriums zwischen G-BA und WBP können widersprüchliche Bewertungen der Arbeitsergebnisse beider Gremien in Zukunft besser vermieden werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass der Beschlussentwurf die Möglichkeit vorsieht, Methoden der Psychotherapie neben den breit angelegten Verfahren in das System der GKV zu integrieren, sofern der Psychotherapeut durch die Aus- bzw. Weiterbildung in einem Verfahren befähigt ist, ein ausreichend breites Spektrum psychischer Krankheiten zu behandeln. Dieser Ansatz wird einerseits der Forderung nach einer ausreichenden „grundständigen“ Qualifikation der Psychotherapeuten gerecht (die insbesondere Leitbild der Weiterbildung psychotherapeutisch tätiger Ärztinnen und Ärzte ist) und schafft andererseits die Möglichkeit, Innovationen im Bereich der Psychotherapie in das System der ambulanten Versorgung nach SGB V zu integrieren. Da in den letzten Jahren vorwiegend spezifische psychotherapeutische Interventionen entwickelt wurden, die auf die Anwendung in bestimmten Störungsbereichen beschränkt sind, ist die Möglichkeit zur Integration dieser neuen psychotherapeutischen Interventionen als Psychotherapie-Methoden in das System des SGB V sachgerecht. Das Beratungsverfahren des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG wird zur Beurteilung dieser Psychotherapie-Methoden in den aktuellen Beratungen angepasst.

Ebenfalls ausdrücklich zu begrüßen ist die klare Unterscheidung im Nachweisverfahren des indikationsbezogenen Nutzens einerseits für die Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen und andererseits bei Kindern und Jugendlichen. Dies entspricht der Verfahrensweise des WBP. Auch bei der Prüfung von Psychotherapiemethoden wird man zwischen den Bereichen Erwachsenenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unterscheiden müssen. Dies sollte zur Klarstellung in Abschnitt I.1.4 ergänzt werden (vgl. Spezielle Bemerkungen).

Die Bundesärztekammer bewertet es als sachgerecht, dass die Einleitung eines

Bewertungsverfahrens nach § 92 Abs. 6a i. V. m. § 135 Abs. 1 SGB V erst nach der zuvor erfolgten wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG erfolgt.

Psychotherapie nach den Psychotherapie-Richtlinien wird sowohl von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten nach PsychThG als auch von weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten erbracht. In verschiedenen Formulierungen liegt dem Beschlussentwurf eine einseitige Perspektive der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten nach PsychThG zu Grunde. Die psychotherapeutische bzw. psychosomatische Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen mit Krankheitswert durch weitergebildete Ärztinnen und Ärzte, die auf einem besonders hohen Niveau gewährleistet wird, ist im Beschlussentwurf nicht angemessen berücksichtigt. Hier sollte der Beschlussentwurf sowie die Begründung nachgearbeitet werden (vgl. hierzu auch spezielle Bemerkungen), um zu vermeiden, dass der Überbegriff „Psychotherapeuten“ fälschlicherweise einseitig auf Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten bezogen werden könnte.

2. Spezielle Anmerkungen

2.1 (Verwendung korrekter Berufsbezeichnungen)

Im Beschlussentwurf sowie im Begründungstext (Tragende Gründe zum Beschlussentwurf) findet die psychotherapeutische Versorgung durch weitergebildete Ärztinnen und Ärzte nicht ausreichend Beachtung. Sowohl entsprechend weitergebildete Ärzte als auch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind als Psychotherapeuten tätig. Falls der Begriff „Psychotherapeut“ Verwendung findet, ist dieser unmissverständlich als Überbegriff für entsprechend weitergebildete Ärzte als auch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu verwenden. Der Begriff „Psychotherapeut“ darf analog zum PsychThG auch im Kontext des SGB V nicht als Synonym für Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Anwendung gebracht werden.

In Abschnitt 3.1 des Beschlussentwurfs sollte klar gestellt werden, dass sich der Begriff „vertiefte Ausbildung“ ausschließlich auf Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bezieht.

Es wird daher empfohlen, Abschnitt 3.1 wie folgt zu fassen:

*„3.1 Feststellung durch den Wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für eine vertiefte Ausbildung **zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** angesehen werden kann.“*

Als **Folgeänderungen** wäre in der Begründung des Beschlussentwurfs im Abschnitt 1.1 der korrekte Terminus „vertiefte Ausbildung **zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**“ verwendet werden. Ebenfalls darf im Kontext des PsychThG nicht von der „Zulassung von Psychotherapeuten“ gesprochen werden, der korrekte Terminus wäre „Zulassung von **Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**“.

Im Abschnitt 1.2 der Begründung ist dementsprechend bei einer Bezugnahme auf das PsychThG vom „*Berufsrecht für Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*“ zu sprechen.

In Abschnitt 1.3 der Begründung sollte kein Gegensatz zwischen „*Ärzte*“ und „*Psychotherapeuten*“ aufgebaut werden. Entweder ist der Terminus „*Psychotherapeut*“ als Überbegriff zu verwenden oder alle Berufsbezeichnungen wären korrekt wiederzugeben. Auch in Abschnitt 1.5 der Begründung ist der Terminus „*Psychotherapeut*“ durch *Psychologischen Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*“ zu ersetzen.

2.2 (Bewertung der Psychotherapiemethoden getrennt für Erwachsene und Kinder und Jugendliche)

Auch bei der Prüfung von Psychotherapiemethoden wird man zwischen den Bereichen Erwachsenenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unterscheiden müssen. Daher sollte zur Klarstellung Abschnitt I.1.4 wie folgt gefasst werden:

„4. Eine neue Methode kann nach vorangegangener Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz und Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses indikationsbezogen Anwendung finden. Die Beurteilung hat hierbei getrennt für den Bereich Erwachsene und Kinder- und Jugendliche zu erfolgen.“

2.3 (Ärztliches Berufsbild berücksichtigt Körper und Psyche)

In der Begründung wird im Abschnitt 1.4 die Erbringung von Psychotherapie durch entsprechend weitergebildete Ärzte nicht korrekt abgebildet. Vielmehr wird künstlich ein Gegensatz zwischen „*Psychotherapie*“ und „*Somatischer Medizin*“ aufgebaut, der dem Therapieverständnis psychotherapeutisch tätiger Ärztinnen und Ärzte sowie der Medizin im Allgemeinen in keiner Weise entspricht.

Wir empfehlen, den zweiten Absatz des Begründungstextes im Abschnitt 1.4 (Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der

Wirtschaftlichkeit in den versorgungsrelevanten Hauptindikationen) wie folgt zu fassen:

*„Im Unterschied zum ärztlichen Berufsbild, **das maßgeblich von einer krankheitsbezogenen, Körper und Psyche berücksichtigenden Anwendung unterschiedlicher Untersuchungs- und Behandlungsverfahren geprägt wird, besteht das Wesen heilkundlicher psychotherapeutischer Berufsausübung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Anwendung eines (wissenschaftlich anerkannten) psychotherapeutischen Verfahrens bei verschiedenen psychischen Erkrankungen (vgl. § 1 Abs. 3 PsychThG). Berufsrechtlich kommt dies darin zum Ausdruck, dass der Psychologische Psychotherapeut und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut die Berechtigung zur Berufsausübung, die Approbation, durch die vertiefte Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erhält. Mit dem Erwerb der Approbation sind diese berechtigt, Patienten mit dem erlernten Verfahren umfassend zu behandeln und zwar in Hinblick auf alle Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.**“*

2.4 (Richtigstellung in Bezug auf das Methodenpapier des WBP)

In der Begründung des Beschlussentwurfs werden als Anlage die vom WBP definierten Anwendungsbereiche dargestellt. Hierbei ist zu beachten, dass der Anwendungsbereich 13 im aktuellen Entwurf des WBP-Methodenpapiers als

*„13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung **und tiefgreifende Entwicklungsstörungen**“*

festgelegt ist. Wir bitten, diese Richtigstellung in den tragenden Gründen des Beschlussentwurfs zu berücksichtigen.

6. Anhang

6.1.1 Text des Anschreibens

Sehr geehrte Frau Dr. Klakow-Franck / Sehr geehrter Herr Prof. Richter

der Unterausschuss „Psychotherapie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 5 Satz 2 SGB V hat die Einführung eines Schwellenkriterium in die Psychotherapie-Richtlinien konsentiert.

Anbei übersenden wir Ihnen den Anhörungsentwurf mit den vorgeschlagenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien und Erläuterungen dazu. Unter Hinweis auf Ihre Pflicht zur vertraulichen Behandlung der Beschlussvorlage möchten wir Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme im Rahmen Ihres Anhörungsrechts nach § 91 Abs. 8a SGB V bis zum 23. Oktober 2007 geben.

Ihre Stellungnahme senden Sie bitte auch in elektronischer Form als MS-Word-Datei an folgende E-Mail Adresse: christof.wiesner@g-ba.de

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Christof Wiesner
Referent

Anlagen

6.1.2 Stellungnahmeentwurf

Anlage 1

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums

vom [Beschlussdatum]

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am [Datum] beschlossen, die Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 11. Dezember 1998 (BAnz. 1999 S. 249), zuletzt geändert am 20. Juni 2006 (BAnz. S. 6339), wie folgt zu ändern:

- I. Abschnitt B I Behandlungsformen wird wie folgt geändert:
 1. Nummer 3. wird wie folgt gefasst:

„3. Über die in 1. genannten Verfahren hinaus können als Psychotherapie gemäß Abschnitt A der Richtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung andere Verfahren Anwendung finden, wenn nachgewiesen ist, dass sie die nachstehenden Voraussetzungen nach 3.1 bis 3.3 erfüllen:

 - 3.1 Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für eine vertiefte Ausbildung angesehen werden kann.
 - 3.2 Für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen ist ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses für mindestens die folgenden Anwendungsbereiche zu erbringen: D 1.1, D 1.2 und
entweder zusätzlich für mindestens einen der folgenden Anwendungsbereiche: D 1.3, D 1.8, D 2.1
oder zusätzlich für mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche: D 1.4, D 1.5, D 1.6, D 1.7, D 1.9, D 2.2, D 2.3, D 2.4.
 - 3.3 Für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses mindestens für die Anwendungsbereiche D 1.1, D 1.2 und D 1.9 (nur Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens) zu erbringen.
Soweit der Nachweis lediglich für zwei dieser Anwendungsbereiche erfolgt, ist zusätzlich ein Nachweis für mindestens zwei der Anwendungsbereiche D 1.3, D 1.4, D 1.5, D 1.6, D 1.7, D 1.8, D 1.9 (mit Ausnahme Hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens), D 2.1, D 2.2, D 2.3, D 2.4 zu erbringen.“

2. Nummer 4 wird wie folgt gefasst:
„4. Eine neue Methode kann nach vorangegangener Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz und Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses indikationsbezogen Anwendung finden.“
 3. Nach Nummer 4. wird folgende Nummer 5. angefügt:
„5. Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt fest, für welche Verfahren und Methoden in der Psychotherapie und Psychosomatik die der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Richtlinien zugrundeliegenden Erfordernisse als erfüllt gelten und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen diese zur Behandlung von Krankheit Anwendung finden können. Die Feststellungen sind als Anlage 1 Bestandteil der Richtlinien.“
- II. Abschnitt D Anwendungsbereiche wird wie folgt geändert:
1. Nummer 1.3 wird wie folgt gefasst:
„Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“
 2. Nummer 2.1 wird am Ende um folgende Wörter ergänzt:
„, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz“
- III. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den [Beschlussdatum]

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess

6.1.3 Erläuterung

Anlage 2

Tragende Gründe
zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien:
Einführung eines Schwellenkriteriums

vom xx. xxx 2007

Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	3
1.1	Wissenschaftliche Anerkennung	3
1.2	Zum Verhältnis von wissenschaftlicher Anerkennung und sozialrechtlicher Bewertung psychotherapeutischer Verfahren	4
1.3	Indikationsbezogene Bewertung	5
1.4	Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit in den versorgungsrelevanten Hauptindikationen	6
1.5	Grundrechtsrelevanz der Kriterien	7
1.6	Beanstandung des Beschlusses vom 20.06.2006 und Klage des G-BA vor dem Sozialgericht Köln	8
2.	Eckpunkte der Entscheidung	9
2.1	Entwicklung einer gemeinsamen Lösung zusammen mit dem Wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz	9
2.2	Neuformulierung von B I 3.1 – Anerkennung durch den WBP	10
2.3	Neuformulierung von B I 3.2 – Schwellenkriterium Erwachsene	11
2.4	Neuformulierung von B I 3.3 – Schwellenkriterium Kinder und Jugendliche	12
2.5	Neuformulierung von B I 4 – Zulassung von Methoden	12
2.6	Anfügung von B I 5 - Schlussbestimmungen	13
2.7	Redaktionelle Änderungen in D Anwendungsbereiche	13
3.	Verfahrensablauf	13

4.	Anhang	14
4.1	Epidemiologiestudien zu Persönlichkeitsstörungen	14
4.2	Epidemiologiestudien zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter	15
4.3	Synopse der übereinstimmenden Schwellenkriterien von WBP und G-BA	16

1. Rechtsgrundlagen

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

1.1 Wissenschaftliche Anerkennung

Soweit die Richtlinienänderung bestimmt, dass 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

Zwar obliegt die Entscheidung den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anzurufen grundsätzlich der zuständigen Landesapprobationsbehörde. Nur in „Zweifelsfällen“ soll die

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

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

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 Salzl/Steege, S.28

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 Psychoanalyse, Tiefenpsychologie 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.

1.2 Zum Verhältnis von wissenschaftlicher Anerkennung und sozialrechtlicher Bewertung psychotherapeutischer Verfahren

Aus der wissenschaftlichen Anerkennung eines Behandlungsverfahrens als zulässige psychotherapeutische Behandlung folgt nicht, dass hierbei ohne Einschränkung eine Krankenbehandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt. Die 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. und Nr. 3.3 zu bestimmen, die den spezifischen Anforderungen des Versorgungskon-

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

⁶ Jerouschek, § 11 Rn.4

⁷ vgl. BT-Drucks. 30/8035

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

texts 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 Nr. 3.2 Abschnitt B I Psychotherapie-Richtlinien (für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen) und Nr. 3.3 (für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen) jeweils genannten Kombinationen von Anwendungsbereichen nachgewiesen worden sein.

1.3 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 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.

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/Steege, 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 iVm §§ 3 u. 8 Abs.1 Satz 2 Nr.1 Verfahrensordnung auch auf die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren.

1.4 Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit in den 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. Insofern verlangen Nr. 3.2 Abschnitt B I Psychotherapie-Richtlinien für die Erwachsenenpsychotherapie und Nr. 3.3 für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, dass mindestens für die in diesen Bestimmungen jeweils genannten Anwendungsbereiche, den sog. versorgungsrelevanten Hauptindikationen, der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit des Verfahrens, 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 Arzregister 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 Anwendungsgebiete 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 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 und Nr. 3.3 festgelegt, dass der Nachweis des Nutzens des Verfahrens jeweils 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.).

1.5 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 bzw. den in Nr. 3.3 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 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:

Indem das Gesetz den Nachweis der Fachkunde als Voraussetzung für die Zulassung davon abhängig macht, dass der Psychotherapeut die vertiefte Ausbildung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs.6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat, wird die Ausgestaltung der inhaltlichen Anforderungen an den Fachkundenachweis, nämlich die Bestimmung eines zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahrens, der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss zugewiesen. Das bedeutet, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Entscheidung über die Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien die Befugnis übertragen ist, die Voraussetzungen von Psychotherapeuten zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu konkretisieren. Damit wird die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs.6a SGB V zu treffende Entscheidung über die Geeignetheit psychotherapeutischer Verfahren insgesamt in den Rang einer Norm erhoben, die zu berufswahlnahen Entscheidungen berechtigt und auch mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar ist. 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 selbst 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.

1.6 Beanstandung des Beschlusses vom 20.06.2006 und Klage des G-BA vor dem Sozialgericht Köln

Gegen die Beanstandung des Beschlusses vom 20.06.2006 zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinien zur Einführung eines Schwellenkriteriums durch das BMG vom 15.08.2006 hat der G-BA Klage erhoben, insbesondere deshalb, weil er die Beanstandungsgründe nicht für sachgerecht hält. Aufgrund des gemeinsamen Bestrebens von G-BA und BMG, auf außergerichtlichem Wege eine Einigung mit dem Ministerium über die Beilegung des Rechtsstreits herbeizuführen, hat das Sozialgericht Köln durch Schreiben vom 3. Juli 2007 das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

2. Eckpunkte der Entscheidung

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 oder Methoden umsetzen zu können, sind Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten B I. 3. und 4. PT-RL notwendig geworden.

2.1 Entwicklung einer gemeinsamen Lösung zusammen mit dem Wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz

Der Wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz (WBP) ist nach dem Psychotherapeutengesetz verpflichtet, in Fällen, in denen die zuständigen Behörden für die Erteilung der Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz Zweifel an der wissenschaftlichen Anerkennung eines Verfahrens haben, diesbezüglich Gutachten zu erstatten. An den WBP können Anträge zur Bewertung der Wissenschaftlichkeit von Verfahren und Methoden der Psychotherapie gestellt werden. Die Tätigkeit des WBP bezieht sich auf berufsrechtliche Fragestellungen. Der G-BA hat über die Zulässigkeit der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu entscheiden. Seine Tätigkeit bezieht sich damit auf leistungsrechtliche Fragestellungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aufgrund dieser ähnlich gelagerten Aufgabenstellung und wegen der oben dargestellten besonderen rechtlichen Zusammenhänge hatten G-BA und WBP eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingerichtet, die folgende Themen beriet und gemeinsame Lösungen dazu erarbeitete:

- Ergänzung des CONSORT-Bewertungsbogens zur Bewertung von Psychotherapiestudien
- Definition der Begriffe Verfahren, Methode, Technik
- Schwellenkriterium zur Anerkennung bzw. Zulassung eines Verfahrens

G-BA und WBP handelten dabei unter der Prämisse, dass diese Zusammenarbeit nicht geeignet ist, wechselseitig Bindungen an Entscheidungen herbeizuführen, die auf den unterschiedlichen Vorgehensweisen der Vertragsparteien beruhen.

Das übereinstimmende Schwellenkriterium von WBP und G-BA ist im Anhang dargestellt. Die einzelnen aufgeführten Diagnosegruppen sind dabei inhaltlich gleich und nur im Wortlaut verschieden. Der unterschiedliche Wortlaut ergibt sich lediglich daraus, dass sich das Schwellenkriterium des G-BA auf die Liste der zur Psychotherapie im sozialrechtlichen Zusammenhang zulässigen Indikationen in Abschnitt D der Psychotherapie-Richtlinien bezieht, während der WBP im berufsrechtlichen Zusammenhang sich in seinem Methodenpapier an der ICD-10-Nomenklatur orientiert.

G-BA und WBP waren sich einig, dass die konkrete Ausgestaltung des Schwellenkriteriums auf Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse zu erfolgen hat. Epidemiologische Relevanz und Versorgungsrelevanz der das Schwellenkriterium konstituierenden Indikationen müssen also wissenschaftlich abgesichert sein. Grundlage für die Ges-

taltung des Schwellenkriteriums sind daher Auswertungen der Daten des Robert-Koch-Instituts aus dem Bundesgesundheitsurvey (BGS)¹¹ und dem Zusatzsurvey Psychische Störungen, die an anderer Stelle berichtet wurden¹². Da vom Robert-Koch-Institut in seinem Survey die Persönlichkeitsstörungen nicht diagnostisch erfasst wurden, hat der G-BA eine eigene systematische Recherche zu epidemiologischen Untersuchungen zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in klinischen samples und community samples durchgeführt. Aktuellste und prominenteste Fundstelle dazu ist sicherlich die Studie von Lenzenweger et al.¹³ mit einer Analyse der Daten aus der National Comorbidity Survey Replication und somit einer Stichprobengröße von N = 5692. Weitere Literaturstellen sind im Anhang aufgeführt.

Zusätzlich wurden Prävalenzstudien, die speziell den Bereich der psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter evaluieren, herangezogen. Differentialdiagnostisch aufbereitete Daten zu externalisierenden und internalisierenden Störungen bei Kindern und Jugendlichen berichtet u.a. Petermann¹⁴. Weitere Literaturstellen sind im Anhang aufgeführt.

Aufgrund der Stellungnahme der BpTK vom 31.03.2006 und auf Basis von Gesprächen mit dem Präsidenten der BpTK wurde sowohl die bevölkerungsepidemiologische Dimension als auch die Inanspruchnahme von Psychotherapie (versorgungsepidemiologische Dimension) in die Gestaltung des Schwellenkriteriums einbezogen, um einer multidimensionalen Definition des Konzeptes Versorgungsrelevanz gerecht zu werden. Die BGS-Daten erlauben es, beide Fragestellungen bevölkerungsrepräsentativ und bezogen auf Deutschland zu beantworten. Die BGS-Daten ermöglichen nämlich eine Analyse dazu, (1) welche psychischen Störungen in einer definierten Gruppe in den letzten zwölf Monaten wie häufig diagnostiziert wurden – einschließlich der komorbiden Störungen und (2) bei welchen psychischen Störungen Patienten in den letzten zwölf Monaten oder seit ihrer Geburt („lifetime“) ambulant psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben. Die Auswertung der Daten erfolgte mit der Zielsetzung, dass die Summe der Indikationen, welche das Schwellenkriterium bilden, mindestens zwei Drittel der psychischen Störungsbilder, die in der Bevölkerung vorkommen bzw. die ein Therapeut in seiner Praxis zu behandeln hat, abbilden sollen. Ein einfaches Aufsummieren einzelner Prävalenzdaten erweist sich dabei nicht als zielführend, da psychische Störungen allgemein, Affektive Störungen und Angststörungen insbesondere, sich durch hohe Komorbiditätsraten auszeichnen.

2.2 Neuformulierung von B I 3.1 – Anerkennung durch den WBP

Die Formulierung in Abschnitt B I 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. zu-

¹¹ Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

¹² Harfst, T. (2007). Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz: Ergebnisse aus dem Bundesgesundheitsurvey. BpTK-Newsletter, 1, 3 – 4.

¹³ Lenzenweger, M., Lane, M. et al. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry, 2007 Jan 8; [Epub ahead of print].

¹⁴ Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung 14 (1), 48 – 57.

zulassen, die berufsrechtlich anerkannt und zur vertieften Ausbildung entsprechend § 1 (1) der PsychTh-APrV zugelassen sind.

2.3 Neuformulierung von B I 3.2 – Schwellenkriterium Erwachsene

Abschnitt B I 3.2 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 wurde im Bereich der **Erwachsenenpsychotherapie** folgendes Schwellenkriterium entwickelt: Gefordert wird mindestens der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA für Affektive Störungen und Angststörungen und zusätzlich

entweder ein Nutznachweis bei mindestens einem der folgenden Anwendungsbereiche: Somatoforme Störungen einschließlich Konversionsstörungen; Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung; Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

oder ein Nutznachweis bei mindestens zwei der übrigen Anwendungsbereiche gemäß der Liste der Anwendungsbereiche in D 1. und D2. Psychotherapie-Richtlinien.

Diese Stufung begründet sich in der herausstehenden Bedeutung der Störungsbilder Affektive Störungen und Angststörungen innerhalb der Gruppe der psychischen Erkrankungen in Deutschland. Auch mit Bezug auf die Inanspruchnahmehäufigkeiten von Psychotherapie allgemein sind diese beiden Erkrankungen der häufigste Grund für die Aufnahme einer Psychotherapie. Unter der Berücksichtigung von Komorbiditäten ist bei Hinzunahme eines dritten Störungsbildes aus der Gruppe Somatoforme Störungen, Abhängigkeit und Missbrauch oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen davon auszugehen, dass sowohl über zwei Drittel der bevölkerungsepidemiologisch überhaupt auftretenden psychischen Störungen als auch über zwei Drittel der in der Versorgung von psychisch Kranken psychotherapeutisch zu behandelnden Krankheitskomplexe abgedeckt werden.

Alternativ ist diese Schwelle durch die Kombination von Affektiven Störungen und Angststörungen mit zwei der relativ betrachtet weniger häufig auftretenden Störungsbilder, wie sie in der Liste der Anwendungsbereiche in D 1. und D2. PT-RL aufgeführt sind, zu erreichen.

2.4 Neuformulierung von B I 3.3 – Schwellenkriterium Kinder und Jugendliche

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde folgendes Schwellenkriterium entwickelt: Gefordert wird mindestens der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA für Affektive Störungen und Angststörungen und „Hyperkinetische Störungen“ oder „Störungen des Sozialverhaltens“, die in den Richtlinien unter „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ subsumiert werden, vorliegen muss.

Alternativ wird festgelegt, dass ein Nutznachweis bei zwei der oben genannten drei Störungskomplexen vorliegen muss und zusätzlich ein Nutznachweis bei mindestens zwei der übrigen Anwendungsbereiche gemäß der Liste der Anwendungsbereiche in D 1. und D2. PT-RL, bezogen auf Kinder und Jugendliche, wobei in der umfassenden Kategorie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ nur Studien zu anderen F 9 Indikationsbereichen außer „Hyperkinetische Störungen“ und „Störungen des Sozialverhaltens“ zulässig sind.

Diese Stufung begründet sich damit, dass im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie neben den Störungsbildern Affektive Störungen und Angststörungen den Hyperkinetischen Störungen und den Störungen des Sozialverhaltens eine herausragende Rolle zukommt.

Bei einem Nutznachweis in allen drei Krankheitsgebieten ist davon auszugehen, dass sowohl über zwei Drittel der bevölkerungsepidemiologisch überhaupt auftretenden psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter als auch über zwei Drittel der in der Versorgung von psychisch Kranken psychotherapeutisch zu behandelnden Krankheitskomplexe bei Kindern und Jugendlichen abgedeckt werden.

Alternativ ist diese Schwelle durch die Kombination von „Affektiven Störungen und Angststörungen“ bzw. „Affektiven Störungen und Hyperkinetischen Störungen / Störungen des Sozialverhaltens“ bzw. „Angststörungen und Hyperkinetische Störungen / Störungen des Sozialverhaltens“ mit zwei der relativ betrachtet weniger häufig auftretenden Störungsbilder, wie sie in der Liste der Anwendungsbereiche in D 1. und D2. Psychotherapie-Richtlinien aufgeführt sind, zu erreichen.

Für die Versorgung im Bereich der Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen gilt nach wie vor, dass ein Psychotherapeut in der Breite, d.h. für so viele Indikationsbereiche wie möglich, ausgebildet sein sollte.

2.5 Neuformulierung von B I 4 – Zulassung von Methoden

Innovationen im Bereich Psychotherapie sind in den letzten Jahren vorwiegend in Form spezifischer und hochwirksamer psychotherapeutischer Interventionen entstanden. Um diesen auf die Anwendung in bestimmten Indikationsbereichen (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung) beschränkten psychotherapeutischen Methoden (nach Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit) den Weg in die GKV zu eröffnen, ohne dabei das Prinzip der Einbettung in ein psychotherapeutische Gesamtbehandlungskonzept / in eine übergeordnete Behandlungsstrategie aufzugeben, wurde diese Neuformulierung von B I 4 in die Richtlinien aufgenommen.

Diese Neuformulierung, erlaubt es, anknüpfend an eine vorangegangene Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz, neue Methoden ähnlich den Richtlinien im Bereich ärztliche Behandlung in Anlage 1 der Richtlinien aufzunehmen und dort ggf. weitere Anforderungen an die Strukturqualität zu formulieren.

2.6 Anfügung von B I 5 - Schlussbestimmungen

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 oder einer neuen Methode 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 und gültige Informationen vorliegen, um zu dem Schluss zu kommen, dass die in B I. 3. formulierten Kriterien erfüllt werden.

2.7 Redaktionelle Änderungen in D Anwendungsbereiche

Bei den beiden Änderungen in Abschnitt D handelt es sich um rein redaktionelle Präzisierungen, die sich aus der Synopse der Formulierung der Anwendungsbereiche im Methodenpapier des WBP und den Psychotherapie-Richtlinien ergaben. Dadurch ist weder Ausweitung noch eine Einschränkung der zulässigen Indikationen zur Psychotherapie verbunden. Nummer 1.3 wurde redaktionell an die international übliche Bezeichnung, wie sie der ICD 10 verwendet angepasst. Nummer 2.2 wurde redaktionell um einen Halbsatz ergänzt, der die Anforderung „vorangegangene Entgiftungsbehandlung“ präzisiert

3. Verfahrensablauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
G-BA	20.06.2006	Beschluss Änderung B I. 3 PT-RL
BMG	15.08.2006	Beanstandung des Beschlusses
G-BA	14.09.2006	Klageeinreichung gegen Beanstandung beim Sozialgericht Köln
G-BA / BMG	22.11.2006	Gesprächstermin mit dem BMG wegen Beanstandung; Ziel: außergerichtliche Einigung
G-BA / WBP	26.10.2006 21.12.2006 01.03.2007 02.05.2007 19.06.2007	Beratung Schwellenkriterium in der gemeinsamen Arbeitsgruppe G-BA / WBP
UA PT	26.04.2007 28.06.2007	Beratung der Einführung eines Schwellenkriteriums in den Richtlinien auf Grundlage der Ergebnisse der AG G-BA / WBP
G-BA / BPtK	05.09.2007	Gesprächstermin mit BPtK zur Einführung eines Schwellenkriteriums in den Richtlinien
UA PT	24.09.2007	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 8a SGB V

4. Anhang

4.1 Epidemiologiestudien zu Persönlichkeitsstörungen

- Bland RC, Orn H, Newman SC.** Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77 (SUPPL. 338): 24-32.
- Bronisch T, Dose M, Eckermann G, Lohmer M.** Persönlichkeitsstörungen. Typologie - Diagnostik - Epidemiologie - Ätiologie. [Typology, diagnosis, epidemiology, and etiology of personality disorders]. *TW Neurologie Psychiatrie* 1996; 10 (1-2): 25-34.
- Casey P.** The epidemiology of personality disorder. In: Tyrer P (Eds.): *Personality disorders: Diagnosis, management and course*. Kent: Wright/Butterworth Scientific, 1988. S. 74-81.
- Cohen BJ, Nestadt G, Samuels JF, Romanoski AJ, McHugh PR, Rabins PV.** Personality disorder in later life: a community study. *Br J Psychiatry* 1994; 165 (4): 493-9.
- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E.** Personality disorders, prevalence, socio-demographic correlations, quality of life, dysfunction, and the question of continuity. *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 2003; 7 (3): 189-98.
- Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M.** Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 2001; 30 (2): 311-20.
- Fydrich T, Schmitz B, Dietrich G, Heinicke S, König J.** Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. [Prevalence and comorbidity of personality disorders]. In: **Schmitz B, Fydrich T, Limbacher, K (Eds.):** *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996. 56-90.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP.** Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (7): 948-58.
- Jackson HJ, Burgess PM.** Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35 (12): 531-8.
- Lenzenweger MF.** The longitudinal study of personality disorders: History, design considerations, and initial findings. *J Personal Disord* 2006; 20 (6): 645-70. <http://www.atypon-link.com/GPI/doi/pdf/10.1521/pedi.2006.20.6.645>
- Lenzenweger, M., Lane, M. et al..** DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 2007 Jan 8; [Epub ahead of print].
- Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RFW, Ferguson B, Jacobsberg LB, Mombour W, Pull C, Ono Y, Regier DA, Tyrer P.** IPDE: The International Personality Disorder Examination - The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 215-224.
- Kantolarvi L, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Herva A, Karvonen JT, Kokkonen P, Jarvelin MR, Joukamaa M.** Co-occurrence of personality disorders with mood, anxiety, and substance use disorders in a young adult population. *J Personal Disord* 2006; 20 (1): 102-12.

- Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R, Hallmayer J.** Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *J Personal Disord* 1992; 6 (3): 187-96.
- Munk-Jørgensen P, Kastrup M, Mortensen PB.** The epidemiology of mental disorders in Denmark. *Nordic Journal of Psychiatry, Supplement* 1996; 50 (36): 15-24.
- Regier DA, Boyd JH, Burke Jr JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ.** One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45 (11): 977-86.
- Reister G, Tress W, Schepank H, Manz R.** The epidemiology of psychogenic disorders and consequences for prevention. *Psychother Psychosom* 1989; 52 (1-3): 10-20.
- Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, III, Brown CH, Costa PT, Jr., Nestadt G.** Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002; 180 (6): 536-42.
- Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR.** DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry* 1994; 151 (7): 1055-62.
- Sater N, Samuels JF, Bienvenu OJ, Nestadt G.** Epidemiology of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2001; 3 (1): 41-5.
- Seva A, Magallon R, Sarasola A, Merino JA.** Two-phase psychiatric epidemiological investigations in the city of Zaragoza (Spain). *European Journal of Psychiatry* 1991; 5 (4): 197-205.
- Torgersen S.** Epidemiology. In: **Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (Eds.):** The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005. S. 129-41.
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V.** The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58 (6): 590-6.
- Weissman MM.** The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *J Personal Disord* 1993; (Suppl 1): 44-62.
- Widiger TA, Rogers JH.** Prevalence and comorbidity of personality disorders. *Psychiatric Annals* 1989; 19 (3): 132-6.

4.2 Epidemiologiestudien zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

- Costello EJ, Foley DL, Angold A.** 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders II. *Developmental Epidemiology — Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45:8-25
- Ford TM.** The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 42(10):1203-1211.
- Ihle, W. & Esser, G.** Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede. *Psychologische Rundschau* 2002, 53(4), 159-169.

Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M.H. & Blanz, B. Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. Kindheit und Entwicklung 2002; 11, 201-211.

Petermann, F. Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung 2005; 14 (1), 48 – 57.

4.3 Synopse der übereinstimmenden Schwellenkriterien von WBP und G-BA

Konsentiertes Schwellenkriterium für die Empfehlung des WBP zur Zulassung für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zur Aufnahme eines Verfahrens in die Psychotherapie-Richtlinien

- Erwachsenenpsychotherapie -

WBP	PT-RL
Mindestens der Nachweis von	
Wirksamkeit nach Maßgabe des Methodenpapiers des WBP	indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA
bei den folgenden Anwendungsbereichen:	
1. Affektive Störungen 2. Angst- und Zwangsstörungen	1.1 Affektive Störungen: depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie 1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen
und	
entweder zusätzlich bei mindestens einem der folgenden Anwendungsbereiche:	
3. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen 4. Abhängigkeit und Missbrauch 5. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.3 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) und somatoforme Störungen 2.1 Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz 1.8 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen
oder zusätzlich bei mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche:	
6. Anpassungs- und Belastungsstörungen 7. Essstörungen 8. Nicht-organische Schlafstörungen 9. Sexuelle Funktionsstörungen 10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen 11. Schizophrenie, schizotype und wahnhaft	1.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen 1.5 Essstörungen 1.6 Nicht-organische Schlafstörungen 1.7 Sexuelle Funktionsstörungen 1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ¹⁵

¹⁵ Persistierende F 9 Diagnosen im Erwachsenenalter

Störungen 12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen 13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung 14. Hyperkinetische Störungen 15. Störungen des Sozialverhaltens 19. Ticstörungen und Stereotypien	2.3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe 2.4 Psychische Begleit-, Folge- und/oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen. 2.2 Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen.
---	--

Konsentiertes Schwellenkriterium für die Empfehlung des WBP zur Zulassung für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. zur Aufnahme eines Verfahrens in die Psychotherapie-Richtlinien

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie -

WBP	PT-RL
Mindestens der Nachweis von	
Wirksamkeit nach Maßgabe des Methodenpariers des WBP	indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA
bei drei der folgenden drei Anwendungsbereiche:	
1. Affektive Störungen 2. Angst- und Zwangsstörungen 14. Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens	1.1 Affektive Störungen: depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie 1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen 1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ¹⁶
oder	
Mindestens der Nachweis von	
Wirksamkeit nach Maßgabe des Methodenpariers des WBP	indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA
bei zwei der folgenden drei Anwendungsbereiche:	
1. Affektive Störungen 2. Angst- und Zwangsstörungen 14. Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens	1.1 Affektive Störungen: depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie 1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen 1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ¹⁷

¹⁶ Zulässig sind nur Studien zu „Hyperkinetische Störungen“ oder „Störungen des Sozialverhaltens“

¹⁷ Zulässig sind nur Studien zu „Hyperkinetische Störungen“ oder „Störungen des Sozialverhaltens“

und zusätzlich bei mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche:	
<ul style="list-style-type: none"> 3. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen 4. Abhängigkeit und Missbrauch 5. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen 6. Anpassungs- und Belastungsstörungen 7. Essstörungen 8. Nicht-organische Schlafstörungen 9. Sexuelle Funktionsstörungen 10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen 11. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen 12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen 13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung 16. Umschriebene Entwicklungsstörungen 17. Störungen der Ausscheidung 18. Regulationsstörungen und Fütterstörungen 19. Ticstörungen und Stereotypien 	<ul style="list-style-type: none"> 1.3 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) und somatoforme Störungen 2.1 Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz 1.8 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen 1.4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen 1.5 Essstörungen 1.6 Nicht-organische Schlafstörungen 1.7 Sexuelle Funktionsstörungen 2.3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe 2.4 Psychische Begleit-, Folge- und/oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen. 2.2 Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen. 1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend¹⁸

¹⁸ Zulässig sind Studien zu anderen F 9 Indikationsbereichen außer „Hyperkinetische Störungen“ und „Störungen des Sozialverhaltens“

6.2 Epidemiologiestudien zu Persönlichkeitsstörungen

Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77 (SUPPL. 338): 24-32.

Bronisch T, Dose M, Eckermann G, Lohmer M. Persönlichkeitsstörungen. Typologie - Diagnostik - Epidemiologie - Ätiologie. [Typology, diagnosis, epidemiology, and etiology of personality disorders]. *TW Neurologie Psychiatrie* 1996; 10 (1-2): 25-34.

Casey P. The epidemiology of personality disorder. In: Tyrer P (Eds.): *Personality disorders: Diagnosis, management and course*. Kent: Wright/Butterworth Scientific, 1988. S. 74-81.

Cohen BJ, Nestadt G, Samuels JF, Romanoski AJ, McHugh PR, Rabins PV. Personality disorder in later life: a community study. *Br J Psychiatry* 1994; 165 (4): 493-9.

Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Personality disorders, prevalence, socio-demographic correlations, quality of life, dysfunction, and the question of continuity. *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 2003; 7 (3): 189-98.

Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 2001; 30 (2): 311-20.

Fydrich T, Schmitz B, Dietrich G, Heinicke S, König J. Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. [Prevalence and comorbidity of personality disorders]. In: **Schmitz B, Fydrich T, Limbacher, K (Eds.):** *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996. 56-90.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (7): 948-58.

Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35 (12): 531-8.

Lenzenweger MF. The longitudinal study of personality disorders: History, design considerations, and initial findings. *J Personal Disord* 2006; 20 (6): 645-70. <http://www.atypon-link.com/GPI/doi/pdf/10.1521/pedi.2006.20.6.645>

Lenzenweger, M., Lane, M. et al.. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 2007 Jan 8; [Epub ahead of print].

Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RFW, Ferguson B, Jacobsberg LB, Mombour W, Pull C, Ono Y, Regier DA, Tyrer P. IPDE: The International Personality Disorder Examination - The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 215-224.

Kantojarvi L, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Herva A, Karvonen JT, Kokkonen P, Jarvelin MR, Joukamaa M. Co-occurrence of personality disorders with mood, anxiety, and substance use disorders in a young adult population. *J Personal Disord* 2006; 20 (1): 102-12.

Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R, Hallmayer J. Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *J Personal Disord* 1992; 6 (3): 187-96.

- Munk-Jorgensen P, Kastrup M, Mortensen PB.** The epidemiology of mental disorders in Denmark. *Nordic Journal of Psychiatry, Supplement* 1996; 50 (36): 15-24.
- Regier DA, Boyd JH, Burke Jr JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ.** One-month prevalence of mental disorders in the United States, Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45 (11): 977-86.
- Reister G, Tress W, Schepank H, Manz R.** The epidemiology of psychogenic disorders and consequences for prevention. *Psychother Psychosom* 1989; 52 (1-3): 10-20.
- Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, III, Brown CH, Costa PT, Jr., Nestadt G.** Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002; 180 (6): 536-42.
- Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR.** DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry* 1994; 151 (7): 1055-62.
- Sater N, Samuels JF, Bienvenu OJ, Nestadt G.** Epidemiology of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2001; 3 (1): 41-5.
- Seva A, Magallon R, Sarasola A, Merino JA.** Two-phase psychiatric epidemiological investigations in the city of Zaragoza (Spain). *European Journal of Psychiatry* 1991; 5 (4): 197-205.
- Torgersen S.** Epidemiology. In: **Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (Eds.):** The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005. S. 129-41.
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V.** The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58 (6): 590-6.
- Weissman MM.** The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *J Personal Disord* 1993; (Suppl 1): 44-62.
- Widiger TA, Rogers JH.** Prevalence and comorbidity of personality disorders. *Psychiatric Annals* 1989; 19 (3): 132-6.

6.3 Epidemiologiestudien zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

- Costello EJ, Foley DL, Angold A.** 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders II. *Developmental Epidemiology — Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45:8-25
- Ford TM.** The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 42(10):1203-1211.
- Ihle, W. & Esser, G.** Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede. *Psychologische Rundschau* 2002, 53(4), 159-169.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M.H. & Blanz, B.** Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung* 2002; 11, 201-211.

6.4 Synopse der übereinstimmenden Schwellenkriterien von WBP und G-BA

Konsentiertes Schwellenkriterium für die Empfehlung des WBP zur Zulassung für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zur Aufnahme eines Verfahrens in die Psychotherapie-Richtlinien

- Erwachsenenpsychotherapie -

WBP	PT-RL
Mindestens der Nachweis von	
Wirksamkeit nach Maßgabe des Methodenpapiers des WBP	indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA
bei den folgenden Anwendungsbereichen:	
1. Affektive Störungen 2. Angst- und Zwangsstörungen	1.1 Affektive Störungen: depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie 1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen
und	
entweder zusätzlich bei mindestens einem der folgenden Anwendungsbereiche:	
3. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen 4. Abhängigkeit und Missbrauch 5. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.3 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) und somatoforme Störungen 2.1 Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz 1.8 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen
oder zusätzlich bei mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche:	
6. Anpassungs- und Belastungsstörungen 7. Essstörungen 8. Nicht-organische Schlafstörungen 9. Sexuelle Funktionsstörungen 10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen 11. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen 12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen 13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelli-	1.4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen 1.5 Essstörungen 1.6 Nicht-organische Schlafstörungen 1.7 Sexuelle Funktionsstörungen 1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ¹⁵ 2.3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe 2.4 Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

¹⁵ Persistierende F 9 Diagnosen im Erwachsenenalter

genzminderung und tiefgreifende Entwicklungsstörungen 14. Hyperkinetische Störungen 15. Störungen des Sozialverhaltens 19. Ticstörungen und Stereotypien	2.2 Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen.
---	--

Konsentiertes Schwellenkriterium für die Empfehlung des WBP zur Zulassung für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. zur Aufnahme eines Verfahrens in die Psychotherapie-Richtlinien

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie -

WBP	PT-RL
Mindestens der Nachweis von	
Wirksamkeit nach Maßgabe des Methodenpapiers des WBP	indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA
bei drei der folgenden drei Anwendungsbereiche:	
1. Affektive Störungen 2. Angst- und Zwangsstörungen 14. Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens	1.1 Affektive Störungen: depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie 1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen 1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ¹⁶
oder	
Mindestens der Nachweis von	
Wirksamkeit nach Maßgabe des Methodenpapiers des WBP	indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA
bei zwei der folgenden drei Anwendungsbereiche:	
1. Affektive Störungen 2. Angst- und Zwangsstörungen 14. Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens	1.1 Affektive Störungen: depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie 1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen 1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ¹⁷
und zusätzlich bei mindestens zwei der folgenden Anwendungsbereiche:	
3. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen 4. Abhängigkeit und Missbrauch 5. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.3 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) und somatoforme Störungen 2.1 Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftung

¹⁶ Zulässig sind nur Studien zu „Hyperkinetische Störungen“ oder „Störungen des Sozialverhaltens“

¹⁷ Zulässig sind nur Studien zu „Hyperkinetische Störungen“ oder „Störungen des Sozialverhaltens“

<ul style="list-style-type: none"> 6. Anpassungs- und Belastungsstörungen 7. Essstörungen 8. Nicht-organische Schlafstörungen 9. Sexuelle Funktionsstörungen 10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen 11. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen 12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen 13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung und tiefgreifende Entwicklungsstörungen 16. Umschriebene Entwicklungsstörungen 17. Störungen der Ausscheidung 18. Regulationsstörungen und Fütterstörungen 19. Ticstörungen und Stereotypien 	<p>tungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.8 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen 1.4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen 1.5 Essstörungen 1.6 Nicht-organische Schlafstörungen 1.7 Sexuelle Funktionsstörungen 2.3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe 2.4 Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen. 2.2 Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen. 1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend¹⁸
--	---

¹⁸ Zulässig sind Studien zu anderen F 9 Indikationsbereichen außer „Hyperkinetische Störungen“ und „Störungen des Sozialverhaltens“