

AGPF - Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände
bvvp - Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
DGK – Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie
DGSF - Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und
Familientherapie
GwG - Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie
VPP im BDP- Verband Psychologischer Psychotherapeuten und
Psychotherapeutinnen im BDP

Bewertung von Psychotherapie(-leistungen)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die AGPF, der bvvp, die DGK, die DGSF, die GwG und der VPP im BDP haben sich mit einem gemeinsamen Schreiben an den G-BA gewandt, um auf ein angemessenes und sachadäquates Vorgehen bei der Bewertung von Psychotherapie(-leistungen) zu dringen.

Aus Sicht der Verbände hatte die Beanstandung des G-BA-Beschlusses zur Gesprächspsychotherapie ein Moratorium eröffnet, um die Kriterien für die Bewertung von Psychotherapie noch einmal zu reflektieren.

Die aktuellen für die Profession bedeutungsvollen Entwicklungstendenzen, die sich an der Bewertungsweise der Gesprächspsychotherapie durch den G-BA November 2006 und an dem Anfang dieses Jahres vorgelegten Entwurf des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie für "Verfahrensregeln" (sog. Methodenpapier) ablesen lassen, haben einige Verbände veranlasst, sich mit der Bewertung von Psychotherapie(-leistungen) auseinanderzusetzen und Vorschläge für eine Bewertung vorzulegen.

Diese Vorschläge haben die zeichnenden Verbände dem Vorsitzenden des G-BA mit einem Schreiben vom 01.10.2007 übersandt und den folgenden Adressaten zur Kenntnis gegeben:

- Bundesministerium für Gesundheit, Herrn Knieps
- Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer, Herrn Präsidenten Prof. Dr. Rainer Richter
- Bundesärztekammer, z.Hd. Frau Dr. Klackow-Frank
- Patientenvertreter im G-BA, Herrn Dr. Martin Danner und Herrn Dipl.-Psych Jürgen Matzat
- Patientenbeauftragte, Helga Kühn-Mengel
- Sachverständige Psychotherapie bei dem G-BA, Herrn Prof. Dr. Krause und Herrn Prof. Dr. Rüger
- Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie

Die zeichnenden Verbände sehen die Gefahr, dass das Psychotherapie-Verständnis und infolgedessen auch das Versorgungsangebot an Psychotherapie sich einseitig auf ein Paradigma einengen könnte, das sich von **einer** umrissenen Form der Untersuchungsmethodik ableitet und statt individueller Leidensgeschichten und Störungsbedingungen einseitig allgemeine Krankheitszustände definiert und mit

symptomspezifischen Interventionen zu behandeln versucht. Der psychotherapeutische Behandlungsprozess lässt sich nicht mit einer Untersuchungsart adäquat und erschöpfend erfassen, eine entsprechende einengende Entwicklung muss zur Beschneidung der Psychotherapie und eines wesentlichen Anteils ihrer Wirkfaktoren führen.

Dem Schreiben an den Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Anlage „*Kriterien zur angemessenen Bewertung von Psychotherapie(-leistungen) für die Versichertenversorgung*“ beigefügt.

In einer weiteren Anlage wurden „*Unterschiedliche fachliche und rechtliche Positionen zur Zuständigkeit für Berufswahlregelungen im Psychotherapeutenrecht*“ dargestellt.

In dem Schreiben und der Stellungnahme wurde insbesondere auf folgende inhaltliche Positionen abgehoben:

Anknüpfend an die Aufgabe des G-BA, gemäß dem Stand der Wissenschaft für die Versicherten im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes die Leistungen zu konkretisieren, die zur Heilung und Linderung von Krankheit geeignet und von Nutzen sind, heben die Verbände in dem Brief hervor, dass im Fokus der Bewertung insbesondere Unterlagen stehen sollten, die einen engen Versorgungsbezug aufweisen.

Hinsichtlich der unterschiedlichen Behandlungsformen¹

(1) Psychotherapieverfahren mit eigenem Theoriesystem der Krankheitsentstehung, (2) Methoden als Elemente oder Schwerpunkte einer therapeutischen Intervention bei spezifischen Krankheitsbildern oder zur Erreichung definierter Therapieziele, (3) Techniken als z.B. übende und suggestive psychotherapeutische Anwendungsformen, weisen die Verbände auf den sachlich und leistungserbringerrechtlich gravierenden Unterschied zw. Verfahren einerseits und Methoden und Techniken andererseits hin. § 8 Abs. 1 der G-BA-VerfO legt zwar die für medizinische Methoden geltenden Bewertungsgrundsätze auch für alle drei psychotherapeutischen Behandlungsformen verbindlich fest. Den zeichnenden Verbänden ist jedoch wichtig, auf die offene, gerichtlich noch nicht geklärte Frage abzuheben, welche Entscheidungskompetenzen dem G-BA bei berufswahl- bzw. statusrelevanten Beschlüssen über Psychotherapieverfahren, die approbations- und fachkundenachweisrechtlich maßgebend sind, letztlich zukommen.

Unabhängig von dieser noch offenen Frage machen sie auf den in der Verfahrensordnung (§ 20 Abs. 1, 2 und 3) vorgesehenen umfassenden Abwägungsprozess aufmerksam, der auf den Untersuchungsgegenstand bezogen fachspezifisch angemessen, geeignet und verhältnismäßig zu gestalten ist. Sie legen dar, dass der HTA-Prozess entsprechend den Besonderheiten der psychotherapeutischen Krankenbehandlung - anders als bei z.B. technischen Leistungen oder eng umrissenen somatischen Behandlungsmethoden - nicht primär

¹ Tragende Gründe zum beanstandeten G-BA-Beschluss vom 20.06.2006

auf „Wirksamkeitsstudien“ als entscheidenden Parameter fokussiert werden kann, wenn der Nutzen für die Versichertenversorgung sachgerecht erfasst werden soll.

Abschließend wird auf die Äußerungen der für den Unterausschuss Psychotherapie benannten Patientenvertreter zum Bewertungsverfahren zur Gesprächspsychotherapie hingewiesen:²

„Das Theoriegebäude der «Evidence-based Health Care», auf das sich der G-BA insgesamt - unter Ausklammerung von Besonderheiten der Psychotherapie - festgelegt hat, ist daher für die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung nur von bedingter Relevanz.“

...

Es „ist daher aus Patientensicht zu hinterfragen, wie die abstrakt-generalisierende Verfahrens- und Methodenbewertung und die besondere Bedeutung des spezifischen Therapeut-Patient-Verhältnisses miteinander in Einklang gebracht werden können.“

Zur besseren Orientierung geben wir im Folgenden die in dem Schreiben an den G-BA enthaltenen Seiten-Verweise auf den Stellungnahmetext wieder.

- Seite 1: Die Indikation für die Richtlinien-Psychotherapie ist seelische Krankheit (Kapitel A. der PT-R), die sich in unterschiedlichen Symptomatiken ausprägen kann. Eine symptombezogene Bewertung von Psychotherapieverfahren würde ein von den nach den PT-Richtlinien ausgeübten Psychotherapien abweichendes neues Paradigma konstituieren. Das stößt auf fachliche und auch auf rechtliche Bedenken.
- Seite 2/3: Die Verwendung eines Kriteriums Versorgungsrelevanz als Scheidekriterium ist nur in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen statthaft.
- Seite 4: Soweit RCT-Studien mit Manualisierungen von Kurzzeittherapien nur ein begrenztes Spektrum von Behandlungsmöglichkeiten (KZT) und von Krankheitsaspekten (nur allgemeinen, nicht individuell determinierten) erfassen (können), sind sie nur begrenzt zur Nutzenbewertung geeignet. Sie eignen sich v.a. nicht als „Goldstandard“.
- Seite 5: Vorrangig geeignet erscheinen demgegenüber naturalistische Studien.
- Seite 5/6: Die Nutzenbewertung auf - anhand von Prävalenzdaten - ausgewählte Anwendungsbereiche/Diagnosegruppen einzuengen, lässt sich fachlich nicht begründen.
- Seite 7/8: Die Orientierung am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Psychotherapieforschung ist maßgeblich, wobei von Feststellungen des WBP nur begründet abgewichen werden dürfte.

Bei der Beurteilung der Verhältnismäßigkeit der Prüfentscheidungen ist zu beachten:

² Zur Weiterentwicklung der Psychotherapie aus Patientensicht - oder: Das Unbehagen im Gemeinsamen Bundesausschuss
Martin Danner und Jürgen Matzat
Forum Psychotherapeutische Praxis, Heft 2-2007, S. 76-77

- Seite 7: Eine Neu-Zulassung muss mit zu leistendem Aufwand überhaupt möglich sein, es darf kein Übermaß z.B. im Vergleich zur Einführung von Medikamenten verlangt werden.
- Seite 7: Es müssen hinsichtlich der Patienteninteressen die erweiterten Wahlmöglichkeiten bei der Passung Patient – Therapeut/Verfahren besonders gewichtet werden.
- Seite 8: Es muss eine Verhältnismäßigkeit der Anforderungen entsprechend dem – in vielerlei Hinsicht noch unbefriedigenden – Stand der Wissenschaft gewahrt werden.
- Seite 9: Die nur begrenzten Möglichkeiten der Beurteilung der Risiken müssen berücksichtigt werden, und bei der Frage der Wirtschaftlichkeit beachtet werden, dass diese ohnehin anwendungsbezogen bei Psychotherapieleistungen durch das Gutachterverfahren der Richtlinien-Psychotherapie geprüft wird.
- Seite 10 (und 5): Da interne und externe Validität als Zielparame-ter von Studien sich gegenseitig einschränken, darf kein Übermaß an interner Validität oder an Kombination von interner und externer Validität von Studien verlangt werden.
- Seite 10/11: Mit der Bewertung von Psychotherapieverfahren sind Grundrechtsansprüche bzw. Berufswahlregelungen verbunden. Die Eignung von Psychotherapieverfahren zur Krankenbehandlung, die Gegenstand vertiefter Ausbildung sind, ist solange anzunehmen, solange keine gravierenden Hinweise zu ihrer Ungeeignetheit oder Schädlichkeit vorliegen.
- Seite 10: Die Komplexität der Psychotherapieleistung erfordert eine mehrdimensionale, abwägende wissenschaftliche Bewertung, verbietet eine einseitig auf interne Validität (Labor-Wirksamkeit) abhebende, pseudo-objektivistische Beurteilung.
- Seite 12-14: Daraus folgt für die sachgerechte Bewertung von Psychotherapieleistungen: Bei der Bewertung sind alle Veröffentlichungen im wissenschaftlichen Bereich und Untersuchungen aller Evidenzstufen³ (insbesondere der nach Evidenzklassen ausgewerteten Unterlagen gem. § 20 Abs.1 G-BA-VerfO) bei der Beurteilung der Geeignetheit in einem "umfassenden Abwägungsprozess" unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnisse, vorzunehmen.

Wir erhoffen uns angesichts der Aktualität der Entwicklungen - trotz der durch die differenzierte Darstellung entstandenen Textlänge - eine rege Diskussion zu den von uns dargelegten Auffassungen.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag der zeichnenden Verbände

Norbert Bowe

³ „Das Informationssystem erschließt den Zugang zu den relevanten Datenbanken und erfasst Studien und sonstige Materialien zum Stand der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich der Technologiebewertung in der Medizin.“ (Gesetz über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien gemäß GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)

AGPF - Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände
bvvp - Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
DGK – Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie
DGSF - Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und
Familientherapie
GwG - Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie
VPP im BDP- Verband Psychologischer Psychotherapeuten und
Psychotherapeutinnen im BDP

Kriterien zur angemessenen Bewertung von Psychotherapie(-leistungen) für die Versichertenversorgung

A. Frage der Eignung der Regelungen

1. Indikationsbezug

Nach der G-BA-VerfO (§§ 11 Abs. 3 und 4 und 17 Abs. 2 Z. 1.a) sind bei Anträgen die für die zu überprüfenden Leistungen beanspruchten Indikationen zu benennen.

Die Indikation für die Richtlinienpsychotherapie ist nach Abschnitt A der PT-R „seelische Krankheit“.

Die Psychotherapie-Richtlinien sehen also die indikationsbezogene Überprüfung von Psychotherapieverfahren in der Weise vor, dass die Psychotherapie-Indikation (s. Kapitel A. PTR) von Indikationen etwa der Inneren Medizin unterschieden und von seelischen Beeinträchtigungen ohne Krankheitswert oder Beratungsleistungen abgegrenzt wird.

Zu letzterem Zweck sind die kassenpflichtigen symptomatischen Ausprägungen seelischer Krankheit dann in Abschnitt D der PTR konkretisiert.

Die nach F-Diagnosegruppen der ICD 10 strukturierten „Anwendungsgebiete“ - in Abschnitt D der geltenden Psychotherapierichtlinien in irreführender Weise als „Indikationen“ bezeichnet - bilden nicht „objektive Realitäten“ i.S. fest definierter Krankheits-Entitäten ab. Die an deskriptiven Aspekten vorgenommene abstrakte Aufteilung der F-Diagnosegruppen als nützliche Klassifikationsart zur wissenschaftlichen Verständigung stellt in weiten Teilen eine Art Koordinatensystem/Konvention dar, von dem aus zur Stichprobengewinnung Teilmengen des Behandlungsspektrums abgegriffen werden können. Sie ist aber nicht geeignet, das multipel bedingte und beeinflusste Störungsgeschehen bei psychischen Krankheiten sachgerecht abzubilden. Versorgungsadäquat hingegen ist die Indikation zur Psychotherapie in den PT-Richtlinien unter Abschnitt A. definiert.

Von daher muss der Begriff „Indikationsbezug“ immer in differenten, sich ergänzenden Dimensionen definiert und bei Bewertungsverfahren entsprechend angewandt werden: einerseits als Indikation zur Psychotherapie mit Rekurs auf das zugrunde liegende umfassende individuelle Störungsgeschehen i.S. der Psychotherapie-Richtlinien (Abschnitt A), andererseits im Sinne einer ggf. vorliegenden beobachtbaren oder vom Erscheinungsbild unmittelbar ableitbaren Symptomatik. Zur Vermeidung von Missverständnissen könnte in letzterem Fall statt des Wortes „Indikationsbezug“ der zutreffendere Terminus „Symptombefug“ oder „Symptomgruppenbezug“ verwendet werden.

Auf jeden Fall stößt es auf erhebliche fachliche und rechtliche Bedenken, bei einem Bewertungsverfahren den Begriff „Indikationsbezug“ eindimensional i.S.v.

symptombezogen zu benutzen. Eine solche Einengung findet aber statt, wenn zur Voraussetzung gemacht wird, dass Studien einzelnen ICD-10-Diagnosen zugeordnet sein müssen und sie nur dann als entscheidungsrelevant eingestuft werden.

2. Eignung des Begriffs „Versorgungsrelevanz“

Aufgrund der „*Versorgungsrelevanz*“ psychotherapeutischer Behandlungsformen für die Gesundheitsversorgung hat der Gesetzgeber zur Gewährleistung einer qualifizierten Versorgung mit dem PsychThG gesetzliche Grundlagen geschaffen und gleichzeitig hohe Qualifikationsanforderungen für die approbationsrechtliche Ausbildung der Psychotherapeuten festgelegt. Der G-BA ist bei seiner Prüfung an die bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Normen gebunden. Wenn er untergesetzlich ein – exklusiv nur auf Psychotherapieverfahren anwendbares - Kriterium wie „Versorgungsrelevanz“ einführen und entlang dieses Begriffes das Bewertungsverfahren operationalisieren will, so darf durch diese Operationalisierung nicht eine Neudefinition über das vorgenommen werden, was unter psychotherapeutischer Krankenbehandlung und Psychotherapieverfahren bereits gesetzlich normiert worden ist. Es geht bei der Verfahrensprüfung ja ausdrücklich um die Frage der Eignung für die Versorgung und die Entscheidung, ob etablierte Verfahren Bestandteil der vertraglichen Versorgung bleiben bzw. ob neue Verfahren in die vertragliche Versorgung aufgenommen werden sollen. Die untergesetzliche Einführung eines Scheidekriteriums, mit dem – anstelle der Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben – eine Änderung der geltenden Prüf- und Entscheidungskriterien vorgenommen würde, wäre – nicht zuletzt aufgrund der hohen Legitimationsanforderungen an Entscheidungen, die die Berufswahl und Berufszulassung betreffen – rechtlich nicht haltbar.

Sie würde auch gegen die Ansprüche der Versicherten verstoßen, denen alle geeigneten Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen müssen.

Der Versorgungsbezug ist in § 135 SGB V formuliert und wird durch die G-BA-VO v.a. in §§ 17 und 20 konkretisiert. Dort werden in Abs. 2 qualitativ angemessene Unterlagen gefordert, deren Versorgungsbezug

- mit dem Verweis auf die „patientenbezogenen Endpunkten (z. B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität)“ – Satz 2 -,
- mit dem Erfordernis der Nutzen-Schaden-Abwägung bei Vorliegen qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen – Satz 4 -,
- und mit dem Begründungserfordernis bei Abweichen von Evidenzstufe 1 unter dem Aspekt des Patientenschutzes, verbunden mit einer Abwägung des „potentielle(n) Nutzen(s) einer Methode insbesondere gegen die Risiken der Anwendung – Satz 5 und 6 –

weiter konkretisiert wird.

V.a. § 20 Abs. 3 stellt einen relevanten Versorgungsbezug her, indem „Die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit im Versorgungskontext“ zu erfolgen hat – Satz 1 -, und als Maßstab genannt wird: die bereits „erzielte oder erhoffte Verbesserung der Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung unter Berücksichtigung der mit der Erkrankung verbundenen Einschränkung der Lebensqualität und den besonderen Anforderungen an die Versorgung spezifischer Patientengruppen unter Berücksichtigung der Versorgungsaspekte von Alter, biologischem und sozialem Geschlecht sowie der lebenslagen-spezifischen Besonderheiten“.

Der Bezug auf Lebensqualität und Versorgung spezifischer Patientengruppen in Satz 2 spricht dafür, dass mit der Zulassung eines Psychotherapieverfahrens, in dem Psychotherapeuten vertieft ausgebildet werden und dessen Wissenschaftlichkeit und Eignung zur Krankenbehandlung damit außer Frage steht, eine Diversifikation des Behandlungsangebots erreicht wird, die eine Versorgungsverbesserung mit Folge der Verbesserung der Lebensqualität mit sich bringt (s.u.).

Damit wird auch dem gesetzlichen Gebot (§§ 27 Abs.1, Satz 3, 92 Abs.1. Satz 1 SGB V), die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker zu beachten, Rechnung getragen.

Jedenfalls im Bereich der Psychotherapie bedeutet jede sachgerechte Erweiterung des Behandlungsangebotes eine Erhöhung der Chancen, im Einzelfall eine patienten- und störungsadäquate wirksame Heilbehandlung durchführen zu können.

Der Diversifikation des Angebots an Psychotherapieverfahren ist gemäß § 2 Abs. 3 Satz 1 und in Analogie zu § 34 Abs. 1 Satz 3 SGB V gerade bei psychisch Kranken Rechnung zu tragen.

Es wurden von der BpTK und auf dem Symposium der BpTK am 03.04.06 umfassendere Kriterien der Versorgungsrelevanz dargelegt und begründet. Auch die Beanstandung des Beschlusses der Änderung der PT-Richtlinien durch das BMG vom 15.08.06 verweist auf die BpTK und rügt die Auffassung des G-BA als zu eng, Versorgungsrelevanz lediglich an der Prävalenz festzumachen:

„Eine Rechtsprechung, die zu der vom G-BA zu Grunde gelegten engen Auslegung führt, ist dem BMG nicht bekannt. Auch enthält die Verfahrensordnung des G-BA keinerlei Vorgaben hinsichtlich der an Relevanzkriterien zu stellenden Ansprüche an die Verlässlichkeit und Genauigkeit der zugrunde gelegten Daten. Lediglich für die Bewertung medizinischer Methoden sieht die Verfahrensordnung eine Klassifizierung von wissenschaftlichem Erkenntnismaterial nach Evidenzstufen vor. Aber selbst hier erlaubt die Verfahrensordnung im Falle des Fehlens hoher Evidenzstufen auf qualitativ angemessene Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen zurückzugreifen, ggf. sogar bis auf Evidenzstufe V (z.B. Expertenmeinung). Bei der Bestimmung der Versorgungsrelevanz ausschließlich auf die Häufigkeit (Prävalenz) von Erkrankungen abzustellen, ist aus Sicht des BMG aus diesen Gründen rechtlich nicht haltbar.“¹

Es entspricht einem nicht sachgerechten (qualitativ unangemessenen) und rechtlich nicht haltbaren „Objektivismus“ bzw. einer Verdinglichung des vorzunehmenden Bewertungsvorganges, wenn durch eine Einschränkung auf „objektive Daten“ (hier: objektiv feststellbare Prävalenz) eine fachlich gebotene, allein dem Stand der Wissenschaft angemessene und von Gesetz und Verfahrensordnung geforderte Abwägung umgangen wird (s.u. 5.).

Soweit das sog. „Schwellenkriterium“ Versorgungsrelevanz seine Legitimation aus den Normierungen des SGB V und der Verfahrensordnung abzuleiten hat, erweist sich der vom G-BA aufgeführte Begründungszusammenhang dafür, dass Verfahren genau in drei nach

¹ Der Hinweis des BMG, dass die Verfahrensordnung "lediglich für die Bewertung medizinischer Methoden ..." eine Klassifizierung der Entscheidungsgrundlagen nach Evidenzstufen vorsieht, ist wohl nur so zu verstehen, dass es für Entscheidungen zu Psychotherapieverfahren nicht zuvörderst auf Evidenzstufennachweise, sondern auf einen umfassenden Abwägungsprozess auf der Grundlage vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnisse ankommt.

Prävalenzkriterien festgelegten „Indikationsbereichen“ Wirksamkeiten nachzuweisen haben, als nicht tragfähig.

3. Begrenzte Aussagekraft von Studien mit den Kriterien der Evidenzstufe 1 (RCT-Studien) macht den Einbezug von qualitativ guten Studien mit niedrigerer Evidenzeinstufung zwingend

Die G-BA-Verfahrensordnung § 20 (2), Satz 4 lautet: „Soweit qualitativ angemessene Unterlagen dieser Aussagekraft nicht vorliegen, erfolgt die Nutzen-Schaden-Abwägung einer Methode aufgrund qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen.“ ‚Qualitativ angemessen‘ kann aber nur bezeichnet werden, was die Qualitäten des zu untersuchenden Gegenstandes, hier der Psychotherapie in der Versorgungsrealität, hinreichend erfasst und misst. Das können RCT-Studien mit den im Folgenden beschriebenen Kennzeichen eben nicht in dem Maß, dass sie im Bereich der Psychotherapie zum Goldstandard erhoben werden könnten. Außerdem können die Forderungen des § 20 (2) nach „Unterlagen der Evidenzstufe 1 mit patientenbezogenen Endpunkten (z. B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität)“ im Bereich der Psychotherapie durch die üblichen RCT-Studien ohnehin regelmäßig nicht abgedeckt werden.

Die meisten der vorliegenden Evidenzstufe 1 – Untersuchungen (RCT) weisen folgende Kennzeichen auf:

- Sie werden ganz überwiegend an (Ultra-)Kurztherapien durchgeführt,
- Sie erfordern Manualisierungen, die nur den verallgemeinerbaren Anteil der Störungsgeschehen erfassen können, nicht aber den individuellen, lebensgeschichtlich spezifischen Anteil, auf den die Psychotherapierichtlinien besonders abheben,
- Sie verlangen eine manualisierte Anwendungsform, mit der nie ein Verfahren, sondern nur dem Verfahren zuzuordnende oder von ihm abzuleitende begrenzte Interventionen erfasst werden können,
- Sie weisen ganz überwiegend hohe Patientenselektionen und enge Ausschlusskriterien (mangelnde Berücksichtigung der hohen Komorbidität) und damit auch eine rel. geringe Anwendungsbreite und eine Unterrepräsentanz von schwereren Erkrankungen auf,
- Bei ihnen lässt sich – trotz aller Versuche, sich methodologisch den Pharmaka-Untersuchungen anzunähern - keine einheitliche „Droge“ herstellen (weder innerhalb des verum-Armes wegen Einträgen durch therapeutische Beziehung, noch hinsichtlich Dissemination in die Praxis), keine Doppelverblindung durchführen, eine bias durch Schulung zur Herstellung der treatment integrity im verum-Arm nicht vermeiden.
- Sie sind infolge ihrer monosymptomatischen Ausrichtung nicht geeignet,, die regelhaften Symptomverschiebungen während einer Psychotherapie zu berücksichtigen.

Zusammengefasst sind diese Studientypen regelmäßig nicht geeignet, die komorbiden Psychotherapie-Patienten, die schwerer Erkrankten und fast gar nicht die für unser Versorgungssystem konstitutiv wichtigen Langzeitbehandlungen (für deren Bewertung die Entwicklung geeigneter Studientypen noch aussteht) zu erfassen.

Aufgrund der genannten strukturellen Mängel von Studien der Evidenzstufe 1 in Anwendungsbereichen der Psychotherapie kann diese Einstufung nicht zum wesentlichen Entscheidungskriterium für die Bewertung von Psychotherapieleistungen herangezogen werden.

4. Stellenwert naturalistischer Studien und Bewertung von Studien, die nicht nach ICD 10-Diagnosegruppen selektierte Patientengruppen aufweisen.

In der Psychotherapie-Forschung wird kritisch diskutiert, dass je mehr sich das Gewicht zur Seite der internen Validität (efficacy) der Studien verlagert, desto weniger die externe Validität (effectiveness) gewährleistet ist. Damit wird das wissenschaftliche Dilemma des G-BA-Bewertungsverfahrens deutlich: Der Gewinn an methodisch verlässlicher Ergebniserzeugung (Objektivität des methodischen Vorgehens) wird mit Verlust an Versorgungsrelevanz (zunehmende Entfernung vom Untersuchungsobjekt) erkauft.

Mit strenger kontrollierten Wirksamkeitsnachweisen bewegt man sich somit tendenziell hin zu einem abnehmenden Versorgungsbezug. D.h. die Datenlage für die Beurteilung des Nutzens, der nur bezogen auf die Versorgungsrealität beurteilt werden kann (s. G-BA-Verfahrensordnung), wird dadurch nicht aussagekräftiger, tendenziell sogar weniger aussagekräftig. Zum Beispiel die Untersuchungen von Dührssen von 1965 und 1985, die keine 1b-Kennzeichen erfüllen, aber Nutzen anhand von Patienten-Endpunkten bei langen Katamnesezeiträumen in überzeugender Weise nachweisen, würden bei einer solchen Vorgehensweise völlig ungerechtfertigt unberücksichtigt bleiben oder unterbewertet werden. Für den Nachweis des Nutzens sind aber derartig geeignete naturalistische Studiendesigns mit geringer Patientenselektion, aber auch geringerer Evidenzstufe aussagekräftiger, da sie den Nutzen in der Versorgung glaubwürdiger abbilden können als in ihrem Gegenstandsbezug eingeschränkte RCT-Studien (wie oben dargestellt).

Von daher sind für den Bereich der Psychotherapie entsprechend dem Stand der Wissenschaft Versorgungsstudien angemessener methodischer Qualität mit niedrigerer Einstufung in der Hierarchie der Evidenzstufen zur Beurteilung der Eignung für die Versorgung i.S. der §§17 und 20 G-BA-VerfO bei Verfahrensbewertungen besonders zu beachten und zu gewichten.

5. Fehlende Angemessenheit der Bewertungskriterien unter Versorgungsaspekten

Da die gesamte Versorgungsbreite der Psychotherapie auch künftig niemals durch RCT-Studien je abgegriffen werden kann, wären Überprüfungen zur Anwendungsbreite eines Verfahrens – soweit erforderlich - grundsätzlich nur durch sondierende Überprüfungen möglich. Demgegenüber beinhaltet die entsprechende vom G-BA bzw. der BpTK vorgesehene Operationalisierung für den Nutznachweis, genau in 3 bzw. 4 (der gemäß Prävalenzdaten häufigsten) „Anwendungsbereiche“ (=Diagnosegruppen) RCT-Wirksamkeitsstudien liefern zu müssen, eine Engführung, die – in Abweichung von den Kriterien des § 20 Abs. 2 und 3 der G-BA-VerfO - auf einer Fehlannahme fußt:

Die von RCT-Studien untersuchten Segmente des Störungsspektrums sind aufgrund der notwendigen Ausschlusskriterien (homogene Patientengruppe) schmalbasig. Es kann umso weniger auf einen Nutzen generell für eine gesamte ICD-Diagnosegruppe (z.B. Affektive

Störungen) geschlossen werden, je umfangreicher diese Diagnosegruppe jeweils ist (hohe Prävalenz) und je gegliederter durch Substrukturen sie ist. 3 Studien z.B. in der großen Gruppe der depressiven Störungen können weder eine Repräsentanz bezogen auf die Gesamtgruppe (Affektive Störungen) noch bezogen auf die Subgruppen (rezidivierende Depression, depressive Episode, Dysthymien, chronische Depressionen etc.) abdecken.

Die Einengung auf drei „Indikationsgebiete“ ist, da so die beabsichtigte und unterstellte Abdeckung des größten Teils des Versorgungsspektrums grundsätzlich nicht erreicht werden kann, auch rechtlich nicht haltbar: Das grundsätzliche Verfehlen des angestrebten Zweckes aus sachimmanenten Gründen führt dazu, dass der Ausschluss von Studien anderer Indikationsgebiete als Willkürelement einzuschätzen ist. Solche Studien sind für die Beurteilung der Zulassungseignung zur Versorgung mindestens ebenso aussagekräftig wie Nachweise, die sich z.B. auf die Gruppe der depressiven Störungen beschränken.

Es lässt sich sogar überzeugend und in besserer Übereinstimmung mit fachlichen Gesichtspunkten anführen, dass Studien aus den - vom G-BA überhaupt nicht als bewertungsrelevant behandelten - Diagnosegruppen der Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Belastungsstörungen prinzipiell bedeutungsvoller für die Eignungsbeurteilung einer Psychotherapieleistung sein können als eine Häufung von Studien aus der Gruppe der depressiven Störungen, die wegen der hohen Prävalenz vom G-BA bevorzugt bewertet werden: Die Patienten dieser Diagnosegruppen brauchen oft längere Behandlungen und stellen besondere qualitative Anforderungen an den Behandler. Allein dieser Gesichtspunkt zeigt, dass der Ausschluss von Studien außerhalb der 3 oder 4 nach ausschließlich quantitativen Kriterien als „versorgungsrelevant“ eingestuften Diagnosegruppen ein rechtlich nicht gedecktes Vorgehen (mittels der vorgenommenen Operationalisierung des Kriteriums „Versorgungsrelevanz“) ist.

6. Die Beurteilung ist am Stand der Wissenschaft zu orientieren.

Dr. jur. D. Roters, Leiter der Rechtsabteilung beim G-BA führt hinsichtlich von Empfehlungen des IQWiG aus:

„Gelingt es dem Institut, durch seine Empfehlungen den allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse vollständig abzubilden, bleibt dem G-BA – trotz der gesetzlich bestimmten Unverbindlichkeit der Empfehlung – insoweit kein Bewertungsspielraum; er hat die Empfehlung zu übernehmen, weil er sich andernfalls vom anerkannten Standard entfernen würde.“²

Diese Auffassung ist insofern bedeutungsvoll, als z.B. für die Gesprächspsychotherapie zwar nicht vom IQWiG, aber vom WBP eine Stellungnahme vorliegt, die den Wissenschaftlichen Stand der Wirksamkeitsbeurteilung der GPT ausgearbeitet wiedergibt, die Grundlage für die Entscheidung der zuständigen Landesbehörden war, bundeseinheitlich die Ausbildung von Psychotherapeuten (auch) in dem Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie nach den Vorgaben des PsychThG i.V.m. der PsychTh-APrV vorzusehen. Soweit nun der G-BA bei seiner Feststellung zur Geeignetheit der Gesprächspsychotherapie für die Versichertenversorgung (§ 92 Abs. 6a SGB V) lediglich auf Wirksamkeitsnachweise

² Dr. jur. D. Roters, Siegburg: „Die Bewertung medizinischer Methoden nach der Verfahrensordnung des G-BA“, Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Heft 4/2007, S. 176 ff

zurückgreift – wie er es im GPT-Anerkennungsverfahren de facto gemacht hat – ist er auch inhaltlich an die Feststellungen weitgehend gebunden. Ein Abweichen von den Feststellungen des Wissenschaftlichen Beirats bedürfte des Nachweises schlüssiger Begründungen und der sachlichen Notwendigkeit. Eine solche ist aus dem Bewertungsverfahren nicht ersichtlich.

B. Fragen der Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne

1. Verhältnismäßigkeit im Vergleich zur Einführung eines neuen Medikamentes:

Auch bei der Einführung von neuen Medikamenten kann nicht mit letzter Sicherheit festgestellt werden, ob nicht Nebenwirkungen oder Komplikationsraten in so gravierendem Ausmaß nach wissenschaftlicher Beforschung und Markt-Einführung zur Beobachtung kommen, dass ihre Indikation daraufhin eingeschränkt werden muss oder sie vom Markt genommen werden müssen. Dieser Umstand führt aber nicht dazu, dass neue Medikamente nicht eingeführt werden dürften oder dass sie allein deshalb unwirtschaftlich wären, weil sie i.d.R. erheblich teurer sind als lang eingeführte Medikamente. Auch bei Psychotherapieverfahren muss die Möglichkeit einer breiteren Anwendung eröffnet werden können und eine auf umfassenderer Anwendung beruhende Versorgungsforschung durch sozialrechtliche Zulassung überhaupt erst ermöglicht werden.

2. Verhältnismäßigkeit in Hinsicht auf die Patienteninteressen

Hier ist das Recht der Patienten, mit einem neuen Verfahren und der damit gegebenen erweiterten Wahl im Sinne einer individuellen Passung Patient-Verfahren/Therapeut zu beachten und abzuwägen gegenüber dem Recht auf Schutz vor möglichem Schaden.

In der Psychotherapiewissenschaft ist inzwischen gesichertes Erkenntnis, dass die therapeutische Beziehung den größten Varianzanteil für eine erfolgreiche Behandlung einnimmt. Dieser herausragende Wirkfaktor psychotherapeutischer Behandlung wird bei einem Bewertungsvorgehen auf der Grundlage von RCT-Studien (wie unter A.3. beschrieben) nicht erfasst.

Darauf weisen auch die sachkundigen Patientenvertreter im G-BA aus dem Blickwinkel der Patienten hin (vgl. Seite 2).

Dabei ist davon auszugehen, dass mit der Zulassung eines Psychotherapieverfahrens, das Gegenstand vertiefter Psychotherapeutenausbildung ist, eine wesentliche Diversifikation des Behandlungszugangs und damit eine Verbesserung der Versorgung mit Folge einer Verbesserung der Lebensqualität für die Patienten erreicht wird, die in dem neuen Verfahren eine zu ihnen passende Behandlungsform finden können.

Die Passung zwischen Psychotherapieverfahren und Patient ist teilweise vergleichbar mit der Verträglichkeit eines Medikamentes. Bei neu einzuführenden Medikamenten spielt die Verträglichkeit bzw. die geringere Nebenwirkungsrate bei einer größeren Population eine wichtige Rolle hinsichtlich des zu beurteilenden medizinischen Nutzens. Dadurch werden eine Verbesserung der Compliance und eine Leidensminderung erreicht. Angesichts der Breitenanwendung von Psychotherapieverfahren auf nahezu das gesamte Behandlungsspektrum kommt

diesem Gesichtspunkt der für eine hinreichend große Patientengruppe eröffneten Möglichkeit der verbesserten Passung damit eine wichtige Bedeutung zu.

3. Verhältnismäßigkeit in Hinsicht auf den Stand der Wissenschaft

In der psychotherapeutischen Versorgung werden Verfahren angewandt, wie z.B. die Langzeittherapien, deren Nutzen noch nicht mit Studien der Evidenzstufe 1 nachweisbar sind. Hier sind allgemein wissenschaftlich anerkannte Untersuchungsmethodologien noch nicht so weit entwickelt, dass von allgemein anerkannten Standards gesprochen werden könnte. Dennoch gehören diese Behandlungsformen zum Standard der Versorgung und sind für die bedarfsgerechte Versorgung psychisch Erkrankter konstitutiv.

Dieser Stand der „medizinischen“ Erkenntnisse verbietet in rechtlicher Hinsicht eine Einengung auf Evidenzstufe – 1 – Studien und lässt die entsprechenden Begründungen als sachlich und rechtlich nicht stichhaltig erscheinen, die mit Hinweis auf „Versorgungsrelevanz“ auf derart definierte Studientypen und bestimmte Diagnosegruppen (statt auf die Indikation zur Psychotherapie) einengen.

Darüber hinaus müsste – nach der Verfahrensordnung - bei Nutznachweisen entsprechend § 20 Abs. 2 besonders auf patientenrelevante Endpunkte abgehoben werden. Diese Anforderung erfüllen aber die allerwenigsten Evidenzstufe-1-Untersuchungen. Entsprechend diesem noch unbefriedigenden Stand der Wissenschaft können mit den üblichen RCT-Studien nur Hinweise auf die Wirksamkeit und den Nutzen eines Verfahrens in der Versorgung gewonnen werden. Diese Hinweise können als exemplarische Belege gelten, dürfen aber nicht als objektive Beweise uminterpretiert und im Bewertungsverfahren als einzig entscheidend kanonisiert werden.

In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die Dührssen-Studien hingewiesen, in denen patientenbezogene Endpunkte untersucht wurden, aber eben in einer naturalistischen Untersuchungsmethodik niedrigerer Evidenzeinstufung und ohne Eingrenzung auf eine einzige Diagnosegruppe. D.h. die höchste zur Verfügung stehende Evidenzeinstufung für Psychotherapieleistungen ist demnach unter Versorgungsgesichtspunkten unter der Stufe 1 anzusetzen.

Die Geeignetheit eines Psychotherapieverfahrens für die Versichertenversorgung ist – ungeachtet der Bedeutung der häufig favorisierten Wirksamkeitsnachweise durch RCT-Studien – primär durch Versorgungsstudien zu belegen. Es muss u.E. als sachlich widersprüchlich und logisch inkonsistent angesehen werden, wenn Studien, in denen die Patientenpopulationen nicht vorab einzelnen symptomatisch definierten Diagnosegruppen (wie in der ICD 10 oder im DSM) zugeordnet wurden/werden konnten, mit Verweis auf diese fehlende Selektion unberücksichtigt blieben, zumal die Versorgungsrealität von der Behandlung überwiegend „komorbider“ Patienten geprägt ist.

Versorgungsstudien sollte deshalb ein besonderes Gewicht gegeben werden, da sie in besonderer Weise geeignet sind, Hinweise zum Nutzen des Verfahrens für die Versichertenversorgung bei dessen Umsetzung im Praxisalltag zu geben und dem großen Anteil der psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Patienten gerecht werden, der komorbid Symptome in zwei und mehr Diagnosegruppen aufweist und sich einer befriedigenden Klassifizierung in einer Symptomkategorie entzieht.

Bei der Prüfung neuer Verfahren ist zu berücksichtigen, dass diese bis zur sozialrechtlichen Zulassung von der Regelversorgung ausgeschlossen sind, also solche Versorgungsuntersuchungen kaum vorliegen können. Sie können deshalb nicht als *conditio sine qua non* gefordert werden (das wäre ein Übermaß gegenüber den zugelassenen Richtlinienverfahren). Gleichwohl sind sie bei Vorliegen in angemessener methodischer Qualität besonders hoch zu bewerten.

4. Verhältnismäßigkeit bei Beurteilung der Risiken

Risiken und Nebenwirkungen können vor sozialrechtlicher Zulassung nur begrenzt überprüft werden (wie auch bei Medikamenten). Die vorliegenden Untersuchungen sind darauf zu untersuchen, ob ein vermehrtes Auftreten von Komplikationen, erhöhten drop-out-Raten im verum-Arm, Inkompatibilität bei umrissenen Patientengruppen berichtet wurde. Häufigkeit von Suiziden und Eignung zur Krisenintervention sind weitere Anhaltspunkte.

Bei der Beurteilung dieser Parameter sind die von dem G-BA in den PTR ausgestalteten Regelungen zur vertraglichen Leistungserbringung zu berücksichtigen: Die vorgeschriebene Beurteilung im Gutachterverfahren vor jeder Therapie und bei jedem Verlängerungsschritt minimiert Fehlindikationen und Risiken. Dieser risikomindernde Effekt ist bei der Beurteilung mit zu berücksichtigen.

5. Verhältnismäßigkeit bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

Standardisierte Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung fehlen bisher (wie auch in anderen medizinischen Fachgebieten). Roters nennt auch einen Grund:

„Insbesondere Fragen der Wirtschaftlichkeit sind weder Bestandteil der medizinischen Forschung noch des fachlichen interprofessionellen Austauschs.“²

Da andererseits Wirtschaftlichkeit im Bereich Psychotherapie regelhaft bei jedem Behandlungsfall durch ein obligatorisches Gutachterverfahren überprüft wird, ergeben sich keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit weitergehender Anforderungen als sonst üblich. Die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinien mit Bewilligungsschritten und Behandlungskontingenten gewährleisten darüber hinaus auch, dass Verfahren wirtschaftlich angewendet werden.

Auf keinen Fall erlaubt der Stand der Wissenschaft, aus vergleichenden Untersuchungen zu Interventionen verschiedener Verfahren im Rahmen von RCT-Studien auf geringere Wirksamkeit im Versorgungsalltag zu schließen. Dem steht vor allem entgegen, dass diese Studien weder die Wirkungsweisen eines Verfahren, noch die Anwendungsformen (z.B. Langzeittherapien) noch die symptomunspezifischen Methoden bzw. die Befähigung des Therapeuten zur fallgerechten Gestaltung der Behandlungsmethodik hinreichend abbilden können. Darüber hinaus besteht Übereinkunft, dass selbst bei Medikamenten (und viel mehr gilt das für hoch komplexe Psychotherapieverfahren) eine vergleichende Beurteilung zum Zeitpunkt der Neueinführung nahezu ausgeschlossen ist, vielmehr auch noch Jahre nach Einführung nicht rechtssicher genug gelingt. Dazu noch einmal Roters:

„Haben nämlich zwei Methoden die gleiche Wirksamkeit und ist eine davon teurer oder sind beide gleich teuer, aber eine ist wirksamer, ist die Entscheidung für die teurere oder die weniger wirksame praktisch ausgeschlossen. Nur kommen diese Fälle in der Praxis nicht

vor, wie zwei Methoden nie vollkommen identisch sind, sondern allenfalls vergleichbar und damit z.B. unterschiedliche Nebenwirkungen haben.“²

6. Verhältnismäßigkeit bei der Beurteilung von Untersuchungsergebnissen

An qualitativ angemessene, d.h. dem Untersuchungsgegenstand Psychotherapie in seinen verschiedenen Ausformungen entsprechende Untersuchungsdesigns dürfen keine überhöhten, noch nicht generell realisierbare oder bisher nicht realisierte Anforderungen an z.B. interner Validität oder Kombinationen von qualifizierenden Kriterien gestellt werden. Für die Prüfung neuer Verfahren gilt darüber hinaus, dass die Anforderungen nicht höher angesetzt werden dürfen, als sie von den bereits zugelassenen Verfahren erfüllt werden können. Dies gilt insbesondere für naturalistische Studientypen, die sich eher zur Beurteilung der outcomes von Langzeittherapien eignen.

Andererseits darf auch weder für die etablierten noch für neue Psychotherapieleistungen ein Übermaß an Anforderungen dergestalt an ältere Untersuchungen gestellt werden, dass die Erfüllung von Kriterien verlangt wird, die zum Zeitpunkt der Untersuchung noch gar nicht als allgemeiner wissenschaftlicher Standard konsentiert waren.

Grundsätzlich ist unter Aspekten der Verhältnismäßigkeit eine Abwägung vorzunehmen, die, soweit keine Hinweise vorliegen auf das Untersuchungsergebnis substantiell verzerrende methodische Mängel (die den Wirksamkeits- oder Nutznachweis als ganzes in Frage stellen) eine realistische Abschätzung der Aussagekraft beinhaltet.

7. Verhältnismäßigkeit hinsichtlich der Freiheit der Berufsausübung

Anders als bei umgrenzten medizinischen Diagnostik- oder Behandlungsmethoden hängt von der sozialrechtlichen Zulassung als Behandlungsverfahren ab, ob überhaupt ein Verfahren zur vertieften Ausbildung gemäß PsychThG gelehrt und gelernt werden kann. Damit sind wesentliche Aspekte der Berufszulassung und –ausübung berührt. Inwieweit diese Besonderheiten auch eine Einschränkung der Entscheidungskompetenzen des G-BA bei der sozialrechtlichen Zulassung im Gefolge haben, wird wohl erst gerichtlich geklärt werden. Unabhängig davon sind aus inhaltlichen Erwägungen heraus folgende Gesichtspunkte u.E. relevant:

Da ein Psychotherapieverfahren, das vom WBP die wissenschaftliche Anerkanntheit für das gesamte Anwendungsspektrum bestätigt bekommen hat und von den Länderbehörden zur vertieften Ausbildung zugelassen wurde, nur dann diese Ausbildung als Vertiefungsverfahren überhaupt anbieten kann, wenn eine sozialrechtliche Zulassung ausgesprochen wird (s. das BSG-Urteil zu den ermächtigten Ausbildungsinstituten vom 10.12.03), sind hohe rechtliche Legitimationsanforderungen an die Entscheidungsgründe anzulegen: Es müssten in einer Beweislast-Umkehr gravierende Hinweise und berechtigte Bedenken hinsichtlich der Eignung für die Anwendung im GKV-System geltend gemacht werden können. Diese Bedenken könnten hypothetisch sich darauf beziehen, dass die Entscheidung der Landesbehörden oder das dem ggf. zugrunde liegende Gutachten des WBP nachweislich grob fehlerhaft war oder dass bei Prüfung der nicht die Wirksamkeit betreffenden Beurteilungsaspekte des G-BA nach der G-BA-VerfO (wie Risiken, Wirtschaftlichkeit) eindeutig belastende Befunde erhoben werden konnten.

C. Alternativvorschläge zum bisher angewandten Bewertungsverfahren

Unbeschadet der gerichtlich zu klärenden Frage, welche Entscheidungskompetenzen dem G-BA bei zur vertieften Ausbildung zugelassenen Psychotherapieverfahren zukommen, erscheint statt der vorgenommenen „objektivistischen“ Operationalisierung der Verfahrensbewertung durch den G-BA u.E. als Alternative folgendes Vorgehen legitimiert und sachlich angemessen:

Die Ergebnisse des WBP zur Frage der wissenschaftlichen Anerkanntheit von Psychotherapieleistungen werden bei der Überprüfung des Nutzens durch den G-BA als Nachweis der Wirksamkeit übernommen.

Eine rechtlich gebotene gesonderte Ermächtigung des G-BA zur Überprüfung nach Nutzenaspekten vorausgesetzt, müsste dieser unter Versorgungsaspekten zusätzlich weniger hoch EbM-eingestufte Unterlagen mit versorgungsrelevanten Ergebnissen verstärkt einbeziehen, d.h.- statt die methodologischen (interne Validität) Anforderungen zu verschärfen – vom WBP unter methodologischen Gesichtspunkten nicht ausreichend valide beurteilte und nicht einbezogene Untersuchungen noch einmal zu überprüfen unter dem Gesichtspunkt darin ggf. dennoch abgebildeter versorgungsrelevanter Nutzenaspekte.

D. Vorschläge für eine sachgerechte Bewertung von Psychotherapieleistungen

Das Bewertungsverfahren dient der Feststellung, ob die Psychotherapieleistung die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien erfüllt.

Zu diesem Zweck nimmt der G-BA nach § 20 G-BA-VerfO eine „Gesamtbewertung im Versorgungskontext“ vor, mit der der anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse zu Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (§§ 27 Abs.1., 135 Abs.1 SGB V, § 16 G-BA-VerfO) festgestellt werden soll.

Soweit der G-BA die Überprüfung von Psychotherapieleistungen nach Nutzenaspekten vornimmt, müsste sie unter Versorgungsaspekten Unterlagen aller Evidenzstufen mit versorgungsrelevanten Ergebnissen verstärkt einbeziehen, d.h. auch Untersuchungen berücksichtigen, deren interne Validität als nicht ausreichend beurteilt wurde, die unter dem Gesichtspunkt darin ggf. dennoch abgebildeter versorgungsrelevanter Nutzenaspekte aber beachtenswert sind.

Die Verfahrensbewertung verlangt ein Prüfvorgehen mit besonderer Umsicht und abwägender Vernunft. Eine Abwägung ist dabei nicht nur nicht zu umgehen, sondern aufgrund der hohen Komplexität und der zu beachtenden zahlreichen interagierenden Dimensionen des Beurteilungsgegenstandes unumgänglich erforderlich.

Auch mit Blick auf die Gründe und den Nutzenbericht, auf die der G-BA seinen Beschluss von 21.11.06 zur GPT stützt, halten wir folgende Merkmale einer Bewertung von Psychotherapieleistungen für sachgerecht:

I. Kriterien zur Feststellung der Geeignetheit von Psychotherapieleistungen

1.

Bei der Bewertung müssen Wirksamkeit und Nutzen unterschieden werden.

Eine Bewertung, die sich auf aus RCT-Studien gewonnene Wirksamkeitsnachweise beschränkt, würde dem Prüfgegenstand und dem notwendigen Abwägungsprozess nicht gerecht werden. Für die erforderliche versorgungsorientierte Nutzenbewertung müssen alle aussagekräftigen Quellen in Betracht gezogen werden. Erkenntnisse zur Stabilität von Behandlungsergebnissen sind besonders zu gewichten.

2.

Medizinisch notwendig ist eine Psychotherapieleistung, wenn sie geeignet ist, Krankheit zu erkennen, zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Die medizinische Notwendigkeit einer Psychotherapieleistung kann nicht mit der Begründung verneint werden, die Versorgung der Patienten sei durch die bisher in den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Leistungen gewährleistet; denn die therapeutische Notwendigkeit von Behandlungsalternativen ist gerade für die Versorgung psychisch Kranker unter dem Aspekt der Passung wissenschaftlich unstrittig.

3.

Bei festgestelltem Nutzen und medizinischer Notwendigkeit ist die **Wirtschaftlichkeit** der Anwendung durch entspr. Regelungen (Regelung des Näheren; § 92 Abs. 6a SGB V) zu gewährleisten.

4.

Das in den PTR niedergelegte Erfordernis der „**Erweiterung oder Verbesserung**“ der **Versorgung** ist erfüllt, wenn die medizinische Notwendigkeit (s.o.) festgestellt ist.

Die Forderung einer Überlegenheit neuer Leistungen gegenüber bereits eingeführten Leistungen ist in der Psychotherapie sachwidrig, weil alternativen Behandlungsangeboten im Interesse der passgerechten Versorgung psychisch Kranker besondere Bedeutung zukommt. Eine absolute Vergleichbarkeit ist darüber hinaus nicht realisierbar, weil jedes Verfahren (wie jedes Medikament) spezifische Stärken und Problempotentiale aufweist und jedes der verglichenen Verfahren unterschiedlich gut durch das jeweils gewählte Untersuchungsdesign erfasst und abgebildet wird.

II. Zur Berücksichtigung von Unterlagen

1.

Prüfgegenstand des G-BA muss das methodische Anwendungsspektrum eines Verfahrens sein, wie es im beruflichen Kontext der Psychotherapie - ggf. auch durch WBP-Gutachten - definiert ist.

2.

Nachweise zum Nutzen bzw. zu möglichen Schadenswirkungen einer psychotherapeutischen Behandlungsform müssen unabhängig davon berücksichtigt werden, welche

Patientenaltersgruppen in die Untersuchungen einbezogen waren; denn eine Beschränkung auf bestimmte Altersgruppen würde Erkenntnisquellen zur Beurteilung ausschließen.

3.

Angesichts der sektorübergreifenden Tragweite der Bewertung für den ambulanten und stationären Sektor müssen Belege zum Nutzen und zur Wirksamkeit aus der stationären und aus der ambulanten Versorgung in gleicher Weise berücksichtigt werden.

Studienergebnisse aus stationärem Setting mögen im Einzelfall nur eine eingeschränkte Aussagekraft über Wirksamkeit und Nutzen des Psychotherapieverfahrens im Rahmen einer stationären „Komplexbehandlung“ entfalten. Wenn aber eine Mehrzahl von Studien mit unterschiedlichen Komponenten der „Komplexbehandlung“ und konstant eingesetztem Psychotherapieverfahren regelmäßig befriedigende Behandlungsergebnisse aufweisen konnte, so lässt das auf die Eignung des Psychotherapieverfahrens schließen und ist daraus ein Hinweis für den Nutzen abzuleiten.

Auch hier ist eine abwägende Zusammenschau erforderlich (das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile), um zu einer sachgerechten Bewertung zu kommen.

4.

Verfügbare Erkenntnisse müssen unabhängig von ihrer Veröffentlichung oder dem Ort ihrer Veröffentlichung – ggf. durch Kontakt mit den Autoren (s. Vorgehensweise des IQWiG) - berücksichtigt werden. Eine Einschränkung nur auf in Fachzeitschriften publizierte Veröffentlichungen stellt eine unzulässige Einschränkung dar.

5.

Untersuchungen und Veröffentlichungen müssen auch dann auf Hinweise zum Nutzen bzw. zu möglichen Gefahren geprüft werden, wenn einzelne methodische Anforderungen unbefriedigend erfüllt werden konnten.

Es ist zu berücksichtigen, dass gerade bei psychotherapeutischen Leistungen – v.a. bei den für die bundesrepublikanische Versorgungsrealität typischen Gutachter-geprüften Langzeitbehandlungen – der Untersuchungsgegenstand selbst bisher nicht erlaubt, alle zu wünschenden methodischen Anforderungen der internen und externen Validität in einer Studie gleichzeitig befriedigend zu erfüllen: Versorgungsstudien (die hiesige Versorgungsrealität betreffend) können per se nicht die an experimentelle Studien heranzuführenden methodischen Anforderungen der internen Validität erfüllen, in experimentellen Studien können nicht die in Versorgungsstudien gegebenen Bedingungen (Untersuchung von Anwendungsformen unter Praxisbedingungen – effectiveness) gleichermaßen adäquat realisiert werden.

„The whole world in one design“ ist in der Psychotherapie eine nicht erfüllbare Anforderung.

6.

Zur Bewertung müssen Nachweise auf den unterschiedlichen Evidenzstufen berücksichtigt werden.

Die Prüfung des Nutzens einer Psychotherapieleistung kann nicht auf Belege aus Vergleichsstudien eingengt werden, d.h. auch Nachweise auf den Evidenzstufen 3 bis 5 der G-BA-VerfO müssen berücksichtigt werden.

Nutzenhinweise können sich auf allen Evidenzstufen finden; eine Einengung auf Studien der Evidenzstufe 1 wäre nicht sachgerecht.

Nutzennachweise mit konkretem Versorgungsbezug sind regelmäßig auf Evidenzstufen unter 1 angesiedelt, können aber zur Feststellung des Nutzens mehr beitragen, als reine Wirksamkeitsstudien an artifiziell gebildeten Populationen (s. Dührssen, s. Therapiewechsler-Studie).

Zu berücksichtigen sind auch Unterlagen der Evidenzstufe V (§ 18 Abs. 3 G-BA-VerfO), also „Einzelmeinungen ohne eigenes empirisches Material“. Kasuistiken, die dieser Evidenzstufe zuzuordnen sind, können mit ihren patientenbezogenen Endpunkten zur Beantwortung der Frage nach dem Nutzen einer Psychotherapieleistung wesentlich beitragen.

7.

Alle Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten, die internationalen HTA-Kriterien und den Anforderungen des IQWiG genügen, können besonders geeignet für die Nutzenbewertung sein.

8.

Bei der abwägenden Bewertung kommt den Stellungnahmen aus der Wissenschaft und Praxis insbesondere zur Feststellung des Nutzens in der Versorgung eine eigenständige Bedeutung zu.

Deshalb ist es – wie in § 16 Abs. 2 G-BA-VerfO vorgesehen – erforderlich, im Rahmen der abwägenden Beurteilung die Stellungnahmen der weiteren Bewertung zugrunde zu legen und nicht nur als Fundstelle für wissenschaftliche Studien anzusehen.

Die Bedeutung der Stellungnahmen für die Gesamtbewertung wird auch von dem Bundessozialgericht (B 1 KR 18/01 R; 19.02.2003) betont. Danach ist die Feststellung, ob ein begründeter Konsens in der Fachöffentlichkeit besteht, maßgebliche Grundlage für Beschlüsse zur Erweiterung des Leistungsspektrums.

Abschließend sei noch einmal betont, dass die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin bei der Verfahrensbewertung nicht dazu funktionalisiert werden dürfen, dass mit der Verpflichtung auf eine – in sich nicht widerspruchsfreie und den Untersuchungsgegenstand Psychotherapie auch auf weitere Sicht nur unbefriedigend und partiell erfassende – Untersuchungsmethodik der Untersuchungsgegenstand „Psychotherapieleistungen“ selbst dieser Methodik untergeordnet und ihr nach Art des Prokrustes-Bettes angepasst wird. Eine solche Veränderung des Bewertungsgegenstandes im Sinne der Herstellung eines selbstreferenziellen Systems hätte absehbar eine massive Verschlechterung der Versorgung durch Beseitigung fachlich begründeter Differenzierungen des Versorgungsspektrums zur Folge.

Praktizierte evidenzbasierte Medizin realisiert sich nach einhelliger Lehrmeinung in dem Dreiecksverhältnis von klinischer Expertise der Behandler – wissenschaftlichen Erkenntnissen – Patientenpräferenz. Diese drei Aspekte sind nicht hierarchisiert, sie werden in einer gleichberechtigten Wechselwirkung gesehen.

Deshalb ist es erforderlich, die in den Stellungnahmen aus der Praxis niedergelegte klinische Expertise bei dem abwägenden Entscheidungsprozess gewichtend zu berücksichtigen und vorliegende Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit in die Beurteilung einzubeziehen.

Unterschiedliche fachliche und rechtliche Positionen zur Zuständigkeit für Berufswahlregelungen im Psychotherapeutenrecht

Zu der Reichweite der Entscheidungskompetenz des G-BA zur Anerkennung von Psychotherapieverfahren für die vertragliche Versorgung werden rechtlich und fachlich divergierende Auffassungen vertreten. Es sind verschiedene Rechtsverfahren anhängig, die (auch) diese Frage zum Gegenstand haben. Rechtskräftige Urteile liegen noch nicht vor.

Nachfolgend konkretisieren die zeichnenden Verbände wichtige fachliche und rechtliche Positionen zu dieser Frage.

1. Verzahnung des psychotherapeutischen Berufsrechts mit dem Sozialrecht

Über das als Artikel-Gesetz gefasste Psychotherapeutengesetz hat der Gesetzgeber das psychotherapeutische Berufs- und Sozialrecht verzahnt, indem er sozialrechtliche Bestimmungen mit berufsrechtliche Bestimmungen verbindet:

- Nach den gesetzlichen Bestimmungen wird der Psychotherapeut in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren (§ 1 Abs.3 PsychThG) vertieft ausgebildet (§ 8 Abs.3 Nr.1 PsychThG). Die sozialrechtliche Fachkunde (§ 95c Satz 2 SGB V) bezieht sich auf „*die der Approbation zugrundeliegende Ausbildung*“, die Voraussetzung für die Teilnahme an der vertraglichen Versorgung ist.
- Die berufliche Ausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten ist über die Ermächtigung der Ausbildungsstätten-Ambulanzen (§ 117 Abs. 2 SGB V) mit dem Sozialrecht verbunden.
- Der Fachkundenachweis erfordert, dass die vertiefte Ausbildung "in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannten Behandlungsverfahren" erfolgt ist (§ 95c SGB V).
- § 92 Abs. 6a SGB V bestimmt, dass der G-BA „*das Nähere über die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren*“ zu regeln hat.
- Die vertiefte Ausbildung schließt obligatorisch mindestens 600 Stunden Patientenbehandlungen ein.

Nach der gesetzlichen Regelung sind damit alle Psychotherapieverfahren zur Krankenbehandlung geeignet, in denen kraft staatlicher Anerkennung Psychotherapeuten vertieft ausgebildet werden.

2. Grundrechtsanspruch der Psychotherapeuten

Die Entscheidung, ob ein Psychotherapieverfahren als Richtlinienverfahren anerkannt bleibt oder anerkannt wird, hat – wie der G-BA ausgeführt hat - den „Charakter einer Berufswahlregelung“, indem damit über die Zulassung derjenigen zur Vertragspsychotherapeutentätigkeit entschieden wird, die in diesem Verfahren vertieft ausgebildet sind und denen auf dieser Grundlage die Approbation erteilt wird.

Berufswahlregelungen unterliegen dem Vorbehalt nach Art 12 Abs. 1 GG, wobei auch der Gesetzgeber an die hohen verfassungsrechtlichen Anforderungen für solche Regelungen gebunden ist.

Zur Zuständigkeit für die „Berufswahlregelung“ werden unterschiedliche Auffassungen vertreten:

- Die BPtK geht vor dem verfassungsrechtlichen Hintergrund davon aus, dass dem G-BA die gesetzliche Ermächtigung zu Beschränkungen der Berufswahl fehlt, ihm aber die Kompetenz zur Regelung der Berufsausübung zukommt:

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

(BPtK-Stellungnahme vom 04.04.2006 zu dem Beschlussentwurf zur Änderung der Psychotherapierichtlinien)

- Der G-BA will ein psychotherapeutisches Verfahren, das zur vertieften Ausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten zugelassen ist, nur dann als ein „zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren“ (§ 92 Abs. 6a Satz 1 SGB V) ansehen, wenn er dem Verfahren eine (qualitativ und quantitativ noch unbestimmte) „breite Versorgungsrelevanz“ zuspricht (beanstandeter PT-R-Änderungsbeschluss vom 20.06.2006).

Andernfalls sollen approbierte Psychotherapeuten nach der vertieften Ausbildung in einem vom G-BA als nicht hinreichend versorgungsrelevant angesehenen Psychotherapieverfahren keinen Zugang zur Vertragspsychotherapeutentätigkeit erhalten; das eigenständige, von anderen Verfahren in Theorie, Störungslehre und Behandlungsmethodik abgegrenzte Ausbildungsverfahren soll in diesem Fall zu einer „Methode“ der einem anderen Paradigma verpflichteten Richtlinientherapeuten umdefiniert werden.

- Das BMG geht in der Beanstandung des G-BA-Beschlusses vom 20.6.2006 von einem G-BA-Recht zur Eignungsprüfung von „neuen“ Psychotherapieverfahren aus, stellt aber in Zusammenhang mit der Beanstandung des an der Prävalenz ausgerichteten Scheidekriteriums „Versorgungsrelevanz“ auch fest:

„Auch enthält die Verfahrensordnung des G-BA keinerlei Vorgaben hinsichtlich der an Relevanzkriterien zu stellenden Ansprüche an die Verlässlichkeit und Genauigkeit der zugrunde gelegten Daten. Lediglich für die Bewertung medizinischer Methoden sieht die Verfahrensordnung eine Klassifizierung von wissenschaftlichem Erkenntnismaterial nach Evidenzstufen vor. Aber selbst hier erlaubt die Verfahrensordnung im Falle des Fehlens hoher Evidenzstufen auf qualitativ angemessene Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen zurückzugreifen, ggf. sogar bis auf Evidenzstufe IV (z. B. Expertenmeinungen).“

- Der Gesetzgeber hat die Fachkunde der Psychotherapeuten aus verfassungsrechtlichen Gründen selbst definiert (BtDrs. 13/9212 zu § 95c Satz 2 SGB V) und zwar durch die geregelte Ausbildung für das Spektrum der Psychotherapieindikation (§ 4 Abs. 5 PsychTh-AprV), das der Psychotherapieindikation nach Abschnitt A Psychotherapie-Richtlinien entspricht.

Die maßgebliche Begründung für den geltenden Gesetzestext ist in der BT-Drs. 13/9212 vom 25.11.1997 niedergelegt. Danach hat der Gesetzgeber ausdrücklich als "wesentliche" Änderung gegenüber dem Entwurf vom 24.06.1997 (BT-Drs. 13/8035) am 25.11.97 in der BT-Drs. 13/9212 festgehalten:

"Regelung des Fachkundenachweises und des Sockels für die Ermächtigung zur Nachqualifikation im Gesetzestext anstelle des Verweises auf die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen"

und hat das zu § 95c Satz 2 SGB V wie folgt konkretisiert:

„Der Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen sah vor, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Einzelheiten des Fachkundenachweises in Richtlinien zu regeln habe. Um verfassungsrechtlichen Bedenken Rechnung zu

tragen, werden die Voraussetzungen für den Fachkundenachweis im Gesetz definiert.“ (BT-Drs. 13/9212)

Das vom G-BA zur Stützung seiner mit dem beanstandeten Beschluss vom 20.06.06 beabsichtigten Kompetenzzuschreibung für Berufszugangsregelungen herangezogene BSG-Urteil vom 31.08.2005 betrifft lediglich die Fachkundeerkennung nach dem Übergangsrecht:

„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.“

BSG, Urteil vom 31.8.2005, B 6 KA 68/04 R

Eine Ermächtigung des G-BA, selbst den Fachkundenachweis inhaltlich zu bestimmen und untergesetzliche berufswahlregelnde Bestimmungen zu erlassen, lässt sich daraus nicht ableiten. Das BSG-Urteil bestätigt lediglich, dass der Gesetzgeber zur Sicherung der Strukturqualität der Psychotherapeuten auf die vorgefundenen Regelungen in den Psychotherapie-Richtlinien verweisen durfte.

Die Strukturqualität der Fachkunde, die vorgeseztlich durch den G-BA definiert werden durfte und musste, ist durch die gesetzlichen und qualitativ höherwertigen Ausbildungs-Vorgaben abgelöst wurden.

Für die regelhaft Approbierten sind die berufsrechtlichen vertieften Ausbildungen maßgebend, an die § 95c SGB V anknüpft.

3. Bewertung unterschiedlicher Psychotherapieleistungen

Der G-BA will für die unterschiedlichen Psychotherapieleistungen „Behandlungsverfahren“, „Methoden“ und „Techniken“ in identischer Weise symptombezogene Wirksamkeitsnachweise prüfen.

Die vom G-BA beabsichtigte sozialrechtliche Auflösung von Psychotherapieverfahren in Teilbereiche ihres Anwendungsspektrums könnte dem Gegenstand nicht gerecht werden, weil ein Behandlungsverfahren, dass von den dafür qualifizierten

Psychotherapeuten durch fallgerechte Behandlungsmethodik zur Anwendung gebracht wird, durch eine symptombezogene Bewertung allenfalls fragmentarisch erfassbar ist.

Behandlungsverfahren, die als Vertiefungsverfahren zugelassen sind und mit deren sozialrechtlicher Anerkennung das Recht auf Berufszulassung verbunden ist, gelten nach der gesetzlichen Regelung für die Behandlung im Gesamtspektrum der Psychotherapieindikation als geeignet (so auch der G-BA; s. unter 4.). Der G-BA hat aber in seine Verfahrensordnung die Leistungsform „Behandlungsverfahren“ (§§ 95c Satz 2, 117 Abs.2 iVm 92 Abs. 6a SGB V), die den Psychotherapie-Richtlinien entlehnt ist und mit dem Psychotherapeutengesetz als gesetzlicher Leistungsbegriff in das SGB V neu eingeführt wurde, nicht aufgenommen, sondern den untergesetzlichen Begriff „Behandlungsformen“ (B I. PTR) benutzt. Auf diese Weise werden „Verfahren und Techniken“ (B I.4 PTR) gleichgesetzt und der gesetzlichen Leistungsform „Behandlungsmethoden“ zugeordnet. Damit wird die psychotherapeutenrechtlich statusrelevante Bedeutung der „Behandlungsverfahren“ aus der Bewertungsperspektive der G-BA-Verfahrensordnung ausgeschlossen.

Die Bewertung von symptombezogenen Methoden und Techniken durch den G-BA konkretisiert bzw. erweitert dagegen lediglich das Leistungsspektrum der bereits zugelassenen Psychotherapeuten und den Leistungsanspruch der Versicherten.

Der Zusammenhang zwischen dem psychotherapeutischen Ausbildungs- und Berufsrecht, dem Fachkunderwerb und der Psychotherapie-Durchführungsgenehmigung würde mit einer Bewertung anhand einer Vielzahl isolierter Symptome oder Symptomgruppen aufgehoben.

Die krankensicherungsrechtliche Verschiedenheit von „Behandlungsverfahren“ einerseits und „Methoden/Techniken“ andererseits ist in folgender Gegenüberstellung verdeutlicht:

Methoden/Techniken	Verfahren
1. Bewertung nach § 135 SGB V	Aufnahme in die PTR nach § 92 Abs. 6a iVm § 95c SGB V aufgrund der berufsrechtlichen Zulassung zur vertieften Ausbildung
2. Ergänzt die Berufsausübung zugelassener Behandler und konkretisiert die Versichertenansprüche	Begründet den Status Arztregister-eintrag/Zulassung Erweitert die Therapeutenwahlmöglichkeiten der Versicherten

3.

Ausübungsberechtigung gebunden an Nachweis der vom G-BA zu beschließenden Qualifikationsanforderungen

Anforderungen an Qualifikation sind gesetzlich definiert

4.

Methoden im EBM gesondert als Einzelleistungen aufgeführt.

Beispiele:

Kleiner urologischer operativer Eingriff
Übende Verfahren (AT)

Verfahren Im EBM einheitlich für die Behandlung aller Symptomausprägungen seelischer Krankheit (PT-R Abschnitt D) festgelegt

Beispiele:

Verhaltenstherapie
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

4. Ausbildung und Sozialrecht

Die Entscheidung, in welchen Psychotherapieverfahren Psychotherapeuten vertieft ausgebildet werden können, obliegt den zuständigen Landesbehörden.

Die Landesbehörden, die über den Aspekt der wissenschaftlichen Anerkanntheit eines Psychotherapieverfahrens hinaus, für den sie sich in Zweifelsfällen auf WBP-Gutachten stützen sollen, auch die Belange des Gemeinwohls zu vertreten haben, können eine staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten nur aussprechen, wenn in einem Psychotherapieverfahren vertieft ausgebildet wird, das zur psychotherapeutischen Behandlung geeignet ist, so dass die Patienten in den Ausbildungsstätten-Ambulanzen darauf vertrauen dürfen, gemäß den hohen Qualitätsanforderungen des Psychotherapeutenrechts lege artis behandelt zu werden.

Die Ambulanzen von staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten werden auf Antrag krankenversicherungsrechtlich ermächtigt, so dass die Behandlung von GKV-Versicherten von den Kassen bezahlt wird. Das BSG hat festgestellt, die Ausbildungsverpflichtung einer Ausbildungsstätte nach § 6 PsychThG könne ohne die Ermächtigung nach § 117 Abs. 2 SGB V nicht erfüllt werden (BSG, Urteil vom 10. 12. 2003 - B 6 KA 56/ 02 R, Abs. 16). Die Ermächtigung setzt allerdings voraus, dass der Bundesausschuss für das Vertiefungsverfahren die erforderlichen Regelungen in den Psychotherapie-Richtlinien getroffen hat.

Eine Nichtanerkennung von Vertiefungsverfahren der Psychotherapeutenausbildung als Richtlinienverfahren hätte zur Folge, dass die Nachwuchsausbildung verhindert wird, so dass wesentliche Ziele des PsychThG in's Leere gehen.

5. Die Geeignetheit von Psychotherapieverfahren für die Versorgung

Im Kontext der gesetzlichen Einbeziehung von Psychotherapeuten in die vertragliche Versorgung stellen „die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren“ (§ 92 Abs. 6a Satz 1 SGB V) das maßgebliche Bindeglied zwischen Berufs- und Sozialrecht dar. Der Bundesgesetzgeber ist seiner verfassungsrechtlichen Pflicht nachgekommen, die berufszugangsrechtlich maßgebenden Entscheidungen im Gesetz zu treffen, indem er den Bundesausschuss verpflichtet hat, „*das Nähere über die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren*“ zu regeln (§ 92 Abs. 6a Satz 1 SGB V). Diese Regelung des Näheren zur vertraglichen Psychotherapieausübung ist erforderlich, um die - berufsrechtlich unbeschränkten - Leistungsumfänge auf ein krankenversicherungsrechtlich verantwortbares Maß (Wirtschaftlichkeitsgebot) zu begrenzen und - berufsrechtlich nicht obligatorische - Qualitätssicherungsvorkehrungen zu treffen (z.B. Begutachtungsverfahren).

Der G-BA geht davon aus,

„dass sowohl dem Verfahrensbegriff des Psychotherapeutengesetzes als auch demjenigen des SGB V das Verständnis eines für die psychotherapeutische Behandlung von Krankheiten ausreichend breiten Versorgungsansatzes zugrunde liegt“.

Mit dem Erwerb der Approbation sei 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.

„Diese Grundsätze prägen das Selbstverständnis heilkundlicher psychotherapeutischer Berufsausübung mit Bindungswirkung auch für die Bewertung und Erbringung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren im Regelungskontext des SGB V. Dies ergibt sich bereits daraus, dass das SGB V keine Regelungen zum psychotherapeutischen Verfahrensbegriff enthält, die auf eine andere Betrachtungsweise schließen lassen könnten. Vielmehr ist aufgrund der Identität der Begrifflichkeiten anzunehmen, dass das SGB V im Einklang mit dem Psychotherapeutengesetz insoweit von den gleichen Grundsätzen ausgeht.“¹

Die rechtsbereichsübergreifende Identität des Verfahrensbegriffes bestätigt die ungeteilte Eignung eines Vertiefungsverfahrens der Psychotherapeutenausbildung für die Krankenbehandlung.

¹ Schreiben des G-BA vom 12.01.07 an das BMG, (veröffentlicht auf der G-BA-homepage als Ergänzung zu dem - beanstandeten - PTR-Änderungsbeschluss vom 20.06.06)

Zusammenfassung:

Der G-BA ist ermächtigt und verpflichtet, für die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren das Nähere zu deren vertraglicher Ausübung zu regeln (§ 92 Abs. 6a SGB V).

Die Geeignetheit eines Vertiefungsverfahrens zur Krankenbehandlung ergibt sich aus folgendem:

- die Feststellung der wissenschaftlichen Anerkanntheit des Verfahrens; sie impliziert, dass das Verfahren nach verbreiteter wissenschaftlicher Beurteilung als wirksam gilt.
- die Entscheidung der nach § 10 PsychThG zuständigen Landesbehörden, das Verfahren zur vertieften Psychotherapeuten-Ausbildung zuzulassen
- die Erteilung der Approbation nach vertiefter Ausbildung, die u.a. mindestens 6 Patientenbehandlungen mit dem Verfahren der vertieften Ausbildung mit mindestens 600 Stunden im Gesamt-Spektrum der Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, einschließt
- die rechtsbereichübergreifende Geltung des gesetzlichen Begriffes Behandlungsverfahren.
