

Tragende Gründe
des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Beschluss
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien:
Ergebnis des Bewertungsverfahrens über die
Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen

Vom 24. April 2008

Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	4
1.1	Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	4
1.2	Zum Verhältnis von wissenschaftlicher Anerkennung i.S.d. § 1 Abs.3 PsychThG und sozialrechtlicher Bewertung psychotherapeutischer Verfahren gemäß § 92 Abs.6a i.V.m. § 135 Abs.1 SGB V	5
1.3	Grundrechtsrelevanz der Anerkennung / Nichtanerkennung neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren	5
1.4	Beanstandung des Beschlusses zur Gesprächspsychotherapie vom 21. November 2006	7
1.5	Änderung der Rechtsgrundlagen: Beschluss des G-BA zur Neufassung von Schwellenkriterium und Definition von Verfahren, Methoden und Techniken vom 20. Dezember 2007	7
1.6	Gleichbehandlungsgrundsatz	7
2.	Eckpunkte der Entscheidung	11
2.1	Einleitung des Bewertungsverfahrens	11
2.2	Grundlagen der Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie	12
2.3	Operationalisierung des Beratungsgegenstandes	13
2.3.1	Begriffsabgrenzung	13
2.3.2	Beschränkung der Bewertung der Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf die Anerkennung als neues psychotherapeutisches Behandlungsverfahren zur Behandlung von Erwachsenen	16

2.4	Nutzen und medizinische Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen	18
2.4.1	Systematische Literaturrecherche	19
2.4.2	Weiteres methodisches Vorgehen einschließlich update 2007	20
2.4.3	Berücksichtigung von Expertenmeinung	21
2.4.4	Zusammenfassung der Evidenz zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen	21
2.4.5	Update der Evidenzlage Oktober 2007	23
2.5	Notwendigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung	24
2.6	Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung	26
2.7	Abwägung und Prüfung anhand der Kriterien in B I. 3 Psychotherapie-Richtlinien	28
2.7.1	Abwägung und Prüfung anhand der Kriterien in B I. 3 Psychotherapie-Richtlinien (gültig bis 20. März 2008) ohne Berücksichtigung von §135 SGB V und der Verfahrensordnung	29
2.7.2	Abwägung und Prüfung anhand der Psychotherapie-Richtlinien (gültig bis 20. März 2008) unter Berücksichtigung von §135 SGB V und der Verfahrensordnung	32
2.7.3	Abwägung und Prüfung anhand der Schwellenkriterien in B I. 3 Psychotherapie-Richtlinien (gültig seit 21. März 2008)	37
3.	Fazit	41
4.	Verfahrensablauf	43
5.	Würdigung der Stellungnahmen	44
5.1	Stellungnahmen der Bundesärztekammer (BÄK)	44
5.1.1	Stellungnahme 2006	44
5.1.2	Ergänzung der Stellungnahme 2007	45
5.1.3	Stellungnahme 2008	45
5.2	Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	45
5.2.1	Stellungnahme 2006	45
5.2.1.1	Operationalisierung des Beratungsgegenstandes	46
5.2.1.2	Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie bei Anpassungsstörungen	47
5.2.1.3	Exemplarische Darstellung von Studien zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie	48

5.2.1.4	Berücksichtigung des „Body of Evidence“	51
5.2.1.5	Sozialrechtliche Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren im Kontext des ambulanten Versorgungssektors	51
5.2.1.6	Rechtsgrundlagen der Prüfung im Kontext des ambulanten Versorgungssektors	52
5.2.1.7	Wissenschaftliche Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie und deren Verbreitung in der Praxis	53
5.2.2	Ergänzung der Stellungnahme 2007	56
5.2.2.1	Würdigung der methodischen Grundlagen der Ergänzung der Stellungnahme der BPTK (2007)	59
5.2.2.2	Würdigung der definitorischen Grundlagen der Ergänzung der Stellungnahme der BPTK (2007)	61
5.2.2.3	Würdigung der Studienbewertungen in der Ergänzung der Stellungnahme der BPTK (2007)	66
5.2.3	Stellungnahme 2008	83
6.	Abschließendes Fazit nach Würdigung der Stellungnahmen	85

1. Rechtsgrundlagen

1.1 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

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)¹. 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.² Die nach § 135 Abs. 1 SGB V gebotene indikationsbezogene Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren kann aufgrund des von der wissenschaftlichen Anerkennung nach § 11 PsychThG 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 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; Salz/Steeger, S. 50

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

1.2 Zum Verhältnis von wissenschaftlicher Anerkennung i.S.d. § 1 Abs.3 PsychThG und sozialrechtlicher Bewertung psychotherapeutischer Verfahren gemäß § 92 Abs.6a i.V.m. § 135 Abs.1 SGB V

Aus der wissenschaftlichen Anerkennung eines Behandlungsverfahrens als für die vertiefte Ausbildung zum PP bzw. KJP 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.³

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 Missbrauchsabwehr zu sorgen (siehe Gesetzesbegründung Seite 18). Das SGB V bestimmt somit mit dem in §§ 2 Abs. 1 Satz 3, 12 Abs. 1 SGB V festgelegten Versorgungsstandard einen Maßstab, der zwar diese wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens nach den Vorschriften des PsychThG grundsätzlich voraussetzt, aber vor allem wegen der Anforderung zur Sicherung der Strukturqualität und Wirtschaftlichkeit der Psychotherapeutischen Versorgung in der GKV eine darüber hinausgehende Prüfung insbesondere des Nutzens erforderlich macht. 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 Versorgungskontextes 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 Grundrechtsrelevanz der Anerkennung / Nichtanerkennung neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren

Die Anerkennung bzw. Nichtanerkennung neuer psychotherapeutischer Behandlungsverfahren hat Auswirkungen auf die Zulassungsmöglichkeiten von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Leistungserbringer zur vertragsärztlichen Versorgung. Aufgrund der Regelungen zum Fachkundenachweis in § 95c SGB V besteht nur für solche Psychotherapeuten die Möglichkeit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen 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

³ 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

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 vertragsärztlichen Versorgung zu konkretisieren. Implizit gilt dies auch für Ärzte, wenn sie die Ausübung von Psychotherapie mit den dafür erforderlichen Qualifikationsnachweisen 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 i.V.m. § 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.

1.4 Beanstandung des Beschlusses zur Gesprächspsychotherapie vom 21. November 2006

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Psychotherapie-Richtlinien vom 21. November 2006 zum Ergebnis des Bewertungsverfahrens über die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen wurde mit Datum vom 30. Januar 2007 vom BMG beanstandet. Im Schreiben vom 15. Februar 2007 wurde die Beanstandung begründet und dem G-BA mitgeteilt, aus Sicht des BMG sei es rechtlich geboten, der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) den Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen zur Stellungnahme zu übersenden und diese in eine erneute Beschlussfassung einzubeziehen.

In Kenntnis der Gründe für die Beanstandung des Beschlusses zur Gesprächspsychotherapie vom 21. November 2006 hatte die BPtK mit Schreiben vom 8. März 2007 die Übersendung des vollständigen Nutzenberichts angefragt und darum gebeten, ihr eine Stellungnahmefrist von sechs Monaten einzuräumen.

Mit Datum vom 24. Mai 2007 wurde der Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen inklusive Supplement an Bundesärztekammer (BÄK) und BPtK geschickt. BÄK und BPtK erhielten Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Ergänzung ihrer Stellungnahme nach § 91 Abs. 8a SGB V vom 30. Oktober 2006 zur Gesprächspsychotherapie unter Einbezug des nun ergänzend zur Verfügung gestellten vollständigen Nutzenberichts zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen bis zum 24. November 2007.

Mit Schreiben vom 12. Oktober 2007 hält die BÄK an ihrer Stellungnahme zur Gesprächspsychotherapie vom 31. Oktober 2006 unverändert fest. Mit Datum vom 05. November 2007 hat die BPtK eine ausführliche ergänzende Stellungnahme abgegeben.

1.5 Änderung der Rechtsgrundlagen: Beschluss des G-BA zur Neufassung von Schwellenkriterium und Definition von Verfahren, Methoden und Techniken vom 20. Dezember 2007

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Bestimmungen zur Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in die Psychotherapie-Richtlinien mit Beschluss vom 20. Dezember 2007 geändert. Die Formulierung des Schwellenkriteriums wurde wie die ebenfalls mit dem WBP abgestimmte Definition von Verfahren, Methoden und Techniken, in einem breiten Konsens von den Heilberufekammern unterstützt und begrüßt.

Mit Schreiben vom 03. März 2008 wurde der Beschluss zur Einführung eines Schwellenkriteriums vom BMG nicht beanstandet und trat am 21. März 2008 in Kraft.

Nach In-Kraft-Treten dieser Richtlinienänderungen hat sich die Rechtsgrundlage für Entscheidungen über die Aufnahme neuer Psychotherapie-Verfahren geändert. Der Unterausschuss Psychotherapie hat daraufhin einen neuen Beschlussentwurf zur Gesprächspsychotherapie vorbereitet und ein erneutes Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 8a SGB V durchgeführt.

1.6 Gleichbehandlungsgrundsatz

In Hinblick auf die zugrunde gelegten Bewertungsmaßstäbe wird die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den anerkannten Richtlinien-Verfahren nicht ungleich behandelt. Da der G-BA zu gewährleisten hat, dass seine Entscheidungen über die Aufnahme neuer Behandlungsverfahren in den Leistungskatalog der GKV im Zeitpunkt der Beschlussfassung

der aktuell gültigen Rechtslage entsprechen, kann die Nichtanwendbarkeit der in der Verfahrensordnung festgelegten Bewertungsgrundsätze nicht damit begründet werden, dass die nach den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten psychotherapeutischen Behandlungsverfahren noch nicht nach diesen Maßstäben überprüft worden sind.

Die Forderung, dass eine Entscheidung über die Aufnahme „neuer“ Behandlungsverfahren in den Leistungskatalog der GKV erst dann getroffen werden könne, wenn zuvor eine Bewertung der bereits zu Lasten der GKV erbrachten Verfahren nach den gleichen Maßstäben stattgefunden habe, findet auch keine Stütze im Gesetz. Die insoweit maßgebliche Vorschrift des § 135 Abs. 1 SGB V differenziert systematisch in Satz 1 und 2 zwischen der Überprüfung „neuer“ und bereits erbrachter Behandlungsverfahren, ohne dabei die nach diesen Vorschriften zu treffenden Entscheidungen in ein Verhältnis wechselseitiger Abhängigkeit zu setzen.

Vielmehr lässt sich dem Sinn und Zweck als auch der Entstehungsgeschichte des § 135 Abs. 1 SGB V unter dem Gesichtspunkt der Differenzierung zwischen neuen und „alten“ (im Folgenden: konventionellen) Verfahren entnehmen, dass für Letztere im Sinne einer widerleglichen Vermutung unterstellt werden darf, dass ihre Anwendung den Erfordernissen einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten entspricht (§§ 2, 12, 92 Abs. 1 Satz 1, erster Halbsatz SGB V). Das in § 135 Abs. 1 SGB V geregelte präventive Verbot mit Erlaubnisvorbehalt für die Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wurde erstmals durch das Gesundheitsreformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477, 2518) eingeführt. Danach durften neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben hat über 1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode, 2. die notwendige Qualifikation der Ärzte sowie die apparativen Anforderungen, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und 3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Allerdings erläuterte das Gesetz nicht, wann eine Methode als „neu“ anzusehen ist. Der Bundesausschuss differenzierte bei der Auslegung dieses Tatbestandsmerkmals in den NUB-Richtlinien i.d.F. vom 4. Dezember 1990 danach, ob eine Methode schon bisher zur vertragsärztlichen Versorgung gehört hat; für solche Methoden könne unterstellt werden, dass ihre Qualität aufgrund der tatsächlichen Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung feststeht oder zumindest unterstellt werden kann. In dieser Einschätzung wurde der Bundesausschuss durch die Rechtsprechung des BSG ausdrücklich bestätigt, insofern es zur Auslegung des Tatbestandsmerkmals „neu“ Folgendes feststellte:

„Der Bundesausschuss soll darüber wachen, dass die Leistungspflicht der gesetzlichen KV nicht auf unwirksame oder unwirtschaftliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ausgedehnt wird. Von daher kann es nicht darauf ankommen, wann das betreffende Verfahren entwickelt und erstmals eingesetzt wurde – sonst könnte der Umfang der vertragsärztlichen Versorgung ohne Qualitätsprüfung allein durch Zeitablauf erweitert werden. **Vielmehr ist, wovon der Bundesausschuss in Nr. 4 der NUB-RL i.d.F. vom 4. Dezember 1990 ausgeht, die Beschränkung auf „neue“ Methoden als Abgrenzung zu denjenigen medizinischen Maßnahmen zu verstehen, deren Qualität aufgrund der tatsächlichen Anwendung in der Vertragsärztlichen Versorgung feststeht oder unterstellt wird.**“ (BSGE 81, 54, 57)

Da der Erlaubnisvorbehalt des § 135 Abs. 1 SGB V erstmalig zum 1. Januar 1989 in Kraft getreten ist, geben somit (außerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes) die früheren Beschlüsse des Bundesausschusses vor Beginn des Jahres 1989 den Umfang der vertragsärztlichen Versorgung wieder (BSG, Urteil vom 19. März 2002, B 1 KR 36/00 R, Rn. 22, zitiert nach www.bundessozialgericht.de). Für Leistungen, die demgemäß zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden durften, darf nach der gesetzlichen Konstruktion des Erlaubnisvorbehalts zumindest unterstellt werden, dass deren Qualität den gesetzlichen Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten entspricht. An dieser Vermutungswirkung nehmen somit auch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung vom 3. Juli 1987 (BANz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a) teil, sofern sie in Bezug auf die sog. Richtlinienverfahren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie bestimmen, dass diese Verfahren „in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind.“

Davon, dass für die sog. Richtlinienverfahren unterstellt werden kann, dass sie den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten entsprechen, ist auch der Gesetzgeber des Psychotherapeutengesetzes ausgegangen. So legt § 12 PsychThG fest, dass wer im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes, ohne Arzt zu sein, im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung an der psychotherapeutischen Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten im Delegationsverfahren **nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 - BANz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a -, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 - BANz. Nr. 49 S. 2946), als Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mitwirkt oder die Qualifikation für eine solche Mitwirkung erfüllt**, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 auf Antrag eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach § 1 Abs. 1 Satz 1 erhält.

Nach dieser Vorschrift sollen nichtärztliche Psychotherapeuten, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des PsychThG im Delegationsverfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien mitwirkten oder die Voraussetzungen für eine solche Mitwirkung erfüllten ohne weiteres auf Antrag die Approbation erhalten. Diese Vorschrift hat nicht nur berufsrechtliche Relevanz. Aufgrund der Fachkundenachweisregelung in § 95c SGB V hat diese Vorschrift zumindest auch mittelbar Bedeutung für die Stellung der sog. Richtlinienverfahren im Versorgungskontext der GKV. Der Fachkundenachweis setzt voraus, dass die für die Approbation erforderliche Qualifikation hinsichtlich der Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und der theoretischen Ausbildung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V anerkannten Behandlungsverfahren - also in einem sog Richtlinienverfahren - nachgewiesen wird (§ 95c Satz 2 Nr. 3 SGB V). Der Gesetzgeber will mit Hilfe des Instruments des Fachkundenachweises sicherstellen, dass auch der nach Übergangsrecht 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 (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 31. August 2005, Rn. 16f, zitiert nach www.bundessozialgericht.de unter Bezugnahme auf 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). Daraus ist zu schließen, dass auch der Gesetzgeber mit Blick auf die normative Verknüpfung zwischen den Voraussetzungen zur Erlangung der Approbation und der Fachkundenachweisregelung in § 95c SGB V davon ausgegangen ist, dass die in den Psychotherapie-Richtlinien vom 3. Juli 1987 „anerkannten“ Verfahren als für die Krankenbehandlung geeignet angesehen werden können.

Danach beruht das, was jetzt von betroffener Seite als „Ungleichbehandlung“ unterstellt wird, auf der aktuellen Gesetzeslage..

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass für die sog. Richtlinienverfahren im Rahmen einer Bewertung der Gesprächspsychotherapie nach § 135 Abs. 1 SGB V unterstellt werden darf, dass sie den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten entsprechen, ohne dass diese Prämisse einen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz begründet.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Einleitung des Bewertungsverfahrens

Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorzunehmen

- a) für Richtlinien nach § 137c SGB V und
- b) für Richtlinien nach § 92 SGB V, soweit zu deren Erstellung
 - neue Methoden nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V,
 - bereits erbrachte Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder
 - Heilmittel nach § 138 SGB Vzu bewerten sind.

Die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses legt hierzu in Abschnitt C den Ablauf der Beratungen für eine sektorübergreifende Methodenbewertung fest, beschreibt die Prüfkriterien zu den gesetzlich vorgegebenen Begriffen des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit und sieht als Basis für die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Beurteilung der Unterlagen nach international etablierten und anerkannten Evidenzkriterien vor. § 7 Abs. 4 VerfO sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss überprüfen soll, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen soll, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen.

Gemäß § 4 Abs. 1 der Verfahrensrichtlinie (BUB-Richtlinie) wie auch seit dem 1. Oktober 2005 gemäß § 11 Abs. 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist zur Beratung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V ein Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen im Unterausschuss „Psychotherapie“ zu stellen. Auch die Patientenvertreter sind gemäß der Patientenbeteiligungsverordnung (auf der Grundlage von § 140g in Verbindung mit § 140f Abs. 2 Satz 3 SGB V) berechtigt, einen Beratungsantrag zu stellen.

Nach dem Votum des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Gesprächspsychotherapie am 16. September 2002 hat der Arbeitsausschuss Psychotherapie (Vorgänger des Unterausschusses „Psychotherapie“ des G-BA) eine Arbeitsgruppe eingerichtet, deren Aufgabe es war, zu prüfen, ob eine ausreichende Grundlage zur Antragstellung auf Prüfung der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als weiteres Richtlinien-Verfahren gegeben war. Im Ergebnis hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit Datum 26. August 2003 dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Vorgänger G-BA) einen entsprechenden Antrag vorgelegt.

Nach der Neufassung des § 135 SGB V vom 23. Juni 1997 und der aufgrund des Beschlusses des Bundesausschuss vom 10. Dezember 1999 begonnenen Neufassung der Richtlinie zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BUB-Richtlinie), die kurz nach Antragstellung zur Gesprächspsychotherapie verabschiedet und zum 24. März 2004 gültig wurde, erfolgte

zunächst eine intensive Diskussion, wie diese Bewertungsmaßstäbe auf psychotherapeutische Behandlungsverfahren angewandt werden können. Die Extraktions- und Beurteilungsbögen, die bis dahin nur für Verfahren der ambulanten ärztlichen Behandlung vorlagen, mussten für die Beurteilung von Psychotherapiestudien angepasst werden. Ferner erfolgte die Entwicklung und Präzisierung einer Recherchestrategie für die systematische Erfassung und Beschaffung der relevanten Literatur für die Bewertung, die auch bei der Gesprächspsychotherapie Anwendung fand. Parallel hierzu hatte der Gemeinsame Bundesausschuss gem. § 91 Abs. 5 S. 2 SGB V am 20. April 2004 beschlossen, dass für die Bewertung psychotherapeutischer Verfahren die BUB-Richtlinie in der Fassung vom 1. Dezember 2003, in Kraft getreten am 24. März 2004, Anwendung findet.

Neben der erforderlichen zeitintensiven Klärung dieser Fragen, insbesondere, was die methodischen Anforderungen an die Bewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren angeht, wurde darüber hinaus ein Fragenkatalog entwickelt, der den Stellungnehmenden eine Strukturierung ihrer Stellungnahmen in Ausrichtung auf die Fragestellungen des Ausschusses ermöglichte. Es wurde explizit darauf hingewiesen, dass die Aussagen zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit durch beizufügende wissenschaftliche Veröffentlichungen zu belegen sind. Nach Übergang des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in den Gemeinsamen Bundesausschuss wurde der Fragenkatalog vom Unterausschuss am 26. September 2004 verabschiedet und die Gesprächspsychotherapie am 6. Oktober 2004 als prioritäres Beratungsthema im Bundesanzeiger, am 10. Oktober 2004 im Deutschen Ärzteblatt – Ausgabe PP – und am 15. Oktober 2004 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Die Arbeitsgruppe hatte in dem nun folgenden Schritt die Aufgabe, die relevante Literatur zur Gesprächspsychotherapie sowie die Stellungnahmen auszuwerten und für den Unterausschuss „Psychotherapie“ vorzubereiten. Mit in Kraftsetzung der neuen sektorenübergreifenden Verfahrensordnung am 1. Oktober 2005 wurde die Arbeitsgruppe in eine sektorenübergreifende Themengruppe überführt und die Auswertung der Literatur hinsichtlich der sektorenübergreifenden Fragestellung in dieser Gruppe fortgeführt.

In der Sitzung der Themengruppe vom 29. Juni 2006 wurde der abschließende Bericht zur Nutzenbewertung durch die Themengruppe konsentiert und anschließend über die Berichtsersteller in die beteiligten Unterausschüsse übermittelt.

2.2 Grundlagen der Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie

Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie ist ein Psychotherapieansatz der humanistischen Psychologie. Sie wurde ab Anfang der 40er Jahre von dem amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers als eigenständige psychotherapeutische Therapierichtung in Auseinandersetzung und Abgrenzung von den damals vorherrschenden psychoanalytisch-psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren neu entwickelt. Rogers zielte bei Entwicklung seines Therapieansatzes nicht auf die Behandlung psychischer Erkrankungen, sondern es ging ihm um das Verstehen und die Therapie von aus maladaptiven Prozessen („gestörte Selbstregulationsprozesse“) resultierenden psychischen Ungleichgewichten („Inkongruenzen“) mit möglichem Störungscharakter.

Der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie liegt ein eigenständiges anthropologisches Modell sowie eine spezifische Behandlungsphilosophie zu Grunde. In diesem Modell wird ein ausgesprochen optimistisches Menschenbild mit Betonung der Entscheidungsfreiheit des Menschen und seiner Entwicklungsmöglichkeiten herausgearbeitet.

Rogers sieht den Menschen als grundsätzlich positives, mit Ressourcen zur Entwicklung ausgestattetes, soziales und mit sich selbst im Einklang stehendes Wesen. Er betont die

Fähigkeit des Menschen, unter günstigen Entwicklungsbedingungen sich selbst und seine Umwelt zu verstehen und sich im Sinne eines angenommenen Bedürfnisses nach Selbstaktualisierung in der ständigen Interaktion mit der sozialen Umwelt zu einer reifen Persönlichkeit zu entwickeln.

Psychotherapie bedeutet in der Gesprächspsychotherapie die Behandlung von Inkongruenz durch die Beziehung mit dem Therapeuten, die eine Alternative zur ursprünglichen traumatisierenden Beziehung zwischen Bindungsperson und Kind darstellt. Diese Begegnung im Sinne der Begegnung zweier Personen mit je eigenem Selbstkonzept zielt auf eine vertiefte Selbstexploration des Klienten, die ihm hilft, seine organismischen Erfahrungen zu symbolisieren, sich ihnen zu öffnen und sie neu zu ordnen und zu bewerten. Therapeutisches Agens ist die Anerkennung durch den Psychotherapeuten auf der Grundlage von:

1. einfühlendem Verstehen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten (einschließlich der angemessenen Verbalisierung der verstandenen Erlebnisinhalte),
2. unbedingter Wertschätzung: (nondirektive) Klientenzentrierung und
3. eigener Selbstkongruenz

als notwendige und hinreichende Bedingungen, die

4. durch die nondirektive Haltung des Therapeuten zu realisieren sind.

Diese Definition findet sich in der wissenschaftlichen Literatur wieder. Auch in der Ergänzung der Stellungnahme der BPTK (2007) finden sich diese vier konstitutiven Elemente. Auch der G-BA legt diese vier Elemente bei der Operationalisierung des Beratungsgegenstandes zu Grunde, wie im folgenden ausgeführt wird.

2.3 Operationalisierung des Beratungsgegenstandes

2.3.1 Begriffsabgrenzung

Im Beratungsverfahren wurde der Tatsache, dass im deutschen wie im englischen Sprachraum zahlreiche Bezeichnungen für die Therapieform „Gesprächspsychotherapie“ existieren, insoweit in der Recherche Rechnung getragen, als dass hier mit „EXPLODE“ Befehlen gearbeitet wurde und keine Beschränkungen auf bestimmte Bezeichnungen vorgenommen wurden.

Beim Screening der Literatur wurden alle Fundstellen, die auf eine Anwendung von Gesprächspsychotherapie, einschließlich neuerer Entwicklungen und Varianten, schließen ließen, eingeschlossen. Eine Vielzahl von Studien musste erst einer Volltextanalyse (Langauswertung) unterzogen werden, um erkennen zu können, welche Behandlungsverfahren zur Anwendung kamen.

Bei der Extraktion und Bewertung der Studien anhand des Volltextes erfolgte eine differenzierte Analyse der Beschreibung der jeweils angewendeten Behandlungsverfahren. Ein solches Vorgehen war erforderlich, da nur eine ausführliche Analyse der jeweils beschriebenen Behandlungsmethodik sowie des Studiendesigns eine Einschätzung ermöglicht, ob es sich bei der verwendeten Therapieform um Gesprächspsychotherapie (siehe oben) handelt, und inwieweit z.B. Gesprächspsychotherapie allein oder Gesprächspsychotherapie zusammen mit anderen Verfahren / Methoden / Techniken als Interventionsbedingung der

jeweiligen Studie geplant und durchgeführt wurde. Außerdem wurde berücksichtigt, inwieweit Gesprächspsychotherapie zusammen mit Psychopharmaka angewandt wurde.

Im Rahmen dieser Analyse wurde zum Beispiel deutlich, dass der Begriff „non-directive counselling“ in unterschiedlichen Studien sehr unterschiedliche Vorgehensweisen beschreibt. Diese sehr heterogene Begriffsverwendung wurde auch von einem beratend hinzugezogenen externen Sachverständigen der Gesprächspsychotherapie-Fachverbände bestätigt und dahingehend präzisiert, dass der Begriff in den USA für „Beratung“ und nicht für „Gesprächspsychotherapie“ stehe, in Großbritannien aber Gesprächspsychotherapie als Krankenbehandlung bezeichne. Die intensive Analyse und Diskussion des jeweils angewendeten „non-directive counselling“ in der Themengruppe führte dazu, dass die Studie von King et al. (2000) berücksichtigt werden konnte.

Der G-BA hat sich in der Operationalisierung des Beratungsgegenstandes eingehend mit weiteren psychotherapeutischen Ansätzen befasst, die in den Stellungnahmen in Folge der Veröffentlichung des Beratungsgegenstandes genannt und der GT zugeordnet wurden. Dabei hat er folgende Überlegungen zu Grunde gelegt:

Eine Aufsummierung von als wesentlich erachteten Interventionselementen kann kein Verfahren im Sinne der Richtlinien begründen. Eine handlungsleitende Theorie bzw. mehrere handlungsleitende Theorien auf der Basis gemeinsamer theoriegebundener Grundannahmen müssen Vorhersagen erlauben, welche Interventionselemente in jedem Fall realisiert werden müssen und welche unter bestimmten Bedingungen nicht kombiniert werden dürfen. Dies ist durch die Aufsummierung einzelner Elemente nicht gewährleistet. Dass diese Aggregation unspezifischer Interventionsmerkmale theoretisch durch das Postulat einer „Aktualisierungstendenz als Motor der menschlichen Entwicklung, und damit verbunden die Betonung der zentralen Rolle der therapeutischen Beziehung für den Therapieprozess“ (Ergänzende Stellungnahme BPtK Seite 10) zusammengehalten wird, macht noch keine für ein Verfahren spezifische Theorie aus. Der von der BPtK vorgelegte Definitionskatalog lässt dabei die Frage offen, in welcher Kombination die Realisierung einzelner Elemente indiziert oder kontraindiziert ist.

Drei der für die GT konstituierenden Interventionselemente Empathie, Akzeptanz und Kongruenz sind unspezifischer Teil einer jeden guten therapeutischen Beziehung - unabhängig vom angewandten Verfahren. Folglich kann alleine die Non-Direktivität als Spezifikum der Gesprächspsychotherapie gelten. Wenn aber direktive Elemente einen wesentlichen Teil der Behandlung ausmachen wie dies z.B. bei Process-Experiential-Therapy (PET), Emotion-Focused-Therapy (EFT), Emotion-Focused-Therapy for Adult Survivors (EFT-AS) und zielorientierter Psychotherapie der Fall ist, verliert die Gesprächspsychotherapie ihr wesentliches handlungsleitendes Identifikationskriterium. Das Focusing nach Gendlin, dessen wesentlicher Bestandteil die Nondirektivität ist, wurde demnach der GT zugeordnet.

Von der Themengruppe wurde auch geprüft, ob die von R. Sachse konzipierte „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“ als originär gesprächspsychotherapeutischer Therapieansatz zu bewerten ist. Hierzu teilte der Autor persönlich mit, dass sich der von ihm entwickelte Therapieansatz grundlegend von der Gesprächspsychotherapie unterscheidet, nicht im Rahmen der Gesprächspsychotherapie in Deutschland zur Anwendung kommt und auch nicht in der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung gelehrt werde. Diese Auffassung wird in einem aktuellen Lehrbuch „Gesprächspsychotherapie“ von J. Eckert et al. (2006) geteilt: „Mit dieser Auffassung vom therapeutischen Prozess, seinem Inhalt und der Rolle von Pati-

ent und Therapeut in ihm steht die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie der kognitiven Verhaltenstherapie konzeptionell näher als der Gesprächspsychotherapie“⁴. Aufgrund dieser Darlegungen entschied die Themengruppe, dass die Studien von R. Sachse nicht als Wirksamkeitsnachweis der Gesprächspsychotherapie gewertet werden können.

Ein weiterer Prüfungs- und Diskussionsgegenstand war die so genannte „Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie“ (process experiential therapy; PET), auch als „experiential therapy“ bezeichnet, von L. Greenberg aus Kanada. Hierbei handelt es sich um ein Psychotherapieverfahren, bei dem gesprächspsychotherapeutische Methoden mit Methoden aus anderen Therapieansätzen, insbesondere der Gestalttherapie, kombiniert werden und das sich von der Gesprächspsychotherapie grundlegend durch die Anwendung von strukturierten Interventionen unterscheidet.⁵ Elliot⁶ schreibt hierzu: „Nach ihrer Begründung in der durch die klientenzentrierte Therapie inspirierten Forschung von Rice und Greenberg (1984) ist die prozeß-erlebnisorientierte Therapie zu einer integrierten Behandlung geworden, die über eine eigene Theorie im Sinne einer Krankheitslehre verfügt, über eine Behandlungs- und Veränderungstheorie sowie über eine Reihe therapeutischer Schritte und Interventionen, wie sie von Greenberg et al. (1993) beschrieben wurden.“ Insoweit können Studien, die dieses Therapieverfahren untersuchen, nicht als Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie gewertet werden.

Gleiches gilt ebenfalls für „emotion focused therapy“ (EFT). Dieses Therapieverfahren, das auch von L. Greenberg entwickelt wurde, wird ebenso wie die PET den erlebniszentrierten Therapieformen zugeordnet. Der entscheidende Unterschied zur Gesprächspsychotherapie besteht sowohl bei der EFT als auch bei der PET darin, dass das Prinzip der Nichtdirektivität zugunsten eines aktiv lenkenden Therapeutenverhaltens aufgegeben wurde.

Die aus einer Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie entstandenen Therapieverfahren PET und EFT können aus folgenden prinzipiellen Erwägungen nicht dem Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie im Sinne einer Verfahrensdefinition gemäß Abschnitt A Absätze 3, 4, 6 Psychotherapie-Richtlinien zugerechnet werden:

- Ein Psychotherapieverfahren im Sinne der Richtlinien kann nur innerhalb einer umfassenden Theorie oder mehrerer Theorien auf der Basis gemeinsamer theoriegebundener Grundannahmen zur Ätiologie und Behandlung psychischer Störungen gefasst werden.
- In einem Verfahren müssen Methoden und Techniken zur Behandlung psychischer Störungen in Übereinstimmung mit diesem Theoriesystem („von innen heraus“) entwickelt sein.
- Die Umsetzung der Interventionen und die Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung muss in Übereinstimmung mit diesem Theoriesystem („von innen heraus“) entwickelt sein.

⁴ Biermann-Ratjen E-M (2006): Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In Eckert J, Biermann-Ratjen E.-M., Hoeger D. Gesprächspsychotherapie (Hrg.) – Lehrbuch für die Praxis. S.106. New York, Stuttgart: Springer

⁵ Eckert, J (2006): Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie. In Eckert J, Biermann-Ratjen E.-M., Hoeger D. Gesprächspsychotherapie (Hrg.) – Lehrbuch für die Praxis. 441 - 448. New York, Stuttgart: Springer

⁶ Elliott R. Prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie - Ein Überblick: Teil 2. Psychotherapeut 1999; 44 (6): S. 348.

- Eklektizistische Methodenvielfalt widerspricht dem Prinzip einer in sich konsistenten Definition eines Verfahrens

In der Gegenüberstellung von PET bzw. EFT und Gesprächspsychotherapie ist aber festzustellen, dass es sich bei PET und EFT um Verfahren mit einem deutlich unterschiedlichen theoretischen Ansatz (mit wesentlichen Elementen z.B. aus der Gestalttheorie), mit deutlich andersartigen Techniken (z.B. „Zwei-Stuhl-Technik“) und einer deutlich veränderten Umsetzung in der Therapeut-Patient-Beziehung (aktiv lenkendes Therapeutenverhalten) handelt.⁷ Das Einbeziehen dieser Verfahren in den Bewertungsgegenstand käme demnach einer unzulässigen Erweiterung der Fragestellung gleich.

Alle Studien, in denen Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) oder solche psychotherapeutischen Ansätze, welche die gesprächspsychotherapeutischen Wirkvariablen (Empathie, Akzeptanz, Selbstkongruenz, Nondirektivität) verwirklichen (z.B. Focusing), wurden als Beratungsgegenstand definiert.

2.3.2 Beschränkung der Bewertung der Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf die Anerkennung als neues psychotherapeutisches Behandlungsverfahren zur Behandlung von Erwachsenen

Die Verfahrensprüfung der Gesprächspsychotherapie konnte lediglich in Bezug auf die Behandlung von Erwachsenen erfolgen. Dies hat folgende wesentliche Gründe:

Aus dem Sinn und Zweck des in § 135 Abs. 1 SGB V geregelten Antragsrechts und der hierzu in der Verfahrensordnung getroffenen konkretisierenden Regelungen (vgl. insbesondere § 11 Abs. 5 VerfO) folgt, dass das jeweils zuständige Beschlussgremium an den Inhalt des gestellten Antrags grundsätzlich gebunden ist. Dementsprechend erfolgte die Bewertung der Gesprächspsychotherapie gemäß dem von der KBV gestellten Antrag nach § 135 Abs. 1 SGB V als neues psychotherapeutisches Behandlungsverfahren zur Behandlung von Erwachsenen. Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurden somit nicht berücksichtigt.

Aber selbst dann, wenn man unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG zum Systemversagen annimmt, dass der G-BA unter bestimmten Voraussetzungen veranlasst sein könnte, von Amts wegen in die Bewertung von neuen Behandlungsverfahren einzutreten, ergibt sich daraus für den G-BA keine Verpflichtung, die Gesprächspsychotherapie auch in Hinblick auf die Anerkennung als zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu bewerten. Denn insoweit fehlt der Gesprächspsychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung gemäß § 1 Abs. 3 PsychThG. Diese Beschränkung in der wissenschaftlichen Anerkennung hat ihren Grund in dem Gutachten des wissenschaftlichen Beirats gemäß § 11 PsychThG, wonach die Gesprächspsy-

⁷ Elliott R. Prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie - Ein Überblick: Teil 2. [Process-experiential psychotherapy - An overview: Part 2]. Psychotherapeut 1999; 44 (6): 340-9

Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS (2004): Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change. Washington, DC: APA

chotherapie als wissenschaftliches Verfahren zur vertieften Ausbildung allein in Bezug auf die Behandlung von Erwachsenen anerkannt wird.

Der G-BA hat sowohl gemäß den bis zum 20. März.2008 gültigen, als auch gemäß den seit dem 21. März.2008 gültigen Psychotherapie-Richtlinien die Feststellungen des wissenschaftlichen Beirats zur wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren als notwendige jedoch nicht hinreichende Vorbedingungen für seine weitergehende Prüfung zu beachten (vgl. B I. 3.1). Das hat zur Folge, dass, solange einem psychotherapeutischen Behandlungsverfahren die wissenschaftliche Anerkennung und damit letztlich Anerkennung als berufsrechtlich zulässiges Verfahren fehlt, der Gemeinsame Bundesausschuss grundsätzlich nicht in eine Überprüfung des Nutzens dieses Verfahrens nach § 92 Abs. 6a i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V eintreten kann.

Eine mögliche Auffassung, wonach von der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen automatisch auf die wissenschaftliche Anerkennung des Verfahrens zum Zwecke der Behandlung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden könne bzw. dass bei der Bewertung der wissenschaftlichen Anerkennung eine Differenzierung zwischen Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen verzichtbar sei, begegnet sowohl psychotherapeutisch-fachlichen als auch rechtlichen Bedenken.

Was die psychotherapeutisch-fachlichen Gesichtspunkte angeht, hat die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme zur Neufassung der Anwendungsbereiche in Abschnitt D der Psychotherapie-Richtlinien durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. Juni 2006 Folgendes ausgeführt:

„Von der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode bei Erwachsenen lässt sich nicht automatisch auf die Wirksamkeit insbesondere bei Kindern schließen. Diesem Umstand wird auch durch eine separate Definition der Anwendungsbereiche und Prüfung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei Kindern und Jugendlichen durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG Rechnung getragen. Dies sollte auch in der Neufassung der Anwendungsbereiche und den Regelungen zur erforderlichen Bandbreite der Anwendungsbereiche für eine umfassende Versorgung von Versicherten (B I. Behandlungsformen Abschnitt 3.2.) in den Psychotherapie-Richtlinien Berücksichtigung finden. Die diesbezüglichen Änderungsvorschläge der BPtK zur Beschlussvorlage des Unterausschusses Psychotherapie beruhen insbesondere auf den Arbeitsergebnissen der mit diesen Fragestellungen betrauten Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer (Esser, Freyberger, Hoffmann, Hoyer und Richter, 2006).“

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 4. April 2006, S. 5

Auch aus rechtlicher Sicht ist eine Differenzierung zwischen der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren für die Behandlung von Erwachsenen einerseits und die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen andererseits sachgerecht. Dass insofern relevante Unterschiede gegeben sind, die auch im Gesetz Ausdruck gefunden haben, wird durch eine Entscheidung des Verwaltungsgerichts Köln bestätigt:

„Dass die Unterscheidung zwischen Verfahren für die vertiefte Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten einerseits und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits nach Auffassung der Klägerin die Unterstellung beinhaltet,

dass Kinder und Jugendliche sich in ihrem Erleben und Verhalten von Erwachsenen unterscheiden, begegnet keinen Bedenken. Die Kammer hegt keine Zweifel, dass insofern relevante Unterschiede gegeben sind, die auch Ausdruck im Gesetz gefunden haben. Gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 2b) und c) PsychThG ist nämlich ein Abschluss in den Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik ausreichend für den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, während die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gem. § 5 Abs. 2 Nr. 1 PsychThG einen Abschluss in dem Studiengang Psychologie voraussetzt. Dieser Unterschied in den Zugangsvoraussetzungen lässt darauf schließen, dass der Gesetzgeber von einer Wirksamkeit pädagogisch-therapeutischer Ansätze bei Kindern und Jugendlichen ausgegangen ist, diese aber für Erwachsene verneint hat, mithin für diese beiden Personengruppen von relevanten Unterschieden in der Wirksamkeit von Therapiemethoden ausgegangen ist.“

vgl. Urt. d. VG Köln, 10.11.2004, Az.: 9 K 4647/02, S. 5

Eine entgegengesetzte Auffassung hätte im Ergebnis zur Folge, dass der Regelungs- und Schutzzweck des § 1 Abs. 3 PsychThG im Hinblick auf Kinder und Jugendliche leer liefe. Nach den Motiven des Gesetzgebers soll aber durch das Erfordernis der Wissenschaftlichkeit verhindert werden, dass im Rahmen berechtigter Psychotherapieausübung unwirksame oder schädliche Verfahren praktiziert werden:

„Absatz 3 definiert, was Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Gesetzes ist. Es muss sich dabei um die Anwendung wissenschaftlich anerkannter Verfahren handeln. Die Beschränkung auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren soll Missbrauch verhindern.“

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

Daraus wird deutlich, dass die wissenschaftliche Anerkennung dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung dient, der ein sehr hohes Gemeinschaftsgut darstellt, und nach dem Willen des Gesetzgebers an die Ausbildung für neue Heilberufe hohe Anforderungen zu stellen sind.

vgl. BVerfG, NJW 2000, 1779; Francke, MedR 2000, S. 452; BT-Drucks. 13/8035, S. 14

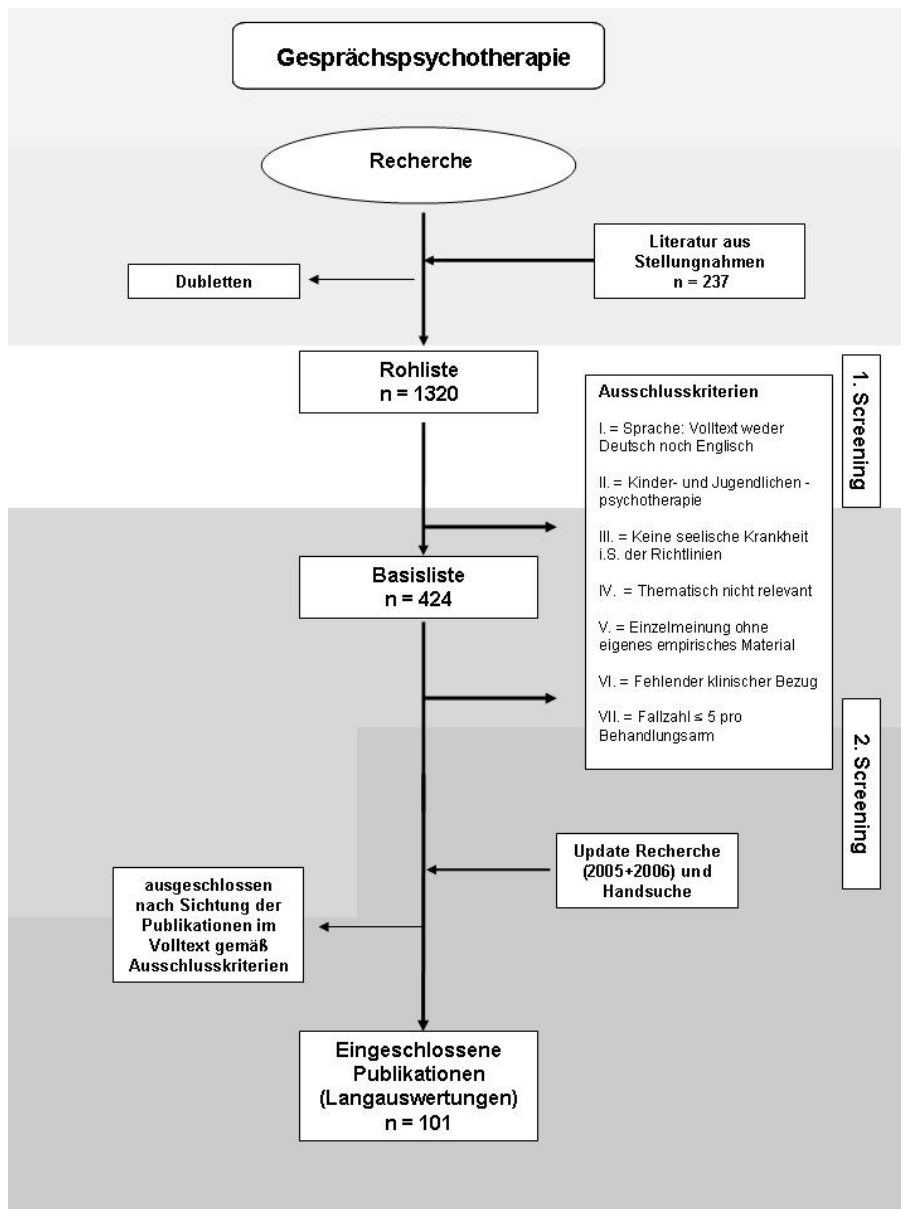
Sachliche Gründe, die vor diesem Hintergrund der fehlenden wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens im Hinblick auf die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen eine Prüfung nach § 92 Abs. 6a i.V.m. § 135 SGB V auch für den Bereich der Kinder und Jugendlichen rechtfertigen könnten, sind nicht gegeben.

2.4 Nutzen und medizinische Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen

2.4.1 Systematische Literaturrecherche

Um den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu erfassen, wurde zum einen eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Zum anderen flossen alle in den Stellungnahmen anlässlich der Veröffentlichung dieses Beratungsthemas genannten Quellen im Volltext in den Bewertungsprozess ein. Bei der Suche und der Auswahl der Literatur wurde keine Einengung auf spezifische Indikationen vorgenommen. Darüber hinaus wurden sämtliche Studien, die dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats gemäß § 11 des Psychotherapeuten-Gesetzes zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen zu Grunde lagen und mit Schreiben vom 3. Februar 2005 dem Gemeinsamen Bundesausschuss bekannt gegeben wurden, in der Liste der Fundstellen berücksichtigt und im Volltext bewertet. Untenstehende Abbildung gibt einen Überblick über den Prozess von Recherche, Screening und Auswertung von Studien.

Abbildung 1: Suche und Auswahl der Literatur von 2004 bis 2006



Bei der Recherche wurden folgende Datenbanken berücksichtigt: The Cochrane Library, Medline, Oldmedline, Embase, Gerolit, PsycInfo, Psyndex, Scisearch, Sociological Abstracts (SocioFile), Kluwer Verlagsdatenbank, Springer Verlagsdaten-

bank, Springer Preprint, Thieme Verlagsdatenbank. Die erste Recherche im Januar 2003 lieferte 3.300 Dokumente, hinzugefügt wurden nach einer Update-Recherche im Oktober 2003 160 neue Dokumente, nach einer Update-Recherche im Juni 2005 438 neue Dokumente und nach einer Update-Recherche im Februar 2006 118 neue Dokumente. Im 1. Screening erfolgte die Prüfung jeder Fundstelle anhand der Abstracts durch zwei Gutachter, die nach den in der Grafik gelisteten Ausschlusskriterien Studien ausschlossen. Im 2. Screening erfolgte die Prüfung jeder verbleibenden Fundstelle anhand des Volltextes durch zwei Gutachter nach den in der Grafik gelisteten Ausschlusskriterien. Die Ergebnisse des 2. Screenings wurden in der Arbeitsgruppe bzw. Themengruppe unter Beteiligung eines von den Fachverbänden benannten Sachverständigen beraten und einvernehmlich konsentiert. Im Rahmen der update Recherche wurden 2007 zusätzliche Literaturstellen identifiziert, gescreent und ausgewertet (siehe Abschnitt 2.4.5)

Die hier vorgenommene Bewertung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie unterliegt dem methodischen Paradigma der "Evidenz-basierten Medizin" (EbM), aus dem sich Kriterien ableiten lassen, mit deren Hilfe sich der Nutzen psychotherapeutischer Verfahren nach dem aktuellen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse empirisch untersuchen lässt. In diesem Zusammenhang ist der Nutzen der Gesprächspsychotherapie dann anzunehmen, wenn es hinreichend valide Belege aus Vergleichsstudien für die untersuchten Indikationen („body of evidence“) der Gesprächspsychotherapie gibt.

In den Beratungsprozess aufgenommen wurden sowohl Primärstudien als auch Meta-Analysen. Dabei wurden nicht nur Studien mit den klassischen Kontrollverfahren ausgewählt, zu denen in erster Linie die zufällige Zuordnung der Patienten in eine Therapie- bzw. eine Kontrollgruppe zu rechnen ist (Evidenzstufe Ib, vgl. § 18 Abs. 3 VerfO), sondern auch alle anderen Evidenzstufen wurden berücksichtigt.

Da sich zeigte, dass die Meta-Analysen ohne intensiven Rekurs auf die zu Grunde liegenden Einzelstudien im Hinblick auf die Fragestellung der Themengruppe nicht zu bewerten waren, wurden alle in den Meta-Analysen genannten Primärstudien, soweit sie geeignet waren, Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu treffen, einbezogen.

2.4.2 Weiteres methodisches Vorgehen einschließlich update 2007

Im Ergebnis des 1. und 2. Screenings wurden 101 Publikationen und nach der update-Recherche November 2007 zusätzlich weitere 11 HTA-Berichte und 13 Primärstudien einer ausführlichen Auswertung im Volltext anhand eines für die Beurteilung von Psychotherapiestudien geeigneten Extraktions- und Bewertungsbogens (vgl. S. 2 und Nutzenbericht, Anhang 12.8 und 12.9) unterzogen. Die Basis der Beurteilung bildete dabei die Fragestellung des Unterausschusses, die sich aus den gesetzlichen Vorgaben des § 135 Abs. 1 SGB V ergibt: „Erfüllt die Gesprächspsychotherapie – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Verfahren – die Kriterien des therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit, so dass die Gesprächspsychotherapie als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden darf?“ Zum Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit oder der Wirtschaftlichkeit wurden alle Studien herangezogen, die hinsichtlich ihrer Konzeption geeignet waren, die auf den sozialrechtlichen Kontext der Verfahrensprüfung bezogene Fragestellung des Unterausschusses und der Themengruppe zu beantworten. Unabhängig von ihrer methodischen Qualität konnten solche Studien, die in diesem Sinne für die Verfahrensprüfung nicht geeignet waren, auch nicht einbezogen werden. So wurden zum Bei-

spiel Studien, die den therapeutischen Prozess untersuchten, aber keine Outcome-Parameter erfassten oder auch Studien, bei denen keine Krankenbehandlung sondern allgemeine Lebensberatung (z.B. Paarprobleme, Prüfungsangst) erfolgte, nicht als Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit oder der Wirtschaftlichkeit herangezogen.

Im Rahmen der update Recherche November 2007 wurden zusätzlich 11 HTA-Berichte und 13 Primärstudien identifiziert und im Volltext geprüft.

2.4.3 Berücksichtigung von Expertenmeinung

Die Verfahrensordnung sieht vor, dass mit Veröffentlichung des Beratungsthemas insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesellschaften, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen, sowie Spitzenorganisationen der Hersteller von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird. Für den Bereich Psychotherapie ist in der Verfahrensordnung keine zusätzliche Anhörung von Fachgesellschaften oder Drittbetroffenen vorgesehen.

Alle auf die Veröffentlichung des Beratungsthemas hin eingegangenen Stellungnahmen (n = 82) wurden in den Beratungsprozess einbezogen. Sämtliche von den Stellungnehmenden genannten Literaturstellen flossen in das Verfahren der systematischen Literaturbewertung ein.

Darüber hinaus hat sich der Unterausschuss Psychotherapie einstimmig für eine Einbeziehung der auf Bundesebene maßgeblichen Gesprächspsychotherapie-Fachverbände entschieden, um angesichts der berufsrechtlichen Relevanz seiner auf der Bewertung der Gesprächspsychotherapie fußenden Entscheidung von Anfang an eine angemessene Verfahrensgestaltung zu sichern. Zu diesem Zweck wurde ein gemeinsamer Vertreter der drei Gesprächspsychotherapie-Fachverbände GwG, ÄGG und DPGG als externer Sachverständiger für die Arbeitsgruppe (AG) bzw. Themengruppe (TG) beratend hinzugezogen. Dieser bzw. sein Stellvertreter nahmen an allen Sitzungen der AG bzw. TG, die der Literaturbewertung galten, teil, bis auf die letzte halbtägige Sitzung der TG am 5. April 2006, bei der die von ihm selbst eingereichte Literatur aus Handsuche bewertet wurde. Damit wurde im Bewertungsverfahren weit über das von der Verfahrensordnung geforderte Maß hinaus kontinuierlich die Expertenmeinung aus Reihen der Fachverbände hinzugezogen und berücksichtigt.

2.4.4 Zusammenfassung der Evidenz zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen

1. Studien im ambulanten Setting

Im ambulanten Bereich wurden Studien zur Gesprächspsychotherapie für folgende Indikationsgruppen identifiziert:

- Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39)
- Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen (ICD-10 F40-F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F50-F59)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10-F19)

- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F60-F69)

Zusätzlich wurden indikationsübergreifende Studien geprüft.

Lediglich in einem Indikationsbereich (Affektive Störungen) konnte für die Gesprächspsychotherapie entsprechend der Operationalisierung gemäß Abschnitt 2.3 eine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik geeignet ist, Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu belegen.

Häufige Gründe dafür, dass die übrigen ausgewerteten Studien nicht geeignet sind, die hier interessierende Fragestellung zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu beantworten, waren:

- geringe Fallzahlen,
- Diagnosestellung nicht oder nicht hinreichend operationalisiert,
- bei dem angewandten Verfahren handelt es sich nicht um Gesprächspsychotherapie,
- Studienteilnehmer waren keine Patienten, sondern Personen, bei denen keine krankheitswertigen Störungen im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien bestanden.

(1) Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39)

Studie von King, Sibbald, Ward et al. (2000)⁸, Evidenzstufe 1

Die Studie von Ward und King vergleicht Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie und die Therapie durch den Hausarzt bei Patienten mit mittelschwerer Depression. In einem mehrarmigen Design wird dabei sowohl die Forderung nach einer Randomisierung, als auch die Patientenpräferenz (Ablehnung einer randomisierten Zuordnung) berücksichtigt. So werden Patienten ohne Präferenz in alle drei Gruppen randomisiert, in zwei weiteren Behandlungsarmen werden die psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit Präferenz für eine Psychotherapie randomisiert verglichen, zwei weitere Behandlungsarme vergleichen die psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit Präferenz für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren.

Sowohl in allen drei Designs als auch in der zusammenfassenden Bewertung zeigt sich, dass sich die Behandlungseffekte einer auf maximal 12 Sitzungen begrenzten Gesprächspsychotherapie für Patienten mit depressiven Störungen, überwiegend in Form von „Depression“ und „Depression und Angst gemischt“, nicht von der einer ebenfalls zeitbegrenzten kognitiven Verhaltenstherapie mit 12 Sitzungen unterscheiden. Beide Interventionen sind nach 4 Monaten der Behandlung durch den Hausarzt überlegen, nach 12 Monaten gibt es keinen signifikanten Unterschied; die Effekte der Hausarztbehandlung haben sich an die der Psychotherapiegruppen angeglichen. Die gleichzeitige medikamentöse Therapie bei 27% bzw. 30% der Patienten mit Psychotherapie und bei 49% der Gruppe mit „nur Hausarztbehandlung“ stützt die viermonatigen Katamneseeffekte der psychotherapeutischen Interventionen.

Aufgrund der viermonatigen Katamneseeffekte wird im Vergleich zu dem Standardbehandlungsverfahren „Hausarztbehandlung“ ein Nutzen der psychotherapeutischen Interventionen Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie als belegt angesehen.

⁸ King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M, Byford S. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care (monograph). Health Technology Assessment 2000; 4 (19): 1-84.

Eine weitere Studie gibt einen schwachen Hinweis auf eine mögliche Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie:

(2) Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2)

Studie von Altenhöfer et al. (2006)⁹, Evidenzstufe 2

Die kontrollierte Studie von Altenhöfer et al. (2006), untersucht die Wirkung der Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit Anpassungsstörung im Vergleich zu einer unbehandelten Vergleichsgruppe.

Bei allen angewandten Fragebögen kommt es in der Interventionsgruppe zu einer signifikanten Verbesserung der erhobenen Parameter im Vergleich zur Wartegruppe. Allerdings besteht wegen methodischer Mängel eine eingeschränkte Aussagekraft der Studie zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie: unter anderem wurden bis zu 48,4% der Patienten zusätzlich medikamentös behandelt und der Einflussfaktor der Medikation auf die Veränderung der Störung wurde nicht kontrolliert, was insbesondere bei der nicht randomisierten Studie einen relevanten limitierenden Faktor darstellt.

Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie können insbesondere aufgrund des Vergleichs mit einer unbehandelten Wartegruppe und des unkontrollierten Medikamenteneffekts nicht hinreichend belegt werden.

Im ambulanten Bereich konnte in den anderen Indikationsbereichen keine Studie identifiziert werden, welche geeignet wäre, die hier interessierende Fragestellung zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu beantworten.

2. Studien im stationären Setting

Im stationären Bereich konnte keine Studie identifiziert werden, welche geeignet wäre, die hier interessierende Fragestellung zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu beantworten. Bei allen vorliegenden Studien erfolgte die Gesprächspsychotherapie als ein Baustein im Rahmen eines komplexen stationären Behandlungskonzeptes. Da keine Kontrollbedingungen gewählt wurden, die eine isolierte Bewertung der Gesprächspsychotherapie zulassen, kann auf Basis dieser Studien keine Aussage über die isolierte Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie getroffen werden.

2.4.5 Update der Evidenzlage Oktober 2007

Zur Vorbereitung einer erneuten Beschlussfassung des G-BA in der ersten Jahreshälfte 2008 ist aufgrund der o.g. Zeiträume ein update des Berichts zum Nutzen der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen notwendig geworden.

Die Methodik der systematischen Recherche ist im Bericht der Themengruppe Gesprächspsychotherapie vom 17. Juli 2006 im Detail beschrieben.

Im Sinne eines Updates wurde die Recherchestrategie unverändert belassen und für den relevanten update-Zeitraum Januar 2006 bis Oktober 2007 durchgeführt.

⁹ Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? (Manuskript, zur Veröffentlichung eingereicht Zeitschrift Psychotherapeut, Status "accepted"). Manuskript 2006.

Die Details der Studienaushwertung aus der update Recherche sind im „Bericht der Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie des Unterausschusses Psychotherapie“ vom 6. Februar 2008 beschrieben.

Die Auswertung der durch die update-Recherche identifizierten HTA-Berichte und Primärstudien ergab keine zusätzlichen Erkenntnisse, dass das Fazit im Bericht der Themengruppe Gesprächspsychotherapie zu ändern sei.

Keine der ausgewerteten Studien aus der update-Recherche war relevant oder geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

2.5 Notwendigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Bei der sektorenübergreifenden Prüfung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie wurde bei der systematischen Literaturrecherche eine Studie für die Indikation Depression gefunden, die eine Gleichwertigkeit der Gesprächspsychotherapie zur Verhaltenstherapie unter den Bedingungen des britischen Versorgungssystems zeigt (King, Sibbald, Ward et al. 2000).

Für alle anderen krankheitswertigen Störungen liegen keine ausreichend belastbaren Studien vor, die eine mindestens gleichwertige Wirksamkeit bzw. mindestens gleichwertigen Nutzen der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu bereits zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Verfahren zeigen (vgl. § 135 Abs. 1 SGB V).

Diese bereits zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Verfahren werden bei der Behandlung aller krankheitswertigen Störungen der in Abschnitt D der Psychotherapie-Richtlinien aufgeführten Anwendungsbereiche eingesetzt. Die Gesprächspsychotherapie hat jedoch aufgrund der Studienlage nur Hinweise auf ihren Nutzen bei depressiven Störungen als Teil des Anwendungsbereiches Affektive Störungen der Psychotherapie-Richtlinien erbracht.

In allen anderen Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinien wurde aufgrund der Studienlage kein Hinweis auf einen Nutzen der Gesprächspsychotherapie erbracht.

Damit ist im Vergleich zu den bisher nach den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren eine medizinische Notwendigkeit zur Einführung der Gesprächspsychotherapie, die einen Hinweis auf ihren Nutzen lediglich für den Anwendungsbereich der depressiven Störungen erbracht hat, in den deutschen Versorgungskontext nicht gegeben, da die Versorgung der Patienten mit diesen Störungen – einschließlich häufig hierbei ggf. bestehender komorbider Störungen (s.u.) – durch die bisher in den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren gewährleistet ist.

Auch der denkbare Fall, dass ein Psychotherapieverfahren in einem umschriebenen Indikationsspektrum den in der Versorgung befindlichen Verfahren überlegen ist, ohne einen breiten Indikationsbereich abzudecken, trifft auf die Gesprächspsychotherapie nicht zu, da aufgrund der Auswertung der Studien lediglich eine Gleichwertigkeit zu einer kurzen Verhaltenstherapie für den Indikationsbereich Depression belegt ist.

Bei einer Anerkennung der Gesprächspsychotherapie wäre für alle Indikationen, für die keine Wirksamkeit bzw. Gleichwertigkeit zu den anerkannten Richtlinienverfahren festgestellt wurde, eine Unter- oder Fehlversorgung die mögliche Folge. Genauso wie ärztliche Therapien hat auch die Psychotherapie relevante Risiken, die bis hin zum Suizid gehen können. Aufgrund der bisher nicht nachgewiesenen Wirksamkeit bzw. Gleichwertigkeit mit den anerkannten Richtlinienverfahren steht diesem möglichen Risiko kein ausreichend belegter Nutzen gegenüber.

Auch eine indikationsspezifische Abrechnungserlaubnis könnte keine geeignete Alternative darstellen, da das Problem der Komorbiditäten besteht.

Zum Problem der Komorbidität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – insbesondere bei Depressionen

Sehr viele Patienten mit depressiven Störungen leiden zusätzlich an verschiedenen komorbiden Erkrankungen. Dieser Befund zeigt sich sowohl in aktuellen Studien¹⁰ als auch in epidemiologischen Untersuchungen aus zurückliegenden Prävalenzperioden¹¹. Gastpar¹² geht nach einer Auswertung verschiedener epidemiologischer Studien von einer Komorbiditätsrate von etwa 50 % aus, Hautzinger und Bronisch¹³ gehen von einer Komorbiditätsrate von 75 bis 90 % aus. Insbesondere sind hier Angst- und Panikerkrankungen, Zwangsstörungen, Schmerzstörungen, somatoforme Störungen sowie Ess-Störungen, Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen zu nennen.

Die komorbiden psychischen Störungen können auch erst während der Therapie deutlich werden und sind dann nicht in der Eingangsdiagnostik oder während der probatorischen Sitzungen und daher auch nicht durch eine vorgeschaltete Zuweisungsinstanz zu entdecken. Daraus abgeleitet bestünde für den Patienten die Gefahr, dass bei initialer Therapie mit einem Verfahren mit eingeschränktem Indikationsspektrum durch später deutlich werdende komorbide Störungen und einem damit notwendig werdenden Therapeutenwechsel der Krankheitsverlauf negativ beeinflusst und der Leidensweg des Patienten unnötig verlängert würde.

Auch eine gleichzeitige Behandlung durch verschiedene Therapeuten mittels verschiedener Psychotherapieverfahren ist fachlich nicht vertretbar. Weiterhin besteht auf Seiten des Patienten ein begründetes Interesse, von *einem* Therapeuten behandelt zu werden, der ein Verfahren beherrscht, das ihn in einem angemessenen Zeitraum ein sachgerechtes Behandlungsangebot erwarten lässt. Auch sollte dem Patienten eine bei einem Therapeutenwechsel möglicherweise erneut entstehende Wartezeit erspart werden.

Eine Fehlallokation und somit mögliche Unter- oder Fehlversorgung ließe sich auch durch Schaffung einer primären Zuweisungsinstanz zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung, die zum Beispiel analog dem Primärarztmodell oder analog dem früheren Delegationsverfahren gestaltet werden könnte, nicht verhindern. Für Patienten besteht u.a. ein

¹⁰ Jacobi F, Wittchen HU, Hofler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34(4): 597-611

Jacobi F, Klose M, Wittchen HU (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47:736-744

Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winer S, Schmidt-Kunz B (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61: Sonderheft 2: 216-222

¹¹ Schepank H (1987): *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York

¹² Gastpar, M (2006): Depression und Komorbidität. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld, F.-W. Schwartz (Hg.): *Volkskrankheit Depression?* Springer, Berlin: 277-286.

¹³ Hautzinger M, Bronisch, Th (2000): Symptomatik Diagnostik und Epidemiologie der Depression. In: N. Hoffmann u. H. Schauenburg (Hg.): *Psychotherapie der Depression*. Thieme, Stuttgart, New York: 1-13.

möglicher Schaden durch notwendige Therapeutenwechsel mit damit verbundenen möglichen erneuten Wartezeiten, einer Verzögerung bis zum Beginn einer effektiven Therapie, erneuten probatorischen Sitzungen und der erneuten Notwendigkeit, ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten aufzubauen. Eine indikationsbezogene Zulassung von Psychotherapieverfahren wird sowohl von den Fachgesellschaften als auch von Bundesärztekammer¹⁴ und Bundespsychotherapeutenkammer¹⁵ abgelehnt.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat dies in Ihrer Stellungnahme im Rahmen der Anhörung zu den am 20. Juni 2006 von Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien-Änderungen, die mit Schreiben des BMG vom 15. August 2006 teilweise beanstandet wurden, verdeutlicht. Hier heißt es auf Seite 20, 2. Absatz: „Die BPtK teilt den vom Unterausschuss Psychotherapie formulierten Grundsatz, die Versorgungsrelevanz eines Verfahrens als zentrales Kriterium für die Art der Integration als Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinien heranzuziehen.“ Weiter wird dann auf Seite 21, 2. Absatz der Stellungnahme ausgeführt. „Wenn die psychotherapeutische Versorgungsrelevanz von Anwendungsbereichen der Psychotherapie als ein zentrales Kriterium für die Zulassung von neuen psychotherapeutischen Verfahren für die gesamte Breite der Anwendungsbereiche herangezogen wird, müssen Wirksamkeitsbelege zu Verfahren insbesondere für Anwendungsbereiche mit der höchsten Versorgungsrelevanz vorliegen.“

Auf Seite 25 Nr. 2 der Stellungnahme konstatiert die Bundespsychotherapeutenkammer schließlich: „Um eine ausreichende Qualität in der Versorgung sicher zu stellen, sollten Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens vorrangig für die in der psychotherapeutischen Versorgung relevantesten Anwendungsbereiche belegt sein.“

Diese Zitate belegen nachdrücklich, dass eine rein indikationsbezogene Zulassung eines Verfahrens auch seitens der Bundespsychotherapeutenkammer eindeutig nicht befürwortet wird.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Kriterium Notwendigkeit im Kontext des ambulanten Versorgungssektors von der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen nicht erfüllt wird.

2.6 Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Sofern festgestellt wurde, dass die medizinische Notwendigkeit im ambulanten Versorgungskontext zur Einführung eines neuen Verfahrens nicht gesehen wird, ist dessen Prüfung auf Wirtschaftlichkeit nach der Verfahrensordnung nicht mehr notwendig. Unter der Prämisse der vom BMG im Schreiben vom 15. August 2006 formulierten Erwägungen zur lediglich indikationsspezifischen Zulassung bzw. Abrechnungsgenehmigung als Verfahren der Gesprächspsychotherapie, begrenzt auf den Bereich der depressiven Störungen, soll dennoch hierzu Stellung genommen werden. Dabei beziehen sich die folgenden Aussagen lediglich auf diese Prämisse und nicht auf das Denkmodell einer Zulassung der Gesprächspsychotherapie als Methode im Rahmen bereits anerkannter Richtlinien-Verfahren.

In der o.g. Studie (King, Sibbald, Ward et al., 2000) wurden zusätzlich zur Messung der Therapieeffekte direkte und indirekte Kosten (Ressourcenverbrauch, verlorene Produktivität, etc.) der 197 auf drei Behandlungsarme randomisierten Patienten zu den Zeitpunkten 4 Monate und 12 Monate nach Studienbeginn erfasst. Es zeigten sich keine signifikanten Un-

¹⁴ Stellungnahme BÄK vom 31.10.2006, S.13

¹⁵ Stellungnahme BPtK vom 30.10.2006, S. 16

terschiede zwischen den Gruppen. Die Autoren fassen auf Seite 37 f als Ergebnis ihrer ökonomischen Analyse zusammen: Es gibt keine Unterschiede hinsichtlich der Kosten zwischen den Therapiebedingungen Hausarztbehandlung, Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Wegen des besseren klinischen Outcomes der psychotherapeutischen Interventionen Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie gegenüber Hausarztbehandlung nach 4 Monaten sind die beiden ersteren relativ kosteneffektiver als letztere. Nach 12 Monaten gibt es keinen Unterschied im klinischen Outcome, so dass auf lange Sicht keine der Behandlungen als vergleichsweise kosteneffektiver bezeichnet werden kann. Die ökonomische Analyse ist jedoch unter den Bedingungen des britischen Gesundheitssystem durchgeführt worden und ist nicht auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Studien zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im deutschen Versorgungskontext liegen nicht vor.

Folgende Argumente sprechen allerdings dafür, dass eine indikationsspezifische Zulassung bzw. Abrechnungsgenehmigung für Gesprächspsychotherapie als Verfahren bezogen auf den Bereich der depressiven Störungen selbst dann unwirtschaftlich wäre, wenn eine Zulassung des Verfahrens auf der Basis des Nutzenbelegs für nur eine einzige Indikation ermöglicht würde:

Bei einer indikationsspezifischen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie würden ggf. Überweisungen zu anderen Therapeuten bzw. Mitbehandlungen von Komorbiditäten erforderlich. Entsprechende Doppel- bzw. Mehrfachbehandlungen sind jedoch keinesfalls im Interesse der Patienten, bedeuten mehr Behandlungskosten und sind somit unwirtschaftlich.

Weiterhin ergäbe sich ein zusätzlicher Abstimmungsbedarf zwischen den beteiligten Therapeuten, der ebenfalls zur Kostensteigerung der Behandlungen führen und zudem zusätzlich wertvolle zeitliche Ressourcen der Therapeuten binden würde.

In den eingereichten Unterlagen bzw. Stellungnahmen wurden für die Gesprächspsychotherapie Behandlungskontingente analog dem Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie von Höchstgrenzen bis 100 bzw. 80 Stunden genannt. Danach würden bei einer indikationsspezifischen Anerkennung diese Kontingente allein für den Bereich der depressiven Störungen beansprucht, wobei häufig vorhandene komorbide Störungen im weiteren Verlauf mit zusätzlichen Kontingenten im Rahmen eines anderen Richtlinien-Verfahrens behandelt werden müssten, mit der Folge zusätzlich medizinisch notwendiger Behandlungskontingente. Im Rahmen der auf der Basis der Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren können diese komorbiden Störungen in einem Gesamtbehandlungsplan ohne zusätzliche Kontingente bzw. Therapeuten berücksichtigt und therapiert werden. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist eine indikationsspezifische Anerkennung der Gesprächspsychotherapie unwirtschaftlich.

Gleiches gilt auch für die Überlegung der Schaffung einer Zuweisungsinstanz zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung in den Richtlinien, die zu erheblichen Mehrkosten führen würde, ohne dass ein fachlicher Nutzen besteht. Darüber hinaus könnte sie an der oben angesprochenen Problematik der Doppelbehandlungen nichts ändern. Dies würde sowohl für eine analog dem Primärarztmodell gestaltete Regelung als auch für eine solche, die analog dem früheren Delegationsverfahren geschaffen würde, gelten. Die letztere Regelung gab es schon in den bis zum 31. Dezember 1998 gültigen Psychotherapie-Richtlinien im Abschnitt G 2., in dem das Delegationsverfahren geregelt war, wobei der damalige Delegationsarzt entsprechende Zuweisungsinstanz für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war. Dabei war dies jedoch eine Hilfskonstruktion zur Einbeziehung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die psychotherapeutische Behandlung, da sie erst zum Inkrafttreten des Psychotherapeuten-Gesetzes am 01. Januar 1999 eigenverantwortlich heilberuflich tätig werden konnten. Die erneute Schaffung einer Zuweisungsinstanz

wäre mit der Kompetenz zur eigenverantwortlichen Indikationsstellung für Psychotherapie nicht vereinbar.

Weiterhin müsste analog zu den bisher anerkannten Verfahren für die Erbringung der Gesprächspsychotherapie eine eigenständige Begutachtung erfolgen, die sich allerdings lediglich auf die Teilindikation der depressiven Störungen beziehen könnte. Bei ggf. festgestellten Komorbiditäten würden weitere Begutachtungen in anderen Verfahren notwendig, was weitere zusätzliche Kosten bedeuten würde, da ansonsten das Gutachten für einen entsprechenden Gesamtbehandlungsplan in einem schon anerkannten Verfahren einmalig erfolgen kann.

2.7 Abwägung und Prüfung anhand der Kriterien in B I. 3 Psychotherapie-Richtlinien

Grundlage der Prüfung der Gesprächspsychotherapie bildet die systematische Recherche und Auswertung der wissenschaftlichen Literatur, die nach international gültigen Kriterien der evidenzbasierten Medizin bewertet wurden.

Die Ergebnisse dieser Nutzenbewertung bilden ihrerseits die Grundlage für die Prüfung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie für die Prüfung, ob die Kriterien der Psychotherapierichtlinie erfüllt sind.

Basis von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind stets die zum Beschlusszeitpunkt gültigen Richtlinien. Dem jetzt zu treffenden Beschluss des G-BA zur Gesprächspsychotherapie liegt demnach die am 20. Dezember 2007 geänderte und am 21. März 2008 in Kraft getretene Psychotherapierichtlinie zugrunde. Da diese Änderung während der Verfahrensprüfung der Gesprächspsychotherapie erfolgte, sieht es der G-BA im Konsens mit dem BMG¹⁶ aus Transparenzgründen als geboten an, die Gesprächspsychotherapie nicht nur nach der seit dem 21. März 2008 gültigen, sondern auch nach der bis zum 20. März 2008 gültigen Psychotherapierichtlinie zu bewerten. Da zudem im Rahmen der Bewertung auch das höherrangige Recht des § 135 SGB V und die BUB-Richtlinien bzw. seit dem 1. Oktober 2005 die VerFO des G-BA berücksichtigt werden müssen, erfolgt im Folgenden eine Bewertung der Gesprächspsychotherapie auf Grundlage des Nutzenberichts

1. nach der bis zum 20. März 2008 gültigen Psychotherapierichtlinie ohne Berücksichtigung von § 135 SGB V und der VerFO
2. nach der bis zum 20. März 2008 gültigen Psychotherapierichtlinie unter Berücksichtigung von § 135 SGB V und der VerFO
3. nach der seit dem 21. März 2008 gültigen Psychotherapierichtlinie unter Berücksichtigung von § 135 SGB V und der VerFO

¹⁶ Schreiben vom 03.03.2008 zur Nichtbeanstandung der Richtlinienänderung vom 20.12.2007

2.7.1 Abwägung und Prüfung anhand der Kriterien in B I. 3 Psychotherapie-Richtlinien (gültig bis 20. März 2008) ohne Berücksichtigung von §135 SGB V und der Verfahrensordnung

Im Folgenden wird die GT anhand der Kriterien B. I. 3.1 bis 3.4 nach der bis zum 20. März 2008 gültigen Psychotherapierichtlinie ohne Berücksichtigung von § 135 SGB V und der VerFO bewertet.

B. I. 3.1 Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychTG hat mit Datum vom 16. September 2002 den zuständigen Landesbehörden empfohlen, die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zuzulassen. Diese Feststellung war eine der Grundvoraussetzungen für die Aufnahme der sozialrechtlichen Prüfung der Gesprächspsychotherapie. Diese Voraussetzung nach B I. 3.1 ist damit erfüllt.

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

Die Anforderung des „Nachweises der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung“ ist im Lichte des Versorgungsstandards gem. §§ 2, 12 SGB V in der Weise auszulegen, dass Wirksamkeit und Nutzen eines psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens durch wissenschaftliche Studien zu belegen ist. Geprüft wird dies auf Grundlage der Verfahrensordnung. Ergebnis einer solchen Prüfung ist der Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen. Danach belegt die ausgewertete Literatur die erfolgreiche Anwendung an Kranken lediglich für das eine Krankheitsbild Depression im Indikationsbereich Affektive Störungen.

Diese Voraussetzung nach B I. 3.2 ist damit lediglich für die Indikation Depression aus dem Indikationsbereich Affektive Störungen, nicht jedoch für die anderen Indikationsbereiche der Psychotherapie-Richtlinien erfüllt.

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

Soweit in dieser Regelung die Anerkennung eines psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens davon abhängig gemacht wird, dass es im Vergleich zu den bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Verfahren eine Erweiterung oder Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung bedeutet, z.B. im Sinne eines therapeutischen Mehrwerts oder einer therapeutischen Überlegenheit, wird damit kein rechtswidriger Maßstab angelegt. Nach der Rechtsprechung des BSG ist die Befugnis, neue Verfahren auch darauf hin zu überprüfen, ob sie z.B. eine therapeutische Überlegenheit gegenüber den konventionellen Verfahren aufweisen, aus dem in Parenthese gesetzten Tatbestandsmerkmal der Ermächtigungsgrundlage in § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V abzuleiten, wonach der Bundesausschuss den therapeutischen Nutzen einer Methode

„– auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte[n] Methoden –“ beurteilen soll. Insoweit hat das BSG in einem Urteil vom 19. März 2002, B 1 KR 36/00 R zum Bedeutungsgehalt dieses Tatbestandsmerkmals Folgendes festgestellt:

„Die Revision rügt ohne Erfolg, der Bundesausschuss habe einen rechtswidrigen Maßstab angelegt. In der vom LSG eingeholten Stellungnahme des Bundesausschusses ist ausgeführt, die Hippotherapie sei in der Vergangenheit abgelehnt worden, weil eine therapeutische Überlegenheit gegenüber konventionellen Methoden nicht habe plausibel gemacht werden können. Außerdem sei nicht dargelegt worden, dass die Hippotherapie zu den gleichen Kosten wie die konventionellen Therapien durchgeführt werden könne.

Die so begründete Entscheidung steht mit höherrangigem Recht in Einklang. Nach § 138 SGB V hat der Bundesausschuss über den "therapeutischen Nutzen" neuer Heilmittel zu entscheiden; **das ist weniger ausführlich als die Formulierung in § 135 Abs 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, wo dem Bundesausschuss aufgegeben ist, neben dem Nutzen einer neuen Methode auch deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und dabei auch einen Vergleich mit den bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden anzustellen.** Dennoch gelten für die Prüfung neuer Heilmittel dieselben Beurteilungsmaßstäbe wie für neue Behandlungsmethoden. Der Zusatz in § 135 Abs. 1 SGB V wurde mit dem 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 (BGBl I 1520) in das Gesetz aufgenommen und wird in der Begründung als Klarstellung bezeichnet (BT-Drucks 13/6087 S. 29). Das entspricht der vorgefundenen Rechtslage. Denn schon in der ursprünglichen Fassung wurde in § 135 Abs 1 Satz 1 SGB V auf die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Bezug genommen, die ihrerseits nach § 92 Abs 1 Satz 1 SGB V "die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten" bieten sollen. Insofern enthält die Ergänzung von § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V durch das 2. GKV-NOG in der Tat keine Neuregelung, sondern eine Klarstellung der von Anfang an bestehenden Absichten des Gesetzgebers. **Es wäre auch mit dem Sinn der gesetzlichen Regelung nicht vereinbar, wenn die Krankenkasse zusätzlich zur Anerkennung des therapeutischen Nutzens einer Methode durch den Bundesausschuss verpflichtet wäre, über deren (generelle) Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits etablierten Methoden – noch eine eigene Entscheidung zu treffen.** Von daher braucht nicht weiter untersucht zu werden, inwiefern im "therapeutischen Nutzen" schon begrifflich Elemente der Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit enthalten sind. **Deshalb ist es nicht zu beanstanden, wenn der Bundesausschuss die Ablehnung der Hippotherapie unter Berücksichtigung von deren höheren Kosten auf**

die Erwägung gestützt hat, eine Überlegenheit gegenüber der traditionellen Vorgehensweise sei nicht festzustellen.“

Daraus wird deutlich, dass der Bundesausschuss im Rahmen der ihm nach dem Gesetz aufgegebenen vergleichenden Beurteilung von Methoden bzw. Verfahren auch Erwägungen zu einer therapeutischen Verbesserung, z.B. im Sinne einer Überlegenheit des neuen Verfahrens gegenüber den etablierten Verfahren, unter bestimmten Voraussetzungen anstellen dürfte. Bei Anwendung dieser Grundsätze käme man zu dem Ergebnis, dass die Einführung der Gesprächspsychotherapie als ein Psychotherapieverfahren, welches einen Wirksamkeitsnachweis bei nur einer psychischen Störung erbracht hat, der vertragsärztlichen Versorgung keine Erweiterung oder Verbesserung einbrächte. Die Versorgung der Patienten mit depressiven Störungen – einschließlich häufig hierbei ggf. bestehender komorbider Störungen – ist durch die bisher in den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren gewährleistet. Diese Voraussetzung nach B I. 3.3 in der Fassung der bis zum 20. März 2008 gültigen Psychotherapie-Richtlinien (ohne Berücksichtigung des § 135 SGB V und der VerfO, die lediglich eine Prüfung auf Gleichwertigkeit vorsieht) ist somit nicht erfüllt.

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

In Deutschland bestehen sowohl Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte als auch nach Auskunft der Landesprüfungsämter staatlich anerkannte Ausbildungsstätten für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie. Diese Voraussetzung nach B I. 3.4 ist somit erfüllt.

Als **Fazit** ist also der Schluss zu ziehen, dass die Gesprächspsychotherapie die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien (gültig bis 20. März 2008) – ohne gesetzeskonforme Auslegung unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Nutzenbewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren gemäß § 91 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V iVm §§ 3 u. 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 VerfO – **nicht** erfüllt.

2.7.2 Abwägung und Prüfung anhand der Psychotherapie-Richtlinien (gültig bis 20. März 2008) unter Berücksichtigung von §135 SGB V und der Verfahrensordnung

Im Folgenden wird die Gesprächspsychotherapie anhand der Kriterien B. I. 3.1 bis 3.4 der Psychotherapie-Richtlinien in der Fassung vom 17. September 2006 i.V.m. § 135 SGB V und der VerfO des G-BA in der Fassung vom 18. April 2006 bewertet.

Dies entspricht dem Sinn und Zweck der Regelung in § 91 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V, mit der dem G-BA aufgegeben wird, in einer Verfahrensordnung methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen, d.h. auch psychotherapeutische festzulegen. In Übereinstimmung mit dem BMG geht der G-BA davon aus, dass psychotherapeutische Verfahren ebenso wie z.B. ärztliche Behandlungsmethoden nach Maßgabe der Verfahrensordnung zu bewerten sind, weil auch psychotherapeutische Verfahren einer systematischen und indikationsbezogenen Bewertung nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin zugänglich sind (vgl. Schreiben des BMG vom 15. August 2006, S. 6). In diesem Sinne hatte bereits der Rechtsvorgänger des G-BA, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, durch Beschluss vom 20. April 2004 den Anwendungsbereich der BUB-Richtlinien auch auf die Bewertung psychotherapeutischer Verfahren ausgedehnt.

Nach Auffassung des G-BA entsprechen die Kriterien in B. I. 3.2 bis 3.4 der Psychotherapie-Richtlinien, welche für den ambulanten Bereich die Voraussetzungen für die Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in die GKV regeln, nicht mehr den gesetzlichen Anforderungen an die Nutzenbewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren. Grund dafür ist, dass die Bewertung psychotherapeutischer Behandlungs- und Anwendungsformen für den vertragsärztlichen Bereich nach dem Sinn und Zweck des § 91 Abs. 3 Nr. 1 SGB V nach Maßgabe der in der Verfahrensordnung festgelegten Bewertungsmaßstäbe erfolgen soll. Dementsprechend erstreckt sich der Anwendungs- und Geltungsbereich der Verfahrensordnung gemäß § 91 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. §§ 3 u. 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 VerfO auch auf die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren.

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.

Um das Ergebnis eines Abschlussberichts zu neuen Verfahren, Methoden oder Techniken umsetzen zu können, hat der G-BA am 20. Juni 2006 Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten B I. 3. und 4. der Psychotherapie-Richtlinien beschlossen. Diese Änderung der Psychotherapie-Richtlinien wurde vom BMG in seinem Schreiben vom 15. August 2006 beanstandet. Nach Konsensbildung mit dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie erfolgte ein erneuter Beschluss des G-BA am 20.12.2008, der nach Nichtbeanstandung des BMG am 21. März 2008 in Kraft getreten ist.. Ausdrücklich ausgenommen von der damaligen Beanstandung war die Regelung, dass für die Anerkennung für Verfahren der Psychotherapie ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA zu erbringen ist, ein

Grundsatz, der schon jetzt durch die Verbindlichkeit der Verfahrensordnung unmittelbar Geltung beansprucht.

Aus Gründen der Transparenz wird die auf Grund der Ergebnisse des Nutzenberichtes erfolgende Bewertung der Gesprächspsychotherapie nun auf Grundlage der Psychotherapie-Richtlinien (gültig bis 20. März 2008) dargestellt. Dabei werden allerdings die Kriterien in B I. 3. der Psychotherapie-Richtlinien nur insoweit angewandt, als sie den nach § 91 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. §§ 3 u. 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 VerfO für die Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren geltenden Anforderungen an den Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht entgegenstehen. Dies bedeutet für die Bewertung, dass ein neues Verfahren keine Überlegenheit im Vergleich zu den bereits zu Lasten der GKV erbrachten Psychotherapieverfahren nachweisen muss.

B. I. 3.1 Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychTG hat mit Datum vom 16. September 2002 den zuständigen Landesbehörden empfohlen, die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zuzulassen. Diese Feststellung war eine der Grundvoraussetzungen für die Aufnahme der sozialrechtlichen Prüfung der Gesprächspsychotherapie. Diese Voraussetzung nach B I. 3.1 ist damit erfüllt.

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

Die Anforderung des „Nachweises der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung“ ist im Lichte des Versorgungsstandards gem. §§ 2, 12 SGB V in der Weise auszulegen, dass Wirksamkeit und Nutzen eines psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens durch wissenschaftliche Studien zu belegen ist. Geprüft wird dies auf Grundlage der Verfahrensordnung.

Ergebnis einer solchen Prüfung ist der Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen. Danach belegt die ausgewertete Literatur die erfolgreiche Anwendung an Kranken lediglich für das eine Krankheitsbild Depression im Indikationsbereich Affektive Störungen.

Wie oben dargestellt, erfolgt die Bewertung psychotherapeutischer Behandlungs- und Anwendungsformen für den vertragsärztlichen Bereich gemäß § 135 Abs. 1 SGB V nach Maßgabe der Verfahrensordnung. Die Verfahrensordnung hebt mit den Anforderungen der Verfahrensordnung an die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit und das zu berücksichtigende wissenschaftliche Erkenntnismaterial für die Bewertung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren **nicht** darauf ab, dass über mindestens 10 Jahre Nach-

weise der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung erbracht werden müssen. Daher wird dieses 10-Jahres Kriterium bei der Bewertung der Gesprächspsychotherapie nur mittelbar im Sinne der Erläuterungen zu B1.3.2 in Abschnitt 2.7.1 berücksichtigt.

Diese Voraussetzung nach B I. 3.2 ist damit lediglich für die Indikation Depression aus dem Indikationsbereich Affektive Störungen, nicht jedoch für die anderen Indikationsbereiche der Psychotherapie-Richtlinien erfüllt.

Auch wenn, wie von der BPtK vorgeschlagen, die psychotherapeutischen Ansätze der PET, der EFT, der EFT-AS, und der klärungsorientierten Psychotherapie vom GBA der Gesprächspsychotherapie zugeordnet worden wären, würde lediglich der bereits anerkannte Nutznachweis im Indikationsgebiet affektive Störungen durch eine weitere Studie mit PET ergänzt¹⁷. Für den Indikationsbereich „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ wurde eine methodisch sorgfältige Studie identifiziert (Paivio, 2001), bei der allerdings die externe Validität wegen der hohen Selektivität fraglich ist. Das Vorgehen ist laut Autoren möglicherweise für Patienten mit multiplen und dauerhaften Problemen kontraindiziert.¹⁸

Für alle anderen Indikationsbereiche konnten auch bei Berücksichtigung dieser psychotherapeutischen Ansätze keine weiteren Studien identifiziert werden, die für einen Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen geeignet sind.

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

Dieses Kriterium sieht vor, dass nachgewiesen werden muss, dass die Einführung eines neuen Verfahrens eine Erweiterung bzw. Verbesserung der Versorgung bedeutet, was entweder den *Nachweis der Überlegenheit und/oder größeren Wirtschaftlichkeit* gegenüber den bisher anerkannten Verfahren zumindest in bestimmten Anwendungsbereichen erforderlich machen würde. Da dieses Erfordernis über die gültige Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren hinaus geht, die lediglich eine Gleichwertigkeit fordert, wurde sie der Verfahrensprüfung nicht zugrunde gelegt.

Rechtliche Grundlage für die weitere Prüfung ist stattdessen – auf Grundlage des § 135 Abs. 1 SGB V – die sektorspezifische Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie gem. § 20 Abs. 3 VerfO und die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie gem. § 17 Abs. 2 Nr. 3 VerfO auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden.

¹⁷ Siehe Seite 47

¹⁸ „In summary, present results support the applicability of EFT-AS to moderately distressed adult survivors of child abuse who are suitable for short-term therapy. However, short-term modalities with a circumscribed focus on past issues may be contraindicated for individuals with multiple ongoing problems.”

Diese weitere Prüfung ergibt den Nachweis eines Nutzens nur für die Depression im Indikationsbereich „Affektive Störungen“.

Bei einer Anerkennung der Gesprächspsychotherapie wäre für alle Indikationen, für die keine Wirksamkeit bzw. Gleichwertigkeit zu den anerkannten Richtlinienverfahren festgestellt wurde, eine Unter- oder Fehlversorgung die mögliche Folge. Genauso wie ärztliche Therapien hat auch die Psychotherapie relevante Risiken, die bis hin zum Suizid gehen können. Aufgrund der bisher nicht nachgewiesenen Wirksamkeit bzw. Gleichwertigkeit mit den anerkannten Richtlinienverfahren steht diesem möglichen Risiko kein ausreichend belegter Nutzen gegenüber.

Damit ist im Vergleich zu den bisher nach den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren eine medizinische Notwendigkeit zur Einführung der Gesprächspsychotherapie, die einen Hinweis auf ihren Nutzen lediglich für den Anwendungsbereich der depressiven Störungen erbracht hat, in den deutschen Versorgungskontext nicht gegeben, da die Versorgung der Patienten mit diesen Störungen – einschließlich häufig hierbei ggf. bestehender komorbider Störungen durch die bisher in den Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren gewährleistet ist.

Diese bereits zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Verfahren werden bei der Behandlung aller krankheitswertigen Störungen der in Abschnitt D der Psychotherapie-Richtlinien aufgeführten Anwendungsbereiche eingesetzt.

Eine Fehlallokation und somit mögliche Unter- oder Fehlversorgung ließe sich auch durch Schaffung einer primären Zuweisungsinstanz zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung, die zum Beispiel analog dem Primärarztmodell oder analog dem früheren Delegationsverfahren gestaltet werden könnte, nicht verhindern. Für Patienten besteht u.a. ein möglicher Schaden durch notwendige Therapeutenwechsel mit damit verbundenen möglichen erneuten Wartezeiten, einer Verzögerung bis zum Beginn einer effektiven Therapie, erneuten probatorischen Sitzungen und der erneuten Notwendigkeit, ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten aufzubauen (siehe hierzu auch die ausführlichen Erläuterungen in 2.5 und 2.6).

An dieser Bewertung würde sich auch nichts ändern, wenn, wie von der BPtK vorgeschlagen, die psychotherapeutischen Ansätze der PET, der EFT, der EFT-AS, und der klärungsorientierten Psychotherapie vom GBA der Gesprächspsychotherapie zugeordnet worden wären (vergleiche Ausführungen zu B I. 3.2. Seite 33ff.)

Damit sind die Voraussetzungen nach B I. 3.3 nicht erfüllt.

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

In Deutschland bestehen sowohl Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte als auch nach Auskunft der Landesprüfungsämter staatlich anerkannte Ausbildungsstätten für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie. Diese Voraussetzung nach B I. 3.4 ist somit erfüllt.

In der Verfahrensordnung wird der Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte sowie Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht verlangt.

Als **Fazit** ist also der Schluss zu ziehen, dass die Gesprächspsychotherapie die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien (gültig bis 20.März 2008) – bei gesetzeskonformer Auslegung und unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Nutzenbewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren gemäß § 91 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V iVm §§ 3 u. 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 Verfo – **nicht** erfüllt.

2.7.3 Abwägung und Prüfung anhand der Schwellenkriterien in B I. 3 Psychotherapie-Richtlinien (gültig seit 21. März 2008)

Die Voraussetzungen für die Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren in B I. 3. Psychotherapie-Richtlinien (gültig seit 21. März 2008) für Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen lauten wie folgt:

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 zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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.

Zu 3.1:

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychTG hat mit Datum vom 16. September 2002 den zuständigen Landesbehörden empfohlen, die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zuzulassen. Diese Feststellung war eine der Grundvoraussetzungen für die Aufnahme der sozialrechtlichen Prüfung der Gesprächspsychotherapie. Damit ist festzuhalten, dass die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen das Kriterium 3.1 erfüllt.

Zu 3.2:

Als Beratungsgegenstand wurden alle Studien definiert, in denen Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) oder solche psychotherapeutischen Ansätze, welche die ge-

sprächspsychotherapeutischen Wirkvariablen verwirklichen (z.B. Focusing nach Gendlin), zur Anwendung kamen¹⁹.

Im ambulanten Bereich wurden Studien zur Gesprächspsychotherapie für folgende Indikationsgruppen identifiziert:

- Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39)
- Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen (ICD-10 F40-F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F50-F59)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10-F19)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F60-F69)

Zusätzlich wurden indikationsübergreifende Studien geprüft.

Lediglich in einem Indikationsbereich (Affektive Störungen) konnte für die Gesprächspsychotherapie entsprechend der Operationalisierung gemäß Abschnitt 2.3 eine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu belegen.

Die Studie von King, Sibbald, Ward et al. (2000)²⁰, Evidenzstufe 1 konnte die Wirksamkeit und den Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die Indikation Depression belegen. Damit sieht der G-BA einen Nutznachweis für den Indikationsbereich Affektive Störungen als gegeben an.

Die Studie von Altenhöfer et al. (2006)²¹, Evidenzstufe 2, gibt wegen methodischer Einschränkungen lediglich einen schwachen Hinweis auf eine mögliche Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie können insbesondere aufgrund des unkontrollierten Medikamenteneffekts nicht hinreichend belegt werden (siehe Seite 74).

In den anderen Indikationsbereichen konnte für den ambulanten Bereich keine Studie identifiziert werden, welche nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin für den Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie geeignet ist.

Ebenso konnte im stationären Bereich keine Studie identifiziert werden, welche geeignet ist, Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu belegen, da bei allen vorliegenden Studien die Gesprächspsychotherapie als ein Baustein im Rahmen eines komplexen stationären Behandlungskonzeptes erfolgte und in keiner der Studien Kontrollbedin-

¹⁹ Siehe Operationalisierung des Beratungsgegenstandes, Seite 14-16

²⁰ King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M, Byford S. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care (monograph). Health Technology Assessment 2000; 4 (19): 1-84.

²¹ Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? (Manuskript, zur Veröffentlichung eingereicht Zeitschrift Psychotherapeut, Status "accepted"). Manuskript 2006.

gungen gewählt wurden, die eine isolierte Bewertung der Gesprächspsychotherapie zulassen.

Das Kriterium B I. 3.2 der gültigen Psychotherapierichtlinie ist damit nicht erfüllt, da ein Nutznachweis nur für den Anwendungsbereich D 1.1 (Affektive Störungen) festgestellt wurde.

Der G-BA hat sich im Hinblick auf die Operationalisierung des Beratungsgegenstandes eingehend mit weiteren psychotherapeutischen Ansätzen befasst, die in den Stellungnahmen in Folge der Veröffentlichung des Beratungsgegenstandes genannt und der GT zugeordnet wurden. Insbesondere die Klärungsorientierte Psychotherapie (vormals Zielorientierte Gesprächspsychotherapie) und die EFT-AS können nicht für die Beurteilung der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie herangezogen werden. Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie hat sich durch ihre Umbenennung in „Klärungsorientierte Psychotherapie“ auch in ihrer Namensgebung klar von der Gesprächspsychotherapie abgegrenzt.²² Die EFT-AS, eine spezifisch für die Behandlung von Patienten mit einem auf Kindesmissbrauch beruhendem Trauma entwickelte Psychotherapieform, hat in relevantem Umfang Anteile der Gestalt-Therapie übernommen und damit die Nichtdirektivität zugunsten eines aktiv lenkenden Therapeutenverhaltens aufgegeben. (siehe Seite 61ff)

Auch bei der *process experiential therapy* (PET) und der *emotion focused therapy* (EFT) handelt es sich um psychotherapeutische Ansätze, bei denen gesprächspsychotherapeutische Methoden mit Methoden aus anderen Therapieansätzen, insbesondere der Gestalttherapie, kombiniert werden und die sich von der Gesprächspsychotherapie grundlegend durch die Anwendung von direktiven Interventionen unterscheiden.²³

Wenn die Studien zu diesen psychotherapeutischen Ansätzen, die nach Auffassung des G-BA nicht der Gesprächspsychotherapie zugeordnet werden können, wie von der BpTK vorgeschlagen berücksichtigt worden wären, würde der bereits anerkannte Nutznachweis im Indikationsgebiet affektive Störungen durch eine weitere Studie mit PET ergänzt²⁴. Für den Indikationsbereich „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ wurde eine methodisch sorgfältige Studie identifiziert (Paivio, 2001), bei der allerdings die externe Validität wegen der hohen Selektivität fraglich ist. Das Vorgehen ist laut Autoren möglicherweise für Patienten mit multiplen und dauerhaften Problemen kontraindiziert.²⁵ Für alle anderen Indikationsbereiche konnten auch bei Berücksichtigung dieser psychotherapeutischen Ansätze keine weiteren Studien identifiziert werden, die für einen Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen geeignet sind.

²² „Entwickelt hat sich die Klärungsorientierte Psychotherapie aus der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie und diese aus der Gesprächspsychotherapie. Im Laufe der Zeit hat sich die Therapieform jedoch so weit von der >klassischen< Gesprächspsychotherapie weg entwickelt (siehe Sachse & Howe, 1989; Sachse, Lietaer & Stiles, 1992), hat heute mindestens so viele Bezüge zur Kognitiven und zur Interaktionellen Verhaltenstherapie, wie zur Gesprächspsychotherapie und geht theoretisch und in den Interventionsstrategien so weit über Gesprächspsychotherapie hinaus, dass diese Bezeichnung nicht mehr angemessen erscheint. Ich möchte mich daher von der Bezeichnung >Gesprächspsychotherapie< verabschieden und die Therapieform >Klärungsorientierte Psychotherapie< nennen, gehe aber davon aus, dass die Gesprächspsychotherapie als ein Teil in die Klärungsorientierte Psychotherapie eingeht, also ein Teil davon bleibt.“ (<http://www.ipp-bochum.de/>).

²³ Eckert, J (2006): Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie. In Eckert J, Biermann-Ratjen E.-M., Hoeger D. Gesprächspsychotherapie (Hrg.) – Lehrbuch für die Praxis. 441 - 448. New York, Stuttgart: Springer

²⁴ Siehe Seite 47

²⁵ „In summary, present results support the applicability of EFT-AS to moderately distressed adult survivors of child abuse who are suitable for short-term therapy. However, short-term modalities with a circumscribed focus on past issues may be contraindicated for individuals with multiple ongoing problems.“

Genauso wie bei der Prüfung anhand der bis zum 20.03.2008 geltenden Psychotherapie-richtlinie würde also das Ergebnis der Prüfung der Wirksamkeit und des Nutzens der Gesprächspsychotherapie zu keinem anderen Ergebnis führen, wenn diese psychotherapeutischen Ansätze vom GBA der Gesprächspsychotherapie zugeordnet worden wären.

3. Fazit

Die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen erfüllt die Kriterien für eine Anerkennung als Richtlinienverfahren nach § 92 Abs. 6a i.V.m. § 135 SGB V und B I. 3. Psychotherapie-Richtlinien (gültig seit 21. März 2008) nicht.

Aus Gründen der Transparenz erfolgte eine Bewertung auch nach der bis zum 20. März 2008 gültigen Psychotherapierichtlinie. Diese Bewertung ergab: Auch nach der bis zum 20. März 2008 gültigen Psychotherapierichtlinie ohne Berücksichtigung von § 135 SGB V und der VerfO erfüllt die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen die Kriterien für eine Anerkennung als Richtlinienverfahren nicht. Und auch nach der bis zum 20. März 2008 gültigen Psychotherapierichtlinie unter Berücksichtigung von § 135 SGB V und der VerfO erfüllt die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen die Kriterien für eine Anerkennung als Richtlinienverfahren nicht.

Die nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht über die oben dargestellte Prüfung der jeweiligen Kriterien.

Prüfung gemäß		
Psychotherapie-Richtlinien (gültig bis 20. März 2008) <u>ohne</u> Berücksichtigung von § 135 SGB V und der VerfO	Psychotherapie-Richtlinien (gültig bis 20. März 2008) <u>unter</u> Berücksichtigung von § 135 SGB V und der VerfO	Psychotherapie-Richtlinien (gültig seit 21. März 2008)
Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann.	Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann.	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.
erfüllt	erfüllt	Für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erfüllt
Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung (Stellungnahme aus der Psychotherapieforschung unabhängiger Einrichtungen, Evaluation von Behandlungen und langfristigen Katamnesen, Literatur).	Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung (Stellungnahme aus der Psychotherapieforschung unabhängiger Einrichtungen, Evaluation von Behandlungen und langfristigen Katamnesen, Literatur).	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.
erfüllt für die Indikation Depression, aber nicht für alle anderen Indikati-	erfüllt für die Indikation Depression, aber nicht für alle anderen Indikati-	nicht erfüllt

onen der PT-RL	onen der PT-RL	
Ausreichende Definition des Verfahrens und Abgrenzung von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden, so dass die Einführung des neuartigen psychotherapeutischen Vorgehens eine Erweiterung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet.	Ausreichende Definition des Verfahrens und Abgrenzung von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden, so dass die Einführung des neuartigen psychotherapeutischen Vorgehens eine Erweiterung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet.	
nicht erfüllt	nicht erfüllt	
Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte sowie Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer Ausbildung und praktischer Krankenbehandlung.	Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte sowie Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer Ausbildung und praktischer Krankenbehandlung.	
erfüllt	erfüllt	
Fazit: Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen erfüllt die Kriterien für eine Anerkennung als Richtlinienverfahren nicht	Fazit: Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen erfüllt die Kriterien für eine Anerkennung als Richtlinienverfahren nicht	Fazit: Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen erfüllt die Kriterien für eine Anerkennung als Richtlinienverfahren nicht

4. **Verfahrensablauf**

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA PT	25.09.2006 bis 31.10.2006	Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 8a SGB V vor Beschluss zur GT vom 21.11.2006 (Rechtsgrundlage: Psychotherapie-Richtlinien – gültig bis 20. März 2008)
G-BA	21.11.2006	Beschluss zur GT
BMG	30.01.2007	Beanstandung des Beschlusses zur GT
UA PT	26.04.2007	Einsetzen einer Arbeitsgruppe „Gesprächspsychotherapie“
UA PT	24.05.2007 bis 24.11.2007	Möglichkeit zur Ergänzung der Stellungnahme von 2006 unter Einbezug der Studienbewertungen (Grund: Beanstandung des BMG)
AG GPT	08.11.2007 29.11.2007 05.12.2007	Screening der Rechercheergebnisse und Studienbewertung
AG GPT	29.01.2008	Abschließende Beratung des update-Berichts
UA PT	04.03.2008	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 8a SGB V
UA PT	04.03.2008 bis 01.04.2008	Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 8a SGB V vor Beschluss zur GT vom 24.04.2008 (Rechtsgrundlage: Psychotherapie-Richtlinien – gültig seit 21. März 2008)
UA PT	10.04.2008	Würdigung der Stellungnahmen und Beschlussempfehlung an den G-BA
G-BA	24.04.2008	Beschluss zur GT

5. Würdigung der Stellungnahmen

Übersicht Stellungnahmeverfahren

Jahr	Zeitraum	Beratungsgegenstand
2006	25.09.2006 bis 31.10.2006	Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 8a SGB V vor Beschluss zur GT vom 21.11.2006 (Rechtsgrundlage: Psychotherapie-Richtlinien – gültig bis 20. März 2008)
2007	24.05.2007 bis 24.11.2007	Möglichkeit zur Ergänzung der Stellungnahme von 2006 unter Einbezug der Studienbewertungen (Grund: Beanstandung des BMG)
2008	04.03.2008 bis 01.04.2008	Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 8a SGB V vor Beschluss zur GT vom 24.04.2008 (Rechtsgrundlage: Psychotherapie-Richtlinien – gültig seit 21. März 2008)

5.1 Stellungnahmen der Bundesärztekammer (BÄK)

5.1.1 Stellungnahme 2006

Die Bundesärztekammer drückt in ihrer Stellungnahme Zustimmung aus und unterstützt die wesentlichen Argumente, die zu dem Fazit führten, die Gesprächspsychotherapie weiterhin in Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinien als Verfahren zu führen, das die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien nicht erfüllt. Folgende Punkte werden dabei betont:

- 1) Die Bundesärztekammer unterstützt die Ausführungen, dass aus den theoretischen Grundlagen der Gesprächspsychotherapie nicht eindeutig ersichtlich sei, inwiefern es sich bei der Gesprächspsychotherapie um ein Verfahren der Krankenbehandlung im Sinne des Abschnitts A 3. der Psychotherapie-Richtlinien handelt.
- 2) Die Bundesärztekammer unterstreicht, dass von der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode bei Erwachsenen nicht automatisch auf dessen Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen geschlossen werden könne.
- 3) Die Bundesärztekammer betont, dass sie keinen grundsätzlichen Widerspruch zwischen den Gutachten des WBP und dem Stellungnahmeentwurf des G-BA zur Gesprächspsychotherapie sieht. Die Bewertungsperspektiven des WBP einerseits und des G-BA andererseits seien nicht vergleichbar. Es gebe viele Beispiele dafür, dass berufsrechtlich oder z.B. arzneimittelrechtlich zugelassene Therapieverfahren nicht zu Lasten der GKV erbracht werden können. Der G-BA sei verpflichtet, eine eigenständige Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren durchzuführen. Sie verweist in diesem Zusammenhang auch auf ein BSG-Urteil vom 31. August 2005.
- 4) Die Bundesärztekammer begrüßt, dass sich der G-BA bei der Bewertung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie dem methodischen Paradigma der Evidence Based Medicine verpflichtet fühle und nicht nur prospektive randomisierte kontrollierte Vergleichsstudien (Evidenzstufe Ib) auswähle, sondern auch alle anderen Evidenzstufen berücksichtige habe.

Würdigung im Unterausschuss Psychotherapie:

Die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Ergänzung der Beschlussvorlage in Kapitel 6 der Stellungnahme werden aufgegriffen. Sämtliche Ergänzungsvorschläge werden durch die Veröffentlichung des Berichts zur Nutzenbewertung zusammen mit den vorliegenden Tragenden Gründen abgedeckt.

Der Empfehlung der Bundesärztekammer an den G-BA, ein Modellvorhaben zur Fragestellung Komorbidität und Therapieergebnis in Auftrag zu geben, kann nicht entsprochen werden, weil der G-BA für die Vereinbarung von Modellvorhaben gem. §§ 63 ff kein Regelungskompetenz besitzt.

5.1.2 Ergänzung der Stellungnahme 2007

Die Bundesärztekammer hält unverändert an ihrer Stellungnahme von 2006 fest und drückt die dort formulierte Zustimmung zum Stellungnahmeentwurf des G-BA aus. Sie unterstützt die wesentlichen Argumente, die zu dem Fazit führten, die Gesprächspsychotherapie weiterhin in Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinien als Verfahren zu führen, das die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien nicht erfüllt.

5.1.3 Stellungnahme 2008

Die Bundesärztekammer hält unverändert an ihrer Stellungnahme von 2006 fest und drückt die dort formulierte Zustimmung zum Stellungnahmeentwurf des G-BA aus. Sie unterstützt die wesentlichen Argumente, die zu dem Fazit führten, die Gesprächspsychotherapie weiterhin in Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinien als Verfahren zu führen, das die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien, auch in der seit dem 21.03.2008 geltenden Fassung, nicht erfüllt.

5.2 Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

5.2.1 Stellungnahme 2006

Die Bundespsychotherapeutenkammer kritisiert in ihrer Stellungnahme den Stellungnahmeentwurf zur Gesprächspsychotherapie und spricht sich dafür aus, die Gesprächspsychotherapie in die GKV-Versorgung einzubeziehen.

Sie kritisiert, dass der Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen den Heilberufskammern trotz vorheriger Anfragen an den Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zur Verfügung gestellt wurde.

Würdigung im Unterausschuss Psychotherapie:

Diese Kritik kann nicht nachvollzogen werden. Die Abschlussberichte werden in der Regel den anhörungsberechtigten Verbänden nicht zur Verfügung gestellt. Ein Abweichen von dem üblichen Vorgehen wäre auf Antrag möglich gewesen, eine solche Anfrage liegt dem G-BA jedoch nicht vor.

5.2.1.1 Operationalisierung des Beratungsgegenstandes

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

Würdigung im Unterausschuss Psychotherapie:

Die in der Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer als methodische Weiterentwicklungen aufgeführten erlebnisaktivierenden Methoden, wie z.B. Focusing, wurden berücksichtigt, soweit sie in Studien zur Gesprächspsychotherapie zur Anwendung kamen.

Sowohl die Veröffentlichung über Fallserien, eine stationäre Interventionsstudie als auch der narrative Review von Speierer wurden von der Themengruppe ausgewertet. Keine der Publikationen war geeignet, die Frage nach dem Nutzen der Gesprächspsychotherapie im ambulanten Bereich zu beantworten.

Auch konnte sich die Themengruppe in Bezug auf die „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“ (auch „Klärungsorientierte Psychotherapie“, KOP) nicht über die persönliche Mitteilung von Herrn Sachse, dass sich der von ihm entwickelte Therapieansatz grundlegend von der Gesprächspsychotherapie unterscheidet, nicht im Rahmen der Gesprächspsychotherapie in Deutschland zur Anwendung kommt und auch nicht in der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung gelehrt wird, hinwegsetzen. Zumal diese Auffassung auch in einem aktuellen Lehrbuch zur Gesprächspsychotherapie geteilt wird: „Mit dieser Auffassung vom therapeutischen Prozess, seinem Inhalt und der Rolle von Patient und Therapeut in ihm steht die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie der kognitiven Verhaltenstherapie konzeptionell näher als der Gesprächspsychotherapie“²⁶. Der Vorwurf der BPtK, die persönliche Mitteilung von Prof. Sachse sei gekürzt und damit verzerrt dargestellt worden, wird entschieden zurückgewiesen. Mit Schreiben vom 25. April 2006 hat Prof. Sachse eindeutig klargestellt, dass KOP und Gesprächspsychotherapie stark unterschiedliche Therapieformen seien und die KOP auch nicht in der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung in Deutschland vermittelt würde. Bei diesen Aussagen erfolgte keine Eingrenzung auf die Ausbildung der GwG.

Die aus einer Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie entstandenen Therapieverfahren PET und EFT können aus prinzipiellen Erwägungen nicht dem Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie im Sinne einer Verfahrensdefinition gemäß Abschnitt A Absätze 3, 4, 6 Psychotherapie-Richtlinien zugerechnet werden.

Eine Einengung der Bewertungsgrundlage zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie ist daher durch den Ausschluss dieser Therapieformen nicht erfolgt.

²⁶ Biermann-Ratjen E.-M. (2006): Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In Eckert J, Biermann-Ratjen E.-M., Hoeger D. Gesprächspsychotherapie (Hrg.) – Lehrbuch für die Praxis. S. 106. New York, Stuttgart: Springer

Dem Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen ist zu entnehmen, dass in folgenden Indikationsbereichen Studien zu PET bzw. EFT vorlagen:

1) Affektive Störungen

Für die Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie („process experiential therapy“) konnten drei Wirksamkeitsstudien identifiziert werden.

Zwei Studien (Beutler, 1981; Elliot 1990) sind wegen der geringen Fallzahl in ihren Aussagen wenig belastbar. Die Studie von Watson, Gordon et al. (2003) weist positive Effekte durch PET bei der Behandlung von Depression nach. Die Studie beantwortet die Frage nach Stabilität der Effekte nicht. Diese Studie ist der Evidenzstufe 2 zugeordnet.

2) Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen

Für die emotion focused therapy wurde eine methodisch sorgfältige Studie identifiziert (Shear, 2001). Die Studie zeigt, dass emotion focused therapy bei der Behandlung von Panikstörungen kaum wirksam bzw. der kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen ist.

3) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Für die emotion focused therapy wurde eine methodisch sorgfältige Studie identifiziert (Pai-vio, 2001). Die Studie zeigt, dass emotion focused therapy (EFT-AS) bei der Behandlung einer diagnostisch homogenen Gruppe mit Kindesmissbrauch in der Vorgeschichte (keine Multimorbidität) wirksam ist. Das Vorgehen ist laut Autoren wahrscheinlich weniger für Patienten mit multiplen und dauerhaften Problemen geeignet, es stellt sich also die Frage der externen Validität der Studie.

4) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Die eine Studie, die Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie („process experiential therapy“) untersucht (Mulder, 1994), lässt aufgrund schwerwiegender Mängel im Studiendesign keine belastbare Aussagen zu deren Wirksamkeit und Nutzen in dieser diagnostischen Gruppe zu.

Aus dieser Darstellung lässt sich folgern, dass auch dann, wenn die Studien, die als Intervention PET oder EFT untersuchen, für die Bewertung der Wirksamkeit und des Nutzens der Gesprächspsychotherapie herangezogen würden, dies zu keinem anderen Ergebnis als dem in Abschnitt 3 (Seite 41) dargestellten Fazit geführt hätte.

5.2.1.2 Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie bei Anpassungsstörungen

Die Bundespsychotherapeutenkammer liefert ergänzende Informationen zu der Studie von Altenhöfer et al. (2006), welche die Erstautorin der Bundespsychotherapeutenkammer auf eine schriftliche Anfrage hin zukommen ließ.

Würdigung im Unterausschuss Psychotherapie:

Die Studie Altenhöfer et al. (2006) war zum Zeitpunkt der Bewertung durch den G-BA noch nicht in einem peer-reviewed Journal veröffentlicht (Status: zur Publikation angenommen). Der Mitautor der Studie, Prof. Eckert, der die Studie als Handsuche eingereicht hatte, war an den Beratungen beteiligt und hat keine zusätzlichen Informationen zu dem zur Publikation angenommenen (laut Aussage von Prof. Eckert) Manuskript geliefert. Die ergänzenden Tabellen waren auch nicht in der ausführlichen Dissertation der Erstautorin enthalten, aus welcher die Publikation hervorging. Ungeachtet dessen, wird die Kritik an der Studie durch die ergänzenden Angaben nicht aufgehoben:

Die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer weist darauf hin, dass weder die Medikation für sich (über beide Gruppen hinweg) noch die Medikation in Interaktion mit einer Gruppenbedingung einen bedeutsamen Einfluss auf die Verbesserung der Zielparame-ter hatte. Gerade die Ergebnisse in den beiden Fremdeinschätzungsverfahren lassen keine eindeutigen Erkenntnisse darüber zu, ob die Medikamentenkontamination in beiden Grup-pen tatsächlich ohne Effekt auf die Behandlungsergebnisse waren. Mit anderen Worten kann anhand der zusätzlich bereitgestellten Auswertungen keine Aussage über den ergeb-nisverzerrenden Einfluss der Medikamentengabe gemacht werden. Darüber hinaus wurde der tatsächliche Effekt der medikamentösen Therapie nicht gemessen. Auch verweist die Bundespsychotherapeutenkammer selbst auf die begrenzte statistische Power infolge der geringen Stichprobengröße. Bezüglich der Medikamente bei der Studie von Altenhöfer wä-re wesentlich, welche Substanzen oder Substanzgruppen in welcher Dosierung zum Ein-satz kamen und ob sich diese auf beide Gruppen gleich verteilen. Da Indikation und Schweregrad für die nicht spezifizierte medikamentöse Therapie nicht genannt werden, kann der Effekt der Medikation anhand der nachgelieferten Daten auch nicht indirekt aus den für diese Fragestellung eher ungeeigneten Fremdeinschätzungsverfahren (BSS und GAF) abgeleitet werden. Die Kritik an der Studie von Altenhöfer et al. muss daher aufrecht erhalten werden.

5.2.1.3 Exemplarische Darstellung von Studien zu Wirksamkeit und Nut-zen der Gesprächspsychotherapie

Die Bundespsychotherapeutenkammer teilt zunächst die Auffassung des Unterausschus-ses Psychotherapie, dass Studien ohne Kontrollbedingung aus dem stationären Bereich, bei denen die Psychotherapie als ein Baustein im Rahmen eines komplexen stationären Behandlungskonzeptes durchgeführt wurde, nicht geeignet sind, die Wirksamkeit und den Nutzen einer Methode nachzuweisen. Sie beschreibt dann aber ihre Einschätzung von ausgewählten Studien, die sie irrtümlicherweise als vom Bewertungsverfahren „ausge-schlossen“ klassifiziert, obwohl sie im Nutzenbericht zur Gesprächspsychotherapie bei Er-wachsenen eingeschlossen sind:

- a) Studie von Watson et al. (2003)
- b) Studie von Paivio & Nieuwenhuis (2001)
- c) Studie von Meyer, A.E. et al (1981; 1988)

Würdigung im Unterausschuss Psychotherapie:

zu a)

Auch nach nochmaliger Prüfung ergeben sich keine Änderungen zu der bereits im Nutzenbericht dargelegten Bewertung der Studie. Die Studie konnte nicht als Nutznachweis gewertet werden.

Nach eingehender Literaturrecherche und intensiver Diskussion, kam die Themengruppe zu dem Ergebnis, dass es sich bei der hier untersuchten „Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie“ (process experiential therapy; PET) um ein eigenständiges Therapieverfahren handelt, bei dem gesprächspsychotherapeutische Methoden mit Methoden aus anderen Therapieansätzen, insbesondere der Gestalttherapie, kombiniert werden und die sich von der Gesprächspsychotherapie grundlegend durch die Anwendung von strukturierten Interventionen unterscheidet. Insoweit stellte die Themengruppe fest, dass die aus einer Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie entstandenen Therapieverfahren PET und EFT aus prinzipiellen Erwägungen nicht dem Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie im Sinne einer Verfahrensdefinition gemäß Abschnitt A Absätze 3, 4, 6 Psychotherapie-Richtlinien zugerechnet werden können und daher Studien, die dieses Verfahren untersuchen, nicht als Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie, gewertet werden können.

zu b)

Der Therapieansatz der EFT, der auch von L. Greenberg entwickelt wurde, wird ebenso wie die PET den erlebniszentrierten Therapieformen zugeordnet. Die EFT fokussiert direktiv auf die emotionalen Erfahrungen des Patienten. Der entscheidende Unterschied zur Gesprächspsychotherapie besteht sowohl bei der EFT als auch bei der PET darin, dass das Prinzip der Nichtdirektivität zugunsten eines aktiv lenkenden Therapeutenverhaltens aufgegeben wurde. Insoweit stellte die Themengruppe wie unter a) dargestellt fest, dass Studien, die diesen Therapieansatz untersuchen, nicht als Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie, gewertet werden können, da dieser entsprechend Abschnitt A Absätze 3, 4, 6 Psychotherapie-Richtlinien nicht dem Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie zugeordnet werden kann.

zu c)

Die Studie von Meyer et al. untersucht die vergleichende und differentielle Wirksamkeit von Psychotherapie an 68 Patienten, die mittels Randomisierung mit einer psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie (PT) oder mit klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie (GPT) behandelt wurden.

Nach Randomisierung waren 22 Patienten dem Verfahren ‚GPT‘ und 21 dem Verfahren ‚PT‘ zugeordnet worden. 25 Patienten bildeten die Kontrollgruppe, die nach 4 Monaten als Wartegruppe auch einem Therapieverfahren zugeführt wurden (12 Patienten Gesprächspsychotherapie und 13 Patienten psychodynamische Kurzzeittherapie).

Die Auswertung der Daten erfolgte einmal als Vergleich zwischen den beiden Therapiegruppen und der Kontrollgruppe (Reference control group comparison):

‚Wartegruppe gesamt (n=25)‘ gegen ‚GPT-Gruppe (n=22)‘

‚Wartegruppe gesamt (n=25)‘ gegen ‚PT-Gruppe (n=21)‘

In einem zweiten Ansatz wurden die Patienten der Wartegruppe, die nach 4 Monaten selbst einer Therapie zugeführt wurden, in einem Vorher-Nachher-Vergleich untersucht (Own control group comparison):

‚Wartegruppe, der auf ‚GPT‘ randomisierten Patienten (n=12)‘: Vergleich zwischen Kontrollzeitpunkt (Wartegruppe) und nach Therapie

‚Wartegruppe, der auf ‚PT‘ randomisierten Patienten (n=13)‘ : Vergleich zwischen Kontrollzeitpunkt (Wartegruppe) und nach Therapie

Aufgrund der in der Psychotherapieforschung großen Bedeutung der Studie zum Zeitpunkt ihres Erscheinens wurde diese in der Themengruppe mit besonderer Sorgfalt ausgewertet und beraten. Jedoch musste die Validität der Aussagen dieser Studie aufgrund mehrerer methodischer und inhaltlicher Aspekte in Frage gestellt werden:

1) Die Auswertung des ‚reference control group comparison‘ vergleicht die Daten der Wartegruppe mit der jeweiligen Therapiegruppe. Die daraus resultierenden Ergebnisse können nur bedingt zu einer Aussage über die Über- bzw. Unterlegenheit einer Therapieform gegenüber einer anderen herangezogen werden, da dies nicht vom Studiendesign her intendiert war. Für die Beantwortung einer solchen Frage wäre ein direkter Vergleich zwischen Therapiegruppe ‚GPT‘ und ‚PT‘ notwendig gewesen. Die in dieser Studie vollzogenen Aussagen zum Vergleich der beiden Therapieformen können lediglich ‚hypothesengenerierend‘ sein und sind mit besonderer Vorsicht zu werten. Ähnliches gilt für den Vergleich von Patienten mittels des ‚own control group comparison‘. Auch hier sind keine vergleichenden Aussagen zwischen den beiden Therapieformen möglich, da ein Zeitpunkt unter Kontrollbedingungen mit einem Zeitpunkt nach Therapie verglichen wird.

2) Weiterhin auffällig und auch von den Autoren kritisch hinterfragt ist die große Anzahl von Testfragen unterschiedlicher Fragebögen. Insgesamt wurden mehr als 38 Test-Scores und 304 Einzelfragen ausgewertet. Die Problematik des multiplen Testens ist daher von großer Bedeutung. Da es sich hier um eine große Anzahl von Einzeltestungen handelt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Ergebnisse, die als signifikant angegeben wurden, nur dem Zufall unterliegen. Hinzu kommt, dass die Autoren in der Auswertung der Ergebnisse des ‚own control group comparison‘ ein Signifikanzniveau von 10% festlegen. Die Verdopplung der Irrtumswahrscheinlichkeit führt zu der Konsequenz, dass bereits von 10 durchgeführten Tests einer zufällig signifikant werden kann. Mit steigender Irrtumswahrscheinlichkeit wird die Aussagekraft der Ergebnisse zunehmend geringer. Die hohe Anzahl der Testverfahren verringert deswegen die Validität der Studie.

3) Letztlich ist bei der beschriebenen Menge von Testungen und der Anzahl von insgesamt 68 eingeschlossenen Patienten zu hinterfragen, ob die Studie groß genug ist, um die interessierenden Unterschiede im Behandlungserfolg zu belegen. Es findet sich in der Studie kein Hinweis auf eine ‚Power-Kalkulation‘.

4) Aus inhaltlicher Sicht ist insbesondere die deutlich unterschiedliche Ausgangsvoraussetzung und Erfahrung der Therapeuten als problematisch herauszustellen. Die mit ICC behandelten Patienten wurden von Therapeuten behandelt, die in diesem Verfahren

erfahren waren, wohingegen das Verfahren der IPT eine eigens entwickelte Methode für diese Studie ist, in der die Therapeuten keine Erfahrung hatten.

Es lässt sich daher sowohl auf Grund der methodischen Mängel als auch auf Grund des Designs der Studie keine Aussage über den Nutzen der ‚Gesprächspsychotherapie‘ im Vergleich zu einer ‚psychodynamischen Kurzzeittherapie‘ treffen.

Letztlich führten demnach sowohl inhaltliche und als auch methodische Gründe zu dem Ergebnis, dass aus dieser Studie keine validen Belege für Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie auch im Vergleich zu anderen Therapieverfahren abzuleiten sind.

5.2.1.4 Berücksichtigung des „Body of Evidence“

Die Bundespsychotherapeutenkammer äußert die Befürchtung, dass im Bewertungsverfahren entgegen dem von der Verfahrensordnung vorgegebenen Rahmen ausschließlich Studien der Evidenzstufe Ib berücksichtigt wurden.

Würdigung im Unterausschuss Psychotherapie:

Wie unter Abschnitt 2.4 dargestellt, wurden in den Beratungsprozess sowohl Primärstudien als auch Meta-Analysen aufgenommen. Dabei wurden nicht nur Studien mit den klassischen Kontrollverfahren ausgewählt, zu denen in erster Linie die zufällige Zuordnung der Patienten in eine Therapie- bzw. eine Kontrollgruppe zu rechnen ist (Evidenzstufe Ib, vgl. § 18 Abs. 3 VerFO), sondern auch alle anderen Evidenzstufen wurden berücksichtigt. Im Bericht zur Nutzenbewertung zur Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen ist übersichtlich und leicht nachvollziehbar dargestellt, dass im Bewertungsverfahren Studien aller Evidenzstufen berücksichtigt wurden.

5.2.1.5 Sozialrechtliche Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren im Kontext des ambulanten Versorgungssektors

Die Bundespsychotherapeutenkammer teilt die Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie, dass das Konzept einer indikationsbezogenen Abrechnungsgenehmigung für ein psychotherapeutisches Verfahren mit eingeschränktem Indikationsspektrum erhebliche Probleme aufwirft. Sie bestätigt den Unterausschuss in seiner Einschätzung, dass die Komorbidität psychischer Störungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eine häufige Problemkonstellation darstelle. Sie betont in diesem Zusammenhang, dass eine Aufspaltung der psychotherapeutischen Behandlung weder im Interesse des Patienten sei noch eine effiziente Strukturierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gewähre.

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlussfolgert allerdings für den vorliegenden Fall des Wirksamkeitsnachweises zur Gesprächspsychotherapie bei depressiven Störungen, dass es keinen Anhaltspunkt gebe, der die Forderung nach einer Überweisung im Falle des Vorliegens einer komorbiden Störung nachvollziehbar machen könne. Dementsprechend wird den Ausführungen zur Wirtschaftlichkeit, die sich u.a. auf das Denkmodell einer indikationsbezogenen Abrechnungsgenehmigung bzw. Überweisungsnotwendigkeit beziehen,

von der Bundespsychotherapeutenkammer widersprochen. Ihr Kernargument formuliert die Bundespsychotherapeutenkammer wie folgt: „Je nach Restriktivität der Ein- und Ausschlusskriterien in den Studien ist die Generalisierung auf die Wirksamkeit eines Verfahrens bei Vorliegen weiterer komorbider psychischer Störungen zusätzlich zu der Erkrankung, welche die geprüfte Indikation darstellt, zulässig.“

Würdigung im Unterausschuss Psychotherapie:

Die Logik dieses Arguments erschließt sich dem G-BA nicht. Sie würde jede indikationsbezogene Wirksamkeitsprüfung ad absurdum führen. So ist es ohne entsprechendes Studiendesign post hoc weder möglich, Schlüsse zu ziehen, ob und welche Komorbiditäten vorlagen, noch wie und mit welchem Ergebnis diese behandelt wurden.

5.2.1.6 Rechtsgrundlagen der Prüfung im Kontext des ambulanten Versorgungssektors

Die Bundespsychotherapeutenkammer konstatiert, für die Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren in die GKV würden ausschließlich die in Abschnitt B der geltenden Psychotherapie-Richtlinien definierten Kriterien B.I.3.1 bis 3.4 gelten und die Gesprächspsychotherapie erfülle alle Voraussetzungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien, um als neues Psychotherapieverfahren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden. Sie verweist dabei auf das Schreiben des BMG vom 15. August 2006, in dem dieses dem G-BA mitteilt, es gehe davon aus, dass die Prüfung der Gesprächspsychotherapie auf Grundlage der unveränderten Psychotherapie-Richtlinien abgeschlossen werden könne.

Würdigung im Unterausschuss Psychotherapie:

*Wie in Abschnitt 2.7.1 dargestellt, wäre bei einer Prüfung anhand der in B I.3 Psychotherapie-Richtlinien formulierten Kriterien ohne gesetzeskonforme Auslegung unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Nutzenbewertung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren gemäß § 91 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. §§ 3 u. 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 Verfo der Schluss zu ziehen, dass die Gesprächspsychotherapie nach wie vor die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien **nicht** erfüllt.*

Soweit die BPtK die Auffassung vertritt, dass die Bewertungskriterien in B I 3.3 mit höherem Recht nicht Einklang stehen, lässt sich aus dem von ihr zitierten Urteil des BSG vom 17. September 1997, B 1 RK 28/95, BSGE 81, 54 ff. für diese Rechtsauffassung nichts ableiten. In dieser Entscheidung setzt sich das BSG im Wesentlichen mit der Frage auseinander, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter die Behandlung mit einer neuen Behandlungsmethode beanspruchen kann, auch wenn der Bundesausschuss hierzu noch keine Empfehlung in den Richtlinien nach § 135 Abs. 1 SGB V abgegeben hat. Dass der Bundesausschuss unter bestimmten Voraussetzungen aber befugt ist, im Rahmen einer vergleichenden Bewertung von Behandlungsmethoden und -verfahren auch Erwägungen zur Überlegenheit des neuen Verfahrens gegenüber den konventionellen Verfahren anzustellen, hat das BSG in der in Abschnitt 2.7.1. zitierten Entscheidung bestätigt. Wie unter 2.7.2. ausgeführt worden ist, wurde allerdings von einer Überlegenheitsprüfung abgesehen, da die Verfahrensordnung lediglich eine Prüfung auf Gleichwertigkeit vorsieht.

5.2.1.7 Wissenschaftliche Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie und deren Verbreitung in der Praxis

Die Bundespsychotherapeutenkammer hebt darauf ab, dass das Bewertungsergebnis zur Gesprächspsychotherapie in einem scharfen Kontrast zu bisherigen Stellungnahmen, Gutachten und Positionen in der Wissenschaft und klinischer Praxis hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung von Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie und ihrer Verbreitung in der ambulanten und stationären Praxis stehe. Sie listet dazu folgende Stellungnahmen und Positionierungen von wissenschaftlichen Gremien, Fachgesellschaften und Institutionen auf:

- a) Psychiatrie-Enquête 1975
- b) Referentenentwurf BMJFG 1978
- c) Gesprächspsychotherapie in Forschung und Lehre
- d) Erklärung der Hochschullehrer 1998
- e) Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie 2002
- f) Beschlussfassungen der Psychotherapeutenkammern 2002 - 2006

Außerdem verweist sie darauf, dass Gesprächspsychotherapie seit Jahrzehnten sowohl ambulant als auch stationär in der Versorgung eingesetzt werde. Sie führt an, dass wegen der weiten Verbreitung der Gesprächspsychotherapie in der DDR Fachpsychologen der Medizin mit Schwerpunktausbildung in Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Übergangsregelungen des PsychThG approbiert und sozialrechtlich zugelassen wurden. Weiterhin verweist sie auf die Durchführung von Gesprächspsychotherapie im Rahmen der sog. TK-Regelung und der Empfehlungsvereinbarung des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV).

Würdigung im Unterausschuss Psychotherapie:

In diesem Zusammenhang ist klarzustellen, dass die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als solche im Rahmen der Übergangsregelungen zur Integration der in der DDR praktizierten Psychotherapieverfahren nicht gegeben war. Vielmehr bestand die Möglichkeit zur Nachqualifikation von Gesprächspsychotherapeuten in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Verhaltenstherapie. Auch die Durchführung von schon zu den Bedingungen der DDR begonnener Gesprächspsychotherapie konnte lediglich im Rahmen von Übergangsregelungen erfolgen, die keinesfalls mit einer spezifischen sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie verknüpft war.

Sowohl die sog. TK-Regelung als auch die Empfehlungsvereinbarung des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV) sind aufgrund von Klagen der KBV sowohl in erster als auch zweiter Instanz von den entsprechenden Sozialgerichten für rechtswidrig erklärt worden. Dabei wurde u.a. von den Sozialgerichten auch bemängelt, dass die Gesprächspsychotherapie zumindest in der DPTV-Vereinbarung explizit als Verfahren genannt wurde, obwohl es sich dabei nicht um ein nach den Psychotherapie-Richtlinien anerkanntes Verfahren handelte.

Die letztinstanzliche Entscheidung wurde lediglich aufgrund des inzwischen verabschiedeten Psychotherapeutengesetzes nicht mehr herbeigeführt, da durch das Gesetz jegliche vertraglichen Vereinbarungen zur Psychotherapie in der sog. Kostenerstattung obsolet wurden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Empfehlungen, Resolutionen und wissenschaftliche Stellungnahmen von Institutionen außerhalb der GKV eine dem Versorgungsstandard des SGB V (vgl. §§ 2, 12 SGB V) entsprechende Bewertung psychotherapeutischer Verfahren durch den G-BA nicht zu ersetzen vermögen bzw. den G-BA nicht in einer Weise binden können, dass er zum bloßen Nachvollzug dieser Erklärungen verpflichtet wäre. Denn ob

„eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und damit dem in [§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) geforderten Versorgungsstandard entspricht, soll nach Wortlaut und Konzeption des Gesetzes nicht von Fall zu Fall durch die Krankenkasse oder das Gericht, sondern für die gesamte ambulante Versorgung einheitlich durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als sachkundiges Gremium entschieden werden, um so eine an objektiven Maßstäben orientierte und gleichmäßige Praxis der Leistungsgewährung zu erreichen.“

BSG, Urteil vom 19.2.2003, B 1 KR 18/01 R, Rn.14 (zitiert nach www.bundessozialgericht.de)

Nicht einmal Gutachten des wissenschaftlichen Beirats nach § 11 PsychThG entfalten Tatbestandswirkung im Hinblick auf die Bewertung nach § 135 Abs. 1 SGB V dergestalt, dass mit der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren in für den G-BA vorgreiflicher Weise auch bindende Feststellungen zur Wirksamkeit und Nutzen des Verfahrens nach § 135 Abs. 1 SGB V getroffen würden. Insoweit hat das BSG zur Rechtsqualität der Gutachten nach § 11 PsychThG Folgendes festgestellt:

*„Die Sprungrevision der Klägerin ist ohne Erfolg geblieben. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten für die von April 2003 bis November 2004 ambulant durchgeführte neuropsychologische Therapie nach § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V. Zum Teil hat sie schon nicht zunächst die Entscheidung der Beklagten abgewartet. **Abgesehen***

davon war die Therapie aber auch keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der "Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie" (§ 11 PsychThG), der die Wissenschaftlichkeit der Therapie im Jahr 2000 teilweise bejahte, hat nur berufsrechtliche Aufgaben, ohne den Leistungsumfang in der GKV verbindlich festzulegen.“

BSG, Termin-Bericht Nr. 52/06 (zur Termin-Vorschau Nr. 52/06)

Vielmehr hat sich der G-BA nach der Rechtsprechung des BSG einen Überblick über den Meinungsstand in den einschlägigen psychotherapeutischen Fachkreisen zur Gesprächspsychotherapie zu verschaffen. Dem hat er gemäß der in Abschnitt 2.4.3 beschriebenen Weise Rechnung getragen, indem er die schriftlichen Stellungnahmen der gesprächspsychotherapeutischen Fachgesellschaften in seine Bewertung miteinbezogen und einen Experten aus diesen Fachkreisen an den Beratungen der Themengruppe bei der Bewertung des nach der Verfahrensordnung zu berücksichtigenden Erkenntnismaterials beteiligt hat.

Weiterhin lassen sich aus der weiten Verbreitung eines Verfahrens allein noch keine Rückschlüsse auf dessen Wirksamkeit und Nutzen ziehen. Auch ist daraus nicht ersichtlich inwieweit sich diese weite Verbreitung auf Krankenbehandlung oder auf die Beratung (counselling) bei nicht krankheitswertigen Störungen bezieht.

Nach der Rechtsprechung des BSG sind weder das Ausmaß der Verbreitung noch die statistisch nicht näher belegten positiven Erfahrungen einer Therapiemethode Kriterien, die der Bundesausschuss bei der Bewertung von neuen Behandlungsmethoden zu berücksichtigen hat. Vielmehr kommt es nach der Rechtsprechung des BSG auf die Verbreitung nur an, wenn eine rechtswidrige Untätigkeit zu bejahen bzw. zu unterstellen ist (BSGE 81, 54, 66 f = SozR 3-2500 § 135 Nr. 4 S 22 f). Für die Bewertung im Anerkennungsverfahren nach § 135 Abs. 1 SGB V kommt es hingegen darauf an, dass die Behandlung sich in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Fällen als erfolgreich erwiesen hat, was in der Regel durch wissenschaftlich einwandfrei geführte Statistiken belegt sein muss (vgl. BSG Urteil vom 19. Februar 2003, B 1 KR 16/00 R). Da es auf den Nachweis der generellen Wirksamkeit ankommt, kann die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht damit begründet werden, dass die Therapie im konkreten Einzelfall erfolgreich gewesen sei und es unter der Behandlung zu einer Besserung des Gesundheitszustandes gekommen sei (nochmals BSGE 76, 194, 198 f = SozR 3-2500 § 27 Nr. 5 S. 11 f). Für Heilverfahren, deren generelle Wirksamkeit statistisch nicht nachgewiesen ist, sind die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht leistungspflichtig (BSGE 76, 194, 199 = SozR 3-2500 § 27 Nr. 5 S. 12).

5.2.2 Ergänzung der Stellungnahme 2007

(1) Methodische Grundlagen der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007)

Im Rahmen der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) von November 2007 (Seiten 26-28) wird einerseits das Studien-Bewertungsverfahren der TG Gesprächspsychotherapie des G-BA (Bezug: Bericht zur Nutzenbewertung vom 17. Juli 2006) und andererseits das der Expertenkommission der BPtK dargelegt, mit dem die von der TG bereits bewerteten Studien erneut einer Bewertung unterzogen wurden.

Mit Fokus auf die Bewertung der methodischen Angemessenheit und Aussagekraft von Studien habe die TG des G-BA eine summarische dichotome Bewertung vorgenommen, ob eine Studie insgesamt als methodisch adäquat und aussagefähig zu beurteilen ist oder nicht.

Im Unterschied hierzu unterteilt die Expertenkommission der BPtK die methodische Angemessenheit und Aussagekraft der Studien zum Nutzen der Gesprächspsychotherapie in drei Kategorien:

- a. Studien, die geeignet sind für den Nachweis des Nutzens der Gesprächspsychotherapie,
- b. Studien, die einen Hinweis auf den Nutzen der Gesprächspsychotherapie liefern, aber aufgrund der methodischen Einschränkungen nicht als Nachweis i.e.S. zu werten sind,
- c. Studien, die aus methodischen Gründen ausgeschlossen bzw. als für die Fragestellung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie irrelevant bewertet wurden.

Zusätzlich hat die Expertenkommission der BPtK auf der Ebene der Gesamtbewertung der Studienlage zu einem Anwendungsbereich der Psychotherapie ein vierstufiges Bewertungsschema gewählt:

Stufe I: Nutznachweis, einschließlich des Wirksamkeitsnachweises, durch mehrere unabhängige, methodisch adäquate Studien ist erbracht.

Stufe II: Substanzielle Hinweise auf den Nutzen, einschließlich eines Wirksamkeitsnachweises, durch mindestens eine methodisch adäquate Studie.

Stufe III: Hinweise auf einen Nutzen liegen vor.

Stufe IV: Es liegen keine Studien vor, die Hinweise auf einen Nutzen liefern.

Dabei setzen die Bewertungsstufen I und II das Vorliegen von methodisch adäquaten und aussagekräftigen Wirksamkeitsstudien der Evidenzstufe Ib oder IIb voraus.

(2) Definitive Grundlagen der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007)

Die BPtK definiert in Ihrer Stellungnahme zunächst in Übereinstimmung mit dem G-BA die GT als ein Verfahren der humanistischen Psychotherapie, das sich durch ein Menschenbild auszeichnet, das den Ressourcen von Menschen und deren Entwicklung vertraut, und durch ein Therapiekonzept, in dem die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung handlungsleitend ist. Unter der Überschrift „Neuere Definitionen von Gesprächspsychotherapie“ weicht sie dann von der Definition des G-BA ab, wenn sie schreibt:

„In Folge der Forschungsarbeiten zum psychotherapeutischen Prozess entstanden Ansätze, bei denen der Therapeut gezielt den Verlauf des therapeutischen Prozesses zu steuern versucht mit dem Ziel, seinen Besonderheiten bei bestimmten Störungen gerecht zu werden bzw. spezifische Entwicklungen zu fördern. Dabei werden auch Methoden bzw. Techniken zur Erweiterung der „Selbstexploration“ oder der Erfahrungsprozesse des Patienten eingesetzt, die z. T. eine Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie sind (z. B. Förderung von „Experiencing“ durch „Focusing“) z. T. aus anderen Therapieverfahren, z. B. der Gestalttherapie und dem Psychodrama, übernommen worden sind. ... Zu den wesentlichen Weiterentwicklungen gehören das Focusing (Gendlin, 1998), die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie, jetzt Klärungsorientierte Psychotherapie (Sachse, 1992, 2007) genannt, sowie die vor allem von Greenberg und Elliott (Greenberg, L. S., Rice & Elliott, 1993, 2003) entwickelte Emotionsfokussierte Therapie (EFT) bzw. die Prozess-Erlebnisorientierte Therapie (PET) (z. B. Bischkopf & Greenberg, 2007).“

Hinsichtlich der untersuchten „psychotherapeutischen Intervention als auch hinsichtlich ihrer methodischen Angemessenheit und Aussagekraft“ hat sich die Expertenkommission der BPtK entschieden, jeweils drei gestufte Bewertungskategorien abzubilden:

- „Die in einer Studie untersuchten Interventionen wurden eingeteilt in Interventionen,*
- a die als genuine Gesprächspsychotherapie oder deren Weiterentwicklungen zu werten sind (GPT I),*
 - b. in denen zentrale Elemente der Gesprächspsychotherapie realisiert wurden (GPT II),*
 - c. in denen weder genuine Gesprächspsychotherapie oder deren Weiterentwicklungen noch zentrale Elemente der Gesprächspsychotherapie realisiert wurden (keine GPT)“.*²⁷

²⁷ Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007), S. 27

(3) Studienbewertungen in der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007)

Die BPtK stellt den „body of evidence“ zur GT aus ihrer Sicht wie folgt dar:

Anwendungsbereiche	Bewertungsstufen
Affektive Störungen	I: Nutznachweis erbracht
Angststörungen und Zwangsstörungen	II: Substantielle Hinweise für den Nutzen
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) und somatoforme Störungen	IV: keine Studien
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	II: Substantielle Hinweise für den Nutzen
Essstörungen	IV: Keine Studien
Nicht-organische Schlafstörungen	IV: Keine Studien
Sexuelle Funktionsstörungen	IV: Keine Studien
Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	III: Hinweise auf Nutzen
Verhaltens- und emotionale Störungen (bei Erwachsenen) mit Beginn in Kindheit und Jugend ²⁸	IV: Keine Studien
Störungen durch psychotrope Substanzen	III: Hinweise auf Nutzen
Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tief greifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen	IV: Keine Studien
Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe	III: Hinweise auf Nutzen
Psychische Begleit-, Folge- und/oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen	II: Substantielle Hinweise auf den Nutzen
Indikationsübergreifende Studien	II: Substantielle Hinweise auf den Nutzen

²⁸ Studien zu Kindern und Jugendlichen wurden nicht geprüft

Würdigung im Unterausschuss Psychotherapie:

5.2.2.1 Würdigung der methodischen Grundlagen der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007)

Die Einteilung der Expertenkommission der BPtK in drei Studienbewertungskategorien ist insbesondere wegen der mittleren Kategorie „Studien, die einen Hinweis auf einen Nutzen liefern, aber aufgrund der methodischen Einschränkungen nicht als Nachweis i.e.S. zu werten sind“ sowie wegen der Verwendung eines vierstufigen Bewertungs-Schemas unüblich und wird auch im internationalen wissenschaftlichen Kontext der Studienbewertung nach evidenzbasierten Kriterien („Evidenztreppe“) nicht verwendet. Die Kategorisierung von Studien in solche mit „mit Hinweis auf einen Nutzen, die aber aufgrund der methodischen Einschränkungen nicht als Nachweis i.e.S. zu werten sind“ erscheint artifiziell und kann die Kategorie der Studien, die einen Nutzen nachweisen, nicht indirekt erweitern. Die Studien dieser mittleren Kategorie sind nach Auffassung des G-BA vielmehr der Kategorie der Studien zuzuordnen, die keinen Nachweis eines Nutzens zeigen, gerade weil sie wegen methodischer Einschränkungen nicht aussagekräftig und valide sind.

Der von der BPtK verwendete Begriff „Hinweise auf einen Nutzen“ umfasst eine inkonsistent befüllte Kategorie von Studien, die einerseits von sehr unterschiedlichen, zum Teil gravierenden methodischen Einschränkungen und geringer Validität sowie andererseits von zum Teil widersprüchlicher Bewertung innerhalb der BPtK-Stellungnahme (Auswertungsbogen vs qualitative Bewertung der Expertenkommission der BPtK) geprägt sind.

Beispielsweise wurden die Studien von Teusch et al. (1997, 1999, 2000) von der Expertenkommission der BPtK als nicht geeignet für den Nachweis der Wirksamkeit der GT bei Angststörungen aufgrund methodischer Einschränkungen bewertet:

Sowohl bei der Bewertung von Teusch et al. 1997 als auch bei Teusch 2001 findet sich die folgende identische Einschätzung: *„Die Studie ist aufgrund methodischer Einschränkungen nicht für einen Nachweis der Wirksamkeit der GT bei Angststörungen geeignet. Das Design lässt Aussagen über die Wirksamkeit der GT nur auf Evidenzstufe IV zu, da es für die hier interessierende Fragestellung keine geeignete Vergleichsgruppe gibt. Sie liefert jedoch Hinweise auf eine Wirksamkeit der GT in einem stationären Setting. Die spezifische Wirksamkeit kann nicht beurteilt werden, da es 1. keine echte Kontrollgruppe gibt und 2. stationär in jeder Gruppe ein Bündel von Maßnahmen realisiert wurde. Die allgemeine methodische Qualität und die externe Validität bzgl. Therapiesetting, -frequenz sind eingeschränkt.“* Teusch et al. 1999: *„Die Studie ist aufgrund methodischer Einschränkungen nicht für einen Nachweis der Wirksamkeit der GT bei Angststörungen geeignet, liefert jedoch Hinweise auf eine Wirksamkeit der GT in einem stationären Setting. Wirksamkeit der CCT weicht nicht von der einer reinen Expositionsbehandlung ab. Einschränkungen ergeben sich insbesondere aus den nicht vergleichbaren Rahmenbedingungen der Behandlung. Während EXP ambulant stattfand, fand CCT stationär statt.“*

Worauf sich die Anerkennung eines Hinweises auf Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie im stationären Setting aus diesen Studien stützt, bleibt angesichts der festgestellten methodischen Mängel nicht nachvollziehbar.

Für Tarrier 1998 wird festgestellt: *„die Studie liefert keinen Nachweis der Wirksamkeit, da Ergebnisse zum Behandlungsende nicht für klientenzentrierten Ansatz (GPT II) sprechen, sondern für kognitiv-behaviorale Therapie, die bezüglich der Reduktion der Positivsymptomatik überlegen scheint.“* In der 2-Jahreskatamnese derselben Studie (Tarrier 2000) wird

festgestellt: „Eingeschränkt relevant: supportive Beratung (GPT II) zeigt sich zur 2-Jahreskatamnese sowohl der Routinebehandlung als auch in einigen sekundären Zielkriterien der kognitiv-behavioralen Therapie überlegen, doch diese Effekte scheinen sich erst nach der 1-Jahreskatamnese einzustellen und können daher nicht eindeutig auf das Treatment zurückgeführt werden. Zudem sind die Gruppen recht klein (n=20) und es wurden keine Drop-out-Analysen (immerhin 30%) vorgenommen.“ Dennoch vermerkt die Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) zu dieser Studie gemeinsam mit der zweiten Studie (Tarrrier 2004/Tarrrier 2006), für die dieselben Einschränkungen vor allem hinsichtlich der Operationalisierung gelten: „Ergebnis: Substanzielle Hinweise für den Nutzen der Gesprächspsychotherapie einschließlich zweier methodisch adäquater Studien aus einer Forschungsgruppe zum Nachweis der Wirksamkeit von Interventionen, bei denen zentrale Elemente der Gesprächspsychotherapie realisiert wurden (Stufe II).²⁹“ Auch hier ist nicht erkennbar, worauf sich die „substantiellen Hinweise für den Nutzen der GT“ angesichts der von der Expertenkommission der BPtK festgestellten gravierenden methodischen Mängel beziehen.

Ein weiteres Beispiel für die Kategorie „substanzielle Hinweise auf eine Wirksamkeit“ liefert die Studie von Meyer 1981, 1988: Im Fazit der Expertengruppe der BPtK findet sich folgende Einschätzung: „Schwächen der Studie: >für viel Aufwand kommt nicht viel bei rum< – Ergebnisse sind nicht sehr aufschlussreich im Vergleich zum großen finanziellen, zeitlichen und personellen Aufwand für die Untersuchung. Bedeutung der Studie für die Bewertung der Psychotherapiemethode: - Beide Therapieverfahren sind im Vergleich zur Wartegruppe wirksam. - Zeigt keine überzeugenden Hinweise auf eine Überlegenheit der KZT gegenüber PDT, nur Tendenzen dazu. - Methodisch lässt die Studie Aussagen über die generelle Wirksamkeit von KZT im Gegensatz zu einer unbehandelten Stichprobe beschränkt zu. Sie zeigt außerdem, dass KZT genauso wirksam wie PDT ist und in einigen wenigen Bereichen sogar überlegen.“³⁰ Hieraus folgert die Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007): „Eine randomisiert-kontrollierte Studie von Meyer (1981) zeigt die Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei neurotisch erkrankten Patienten gegenüber einer Wartekontrollgruppe“...“ Die Studie weist allerdings eine für komparative Fragestellungen geringe Stichprobengröße auf.“ „Ergebnis: Es liegen substanzielle Hinweise für den Nutzen der Gesprächspsychotherapie an heterogenen Patientengruppen vor, einschließlich zweier unabhängiger komparativer Studien (Vergleich mit VT bzw. psychodynamischer Psychotherapie) (Stufe II).³¹“ Für den G-BA ist nicht nachvollziehbar, warum die Studie von Meyer angesichts der von der Expertenkommission der BPtK angesprochenen Mängel und Einschränkungen von der BPtK in der Ergänzung der Stellungnahme als eine von zwei methodisch adäquaten Studien aufgeführt wird, die einen substanziellen Hinweis für den Nutzen begründen.

Die Kategorie der „Hinweise auf einen Nutzen“ bzw. der „substantiellen Hinweise auf einen Nutzen“ wird von der Bundespsychotherapeutenkammer somit auch dann verwendet, wenn die Expertenkommission der BPtK erhebliche methodische Mängel in den Studien festgestellt hat. Die „Hinweise“ sind daher selbst dann, wenn sie als substantiell gewertet werden, lediglich als hypothesengenerierende Hinweise einzuordnen. Diese „Hinweise“ genügen weder den international üblichen Anforderungen an einen Wirksamkeitsnachweis aus Studien noch entsprechen sie den Anforderungen der Verfahrensordnung des GBA.

²⁹ Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007), S. 53

³⁰ Auswertungsbogen der Expertenkommission der BPtK, S. 15

³¹ Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007), S. 53 f

Unabhängig von den Studienbewertungskategorien der BPtK war und ist für die TG / AG Gesprächspsychotherapie die Einhaltung der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA verbindlich, in der das Verfahren der Bewertung zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnis zu Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer zu bewertenden „Methode“ geregelt ist. In § 18 der VerfO ist die Klassifizierung und Bewertung der Unterlagen zu therapeutischen „Methoden“ nach den Evidenzstufen Ia bis V dargelegt (vgl. http://www.g-ba.de/downloads/62-492-83/VerfO_2006-04-18.pdf). Entscheidend – so die VerfO – für die Qualitätsbewertung der Unterlagen ist die Studienqualität und die Übertragbarkeit auf die Versorgungsrealität (u.a. Kriterien der prospektiven oder retrospektiven Patientenrekrutierung, Randomisierung, verblindete Gruppenzuordnung, verblindete Endpunkterhebung und Vollständigkeit der Nachbeobachtung mit angemessenem Nachbeobachtungszeitraum).

Darüber hinaus ist in der VerfO des G-BA beschrieben, wie im Rahmen eines umfassenden Abwägungsprozesses die Gesamtbewertung im Versorgungskontext unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnisse, insbesondere der nach den Evidenzkriterien ausgewerteten Unterlagen, vorgenommen wird.

Zusammenfassung: Die in der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) verwendeten Studienbewertungskategorien und –stufen im Hinblick auf „Hinweise auf einen Nutzen“ bzw. „substanzielle Hinweise auf einen Nutzen“, ist nach internationalen Kriterien der Studienbewertung unüblich.

Der G-BA ist der Ansicht, dass die Kategorie „Hinweise“ der Expertenkommission der BPtK inkonsistent mit Studien befüllt ist, die zum Teil sowohl von sehr unterschiedlichen methodischen Defiziten als auch von in sich widersprüchlichen Bewertungen geprägt ist. Aus Sicht des G-BA sind alle Studien, die die BPtK in diese Kategorie eingeteilt hat, als solche Studien zu bewerten, die keinen wissenschaftlichen Beleg für einen Nutzen zeigen.

Darüber hinaus entsprechen die von der BPtK verwendeten Bewertungskategorien weder der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses noch der vor Inkrafttreten der Verfahrensordnung geltenden BUB-Richtlinie. Für eine Verfahrensprüfung nach den Anforderungen von § 135 SGB V ist diese Kategorisierung nicht geeignet.

5.2.2.2 Würdigung der definitorischen Grundlagen der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007)

Die BPtK stellt in der Ergänzung der Stellungnahme (2007) dar (S. 11): *„Der G-BA hatte sich bei seinen Prüfungen ausschließlich auf die >klassische Gesprächspsychotherapie< beschränkt und Wirksamkeitsstudien, in denen Weiterentwicklungen der GPT zur Anwendung kamen, von der Prüfung ausgeschlossen.“* Es trifft jedoch nicht zu, dass der G-BA Weiterentwicklungen der GT ausgeschlossen hat, sondern der G-BA ist an die Psychotherapie-Richtlinien gebunden. Welche Therapieverfahren als Weiterentwicklungen einer etablierten Ursprungsform angesehen werden, ergibt sich für den G-BA aus der Logik der Psychotherapierichtlinien. In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe haben WBP und G-BA eine einheitliche Definition der Begriffe Verfahren, Methode, Technik konsentiert.

In Abschnitt A Nr. 3. Psychotherapie-Richtlinien wird festgelegt, dass Psychotherapie als Behandlung seelischer Krankheiten im Sinne dieser Richtlinien voraussetzt, dass „das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem Theoriesystem mit einer

Krankheitslehre definitorisch erfasst ist.“ Neu in die GKV einzuführende Therapien müssen dahingehend überprüft werden, ob sie den Status von Techniken, Methoden oder eines Verfahrens haben. Nur wenn letzteres vorliegt, kann es zu einer ursächlich begründbaren Indikationsstellung und Behandlungsplanung für den einzelnen Patienten kommen, deren innere Konsistenz und Widerspruchsfreiheit im Rahmen der Qualitätssicherungs- Maßnahmen überprüft werden kann. Eine Aggregation von erfolgreichen Techniken macht ebenso wenig eine Methode aus wie die Ansammlung von Methoden ein Verfahren.

Die nach Abschnitt A Nr. 5.1 Psychotherapie-Richtlinien (gültig seit 21. März 2008) für ein Verfahren voraussetzende „umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung oder verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoriebezogener Grundannahmen“ müssen den Status einer Handlungstheorie haben, die es dem geschulten Psychotherapeuten erlaubt, auf der Basis der bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz einzelfallbezogene Entscheidungen zu treffen, welche die Behandlungsplanung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Auswahl der untergeordneten Methoden und Techniken bestimmen.

Daraus leitet sich ab, dass Methoden, die innerhalb eines Verfahrens zur Anwendung kommen, mit dessen handlungsleitender Theorie kompatibel sein müssen.

Methoden, die im Rahmen eines Verfahrens ihren Nutzen nachgewiesen haben, können im Kontext eines anderen Verfahrens wirkungslos oder schädlich sein. Daraus ergibt sich für den G-BA die Notwendigkeit, Methoden ausschließlich im Rahmen derjenigen Verfahren anzuerkennen, mit deren Theorie sie vereinbar sind und in deren Kontext sie ihre Nützlichkeit erwiesen haben. Solche wechselseitigen Ausschlüsse sind bereits jetzt in den Richtlinien geregelt. Zum Beispiel kann RET (Rational Emotive Therapie) als Methode nur innerhalb eines verhaltenstherapeutischen nicht aber eines psychoanalytisch begründeten Verfahrens verwendet werden, KB (Katathymes Bilderleben) nur innerhalb der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

Die Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) greift den Begriff des Verfahrens der Psychotherapie-Richtlinien nicht auf, sondern führt einen neuen ein, den des „Konzeptes“, und damit zugleich eine neue Bewertungskategorie.

Das Konzept „Gesprächspsychotherapie“ wird von der BPtK folgendermaßen definiert:

1. expliziter Bezug auf Rogers und dass dessen Konzept nach Meinung der Expertenkommission der BPtK für die zu evaluierende Intervention bestimmend war

oder

2. die Realisierung der folgenden Elemente einer gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsgestaltung: Empathie, Akzeptanz, Kongruenz und Non-Direktivität.

Die ersten drei Interventionselemente (Empathie, Akzeptanz, Kongruenz) sind unspezifischer Teil einer jeden guten therapeutischen Beziehung - unabhängig vom angewandten Verfahren. Folglich könnte alleine die Non-Direktivität als Spezifikum der Gesprächspsychotherapie gelten. Wenn aber direktive Elemente einen wesentlichen Teil der Behandlung ausmachen wie dies bei PET, EFT und zielorientierter Psychotherapie der Fall ist, verliert

die Gesprächspsychotherapie ihr wesentliches handlungsleitendes Identifikationskriterium. Zudem hat die Festschreibung des „Konzeptes“ aus folgenden Gründen nicht den Status eines Verfahrens im Sinne der Psychotherapierichtlinien:

Eine Aufsummierung von als wesentlich erachteten Interventionselementen kann – wie oben dargestellt – kein Verfahren im Sinne der Richtlinien begründen. Eine handlungsleitende Theorie als „eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung oder verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoriebezogener Grundannahmen“ sollte Vorhersagen erlauben, welche Interventionselemente in jedem Fall realisiert werden müssen und welche unter bestimmten Bedingungen nicht kombiniert werden dürfen. Dies ist durch die Aufsummierung einzelner Elemente nicht gewährleistet. Dass diese Aggregation unspezifischer Interventionsmerkmale theoretisch durch das Postulat einer „Aktualisierungstendenz als Motor der menschlichen Entwicklung, und damit verbunden die Betonung der zentralen Rolle der therapeutischen Beziehung für den Therapieprozess“ (Ergänzende Stellungnahme BPtK Seite 10) zusammengehalten wird, macht noch keine für ein Verfahren spezifische Theorie aus. Der vorliegende Definitionskatalog ist also im besten Fall eine Anleitung zur Optimierung der unspezifischen Wirkfaktoren aller Therapieformen, wobei die Frage offen bleibt, in welcher Kombination die Realisierung einzelner Elemente indiziert oder kontraindiziert ist.

Die BPtK stellt in der Ergänzung der Stellungnahme (2007) ihre Definition von „GPT I und II“ dar (siehe Nr 2 in Abschnitt 5.2.2)

Wie breit und unspezifisch die BPtK den Bereich GPT II fasst, lässt sich an drei Beispielen veranschaulichen:

(1) In der Studie von Cooper et al. 2003 wurde untersucht, ob Postpartumdepressionen gebessert werden, wenn sich die eingesetzten health visitors (vergleichbar mit dem deutschen Begriff der Gemeindeschwester) nicht nur um das neugeborene Kind, sondern auch mit „supportive counselling“ um die Mutter kümmern. Von der BPtK wurde das Vorgehen in dieser Studie als GPT II gewertet: „*..., dass sich die non-direktive Beratung im NHS am klientenzentrierten Behandlungskonzept orientiert*“.

Damit ist jedoch nicht belegt, dass Gesprächspsychotherapie als Therapieverfahren in der Studie von Cooper et al. 2003 zur Anwendung kam: In dieser Studie erhielten health visitors ein kurzes Training zum Umgang mit Patientinnen mit Postpartum-Depression. Die health visitors sollten keine Ratschläge geben, sondern empathisch und nicht wertend zuhören und ihr Gegenüber zu eigenen Entscheidungen anregen.

Der bloße Einsatz von unspezifischen Anteilen einer Beratung wie „Empathie“ und „nicht wertendes Zuhören“, generiert jedoch, auch wenn er ebenso zum Vorgehen der Gesprächspsychotherapie gehört, kein psychotherapeutisches Verfahren. Demnach kam in dieser Studie keine Psychotherapie sondern Beratung durch health visitors zur Anwendung.

(2) Dasselbe gilt auch für die Studie von Barrowclough (2001). Die Expertenkommission der BPtK stellt einerseits fest, dass das Vorgehen keinen expliziten Bezug zur Gesprächspsychotherapie aufweist (3.2 Behandlung, Experimentalgruppe: „*Supportive Beratung (SC). Manualbasiert, das Vorgehen ist detailliert beschrieben. Empathie, Wertschätzung und Authentizität als Grundvariablen, kein expliziter Bezug zur GPT*“), ordnet dann aber die Studie als „lediglich GPT II“ ein. Der G-BA sieht in dem in der Studie angewandten Vorgehen in Übereinstimmung mit der Experten-

kommission der Bundespsychotherapeutenkammer keinen expliziten Bezug zur Gesprächspsychotherapie und hat sie demzufolge als nicht relevant für die Fragestellung gewertet.

(3) In den Studien von Tarrier et al. (1998, 2000, 2004,2006) sollte die Wirkung der Verhaltenstherapie untersucht werden. Für die Kontrollgruppe kam, wie in hochwertigen Studien üblich, eine unspezifische Intervention gleichen Umfangs zur Anwendung („*supportive counselling was originally conceived as a placebo-control treatment that would match CBT for the nonspecific effects of therapist contact and interest, social interaction, and social support*“³²); diese Kontrollbedingung war unstrukturiert („*supportive counselling, used as a nonspecific control treatment.....was an unstructured intervention*“³³). Die BPtK wertet diese unspezifische und unstrukturierte Kontrollbedingung als GPT II. Dies ist aus Sicht des GBA nicht nachvollziehbar.

Beurteilung der EFT-AS:

Paivio et al. berichten über die Effekte einer speziell für Traumapatienten entwickelten Psychotherapie (**E**motion-**f**ocused therapy for **a**dult **s**urvivors of child **a**buse, EFT-AS), die Elemente aus der Gesprächspsychotherapie und aus der Gestalt-Therapie aufnimmt. Regelmäßig erfolgt eine Konfrontation mit dem erlebten Missbrauch durch IC (imaginated confrontation). Wie in Paivio et al. 2004 auf Seite 57 beschrieben, ist „*Die Technik der EFT-AS ist gekennzeichnet durch den primären Einsatz des Reprocessing von Missbrauchserinnerungen mittels der aus der Gestalttherapie abgeleiteten imaginativen Konfrontation (IC)*“³⁴. Nach Ansicht der Studienautoren sind die für die Gesprächspsychotherapie nicht spezifischen Elemente der Therapie, gerade diejenigen, die mit besseren Ergebnissen der Therapie verbunden sind. Nach Auffassung des G-BA nehmen die aus der Gestalttherapie stammenden direktiven Elemente in der EFT-AS einen zentralen Raum ein, so dass diese nicht als Gesprächspsychotherapie im Sinne des zu prüfenden Verfahrens angesehen werden kann.

Beurteilung der PET, der zielorientierten Gesprächspsychotherapie und der Klärungsorientierten PsychTh

In ihrer „Ergänzung der Stellungnahme“ begründet die BPtK die Einbeziehung des Prozess-Experienziellen Ansatzes von Greenberg et al. (PET, EFT) sowie der klärungsorientierten Psychotherapie (KOP; vormals zielorientierte Gesprächspsychotherapie) von Sachse damit, dass die Autoren selbst ihre jeweiligen Verfahren als Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie sehen und, dass zwischen den jeweiligen Verfahren und der Gesprächspsychotherapie Gemeinsamkeiten bestehen, z.B. in Form von gemeinsam herausgegebenen Zeitschriften und gemeinsam organisierten internationalen Kongressen.

Die Sichtweise der BPtK, dass zwischen den Verfahren Gemeinsamkeiten bestehen - sowohl Greenberg als auch Sachse haben ihre Verfahren aus der Gesprächspsychotherapie

³² Tarrier et al., 1998, 2000

³³ Tarrier et al., 2004

³⁴ The primary vehicle for reprocessing abuse memories is a Gestalt-derived imaginal confrontation (IC) intervention in which the client expresses previously constricted feelings and needs to an imagined abusive or neglectful other. (eig. Übers.)

entwickelt – wird vom G-BA geteilt. Die Frage der Kompatibilität der „Weiterentwicklungen“, also bspw. der prozessdirektiven therapeutischen Interventionen sowie des klar strukturierten und markergeleiteten Vorgehens der EFT, mit den, auch von der BPtK dargelegten Grundannahmen der GT bleibt jedoch weiter bestehen und wird auch nicht in der „Ergänzung der Stellungnahme“ der BPtK geklärt. Wenn der Therapeut den Therapieprozess steuert und lenkt sowie den Patienten anleitet, wie in der EFT/PET, verlässt er die personenzentrierte Grundhaltung des authentisch-akzeptierenden und authentisch-einfühlenden Verstehens. Er vertraut damit nicht mehr auf die Aktualisierungstendenz (Grundpostulat der persönlichkeits-theoretischen Annahmen der GT) sondern fokussiert den therapeutischen Prozess. Damit hat aus Sicht des G-BA eine „Weg-Entwicklung“ von den Grundannahmen der Gesprächspsychotherapie stattgefunden. Dies wird schon in der Namensgebung deutlich: von der personenzentrierten zur emotionszentrierten Psychotherapie. Dies und auch der Sachverhalt, dass EFT/PET und KOP eigenständig angewendet werden, führte dazu, die EFT/PET und KOP nicht als Gesprächspsychotherapie zu werten und die entsprechenden Studien nicht in den Bewertungsprozess mit einzubeziehen. Zumal auch unter klientenzentrierten Therapeuten keine Einigkeit darüber herrscht, ob der Ansatz von Greenberg zur klientenzentrierten Psychotherapie gehört (vgl. Wiltschko, 2006).

Für die Klärungsorientierte Psychotherapie gilt, wie der Autor bestätigt:

„Entwickelt hat sich die Klärungsorientierte Psychotherapie aus der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie und diese aus der Gesprächspsychotherapie. Im Laufe der Zeit hat sich die Therapieform jedoch so weit von der >klassischen< Gesprächspsychotherapie weg entwickelt (siehe Sachse & Howe, 1989; Sachse, Lietaer & Stiles, 1992), hat heute mindestens so viele Bezüge zur Kognitiven und zur Interaktionellen Verhaltenstherapie, wie zur Gesprächspsychotherapie und geht theoretisch und in den Interventionsstrategien so weit über Gesprächspsychotherapie hinaus, dass diese Bezeichnung nicht mehr angemessen erscheint. Ich möchte mich daher von der Bezeichnung >Gesprächspsychotherapie< verabschieden und die Therapieform >Klärungsorientierte Psychotherapie< nennen, gehe aber davon aus, dass die Gesprächspsychotherapie als ein Teil in die Klärungsorientierte Psychotherapie eingeht, also ein Teil davon bleibt.“ (<http://www.ipp-bochum.de/>).

Die Einschätzung der BPtK weicht hiervon ab: *„Die Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie zur >klärungsorientierten Gesprächspsychotherapie< (Sachse, 2007) zieht zur Erklärung therapeutischer Veränderungsprozesse Ergebnisse der psychologischen Grundlagenforschung, vor allem aus dem Bereich der Sprachpsychologie und der Kognitionspsychologie, heran.“*³⁵

Die Unterschiede zwischen der Gesprächspsychotherapie und der „klärungsorientierten Psychotherapie“ werden in einem Aufsatz von Sachse et al., in dem sich die Autoren deutlich von der Gesprächspsychotherapie distanzieren, beschrieben (<http://www.ipp-bochum.de/downloads/gpt-2-kop.pdf>).

Die Zielorientierte GT als Vorläuferin der KOP grenzt sich bereits ebenfalls deutlich von einigen Grundannahmen der Gesprächspsychotherapie ab, und gibt grundlegende Prämissen, wie die „Aktualisierungstendenz“ zugunsten der Annahme auf, dass es biographisch determinierte kognitive und affektive Schemata seien, die behandlungsbedürftige intra- und interpersonale Probleme determinieren. Sie kann damit nicht als Gesprächspsychotherapie im Sinne der Fragestellung des G-BA gewertet werden.

³⁵ Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007), S. 8

Insgesamt haben sich die aufgeführten Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie so weit von dieser entfernt und teilweise, wie bei der Klärungsorientierten Psychotherapie, auch von dieser abgespalten, dass sie nach den Beurteilungskriterien des G-BA nicht als Nachweis der spezifischen Wirkvariablen der GPT herangezogen werden können.

5.2.2.3 Würdigung der Studienbewertungen in der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007)

Die BPtK hat neben der summarischen Darstellung der Bewertung der aus Sicht der Expertenkommission der BPtK relevanten Studien zur GT dem G-BA auch die zugehörigen Auswertungsbögen zur Verfügung gestellt. Die nachstehende Übersicht zeigt in der Gegenüberstellung der Ergebnisse der Themengruppe und der Expertenkommission der BPtK, dass in der Bewertung der methodischen Qualität der jeweiligen Studien große Übereinstimmung besteht. Das Assessment der Themengruppe deckt sich also weitgehend mit dem der Expertenkommission der BPtK.

Die Unterschiede entstehen meist erst in der Bewertung, dem Appraisal: Die BPtK wertet methodisch schwache Studien oder fehlende Signifikanzen in den Ergebnissen als „Hinweise auf Nutzen“, der G-BA zieht – internationalen Standards und der VerFO folgend (siehe Abschnitt 5.2.2.1) – diese Schlussfolgerung nicht. Die Gegenüberstellung der Studien im Einzelnen:

1	<p>Ref ID: 3262 King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M, Byford S. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care (monograph). Health Technology Assessment 2000; 4 (19): 1-84.</p> <p>und Ref ID: 998 Ward E. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. BMJ 2000; 321 (7273): 1383-8.</p>
----------	---

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Darstellung der Ergebnisse besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPtK.

Allerdings ergeben sich unverändert Einschränkungen insbesondere im Hinblick auf die Interpretation der Angleichung der Befunde nach 12 Monaten, sowie der ausschließlichen Verwendung von Fremdeinschätzungs-Instrumenten (BDI). Die raschere Remission bei PT-Patienten (VT GT) im Vergleich zu „general care“ ist jedoch unstrittig.

Die Studie wurde vom G-BA wie auch von der BPtK als Wirksamkeitsnachweis für den Bereich Affektive Störungen gewertet.

2	<p>Ref ID: 3485 Pos AE, Greenberg LS, Goldman RN, Korman LM. Emotional processing during experiential treatment of depression. J Consult Clin Psychol 2003; 71 (6): 1007-16.</p>
----------	---

Die Studie wird in der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) auf S. 29 als Wirksamkeitsnachweis gewertet. Von der BPtK liegt kein Auswertungsbogen ihrer Expertenkommission vor.

Der G-BA behält die Einschätzung in Bezug auf die methodischen Mängel bei bei: „*Ursprungsstudie war vom Design zur Untersuchung spezifischer intratherapeutischer und therapiespezifischer Variablen angelegt. Keine Outcome Studie*“. Darüber hinaus wurde die Studie nicht als Nutznachweis gewertet, da PET nicht der GT gleichgesetzt werden kann, siehe Ausführungen in Abschnitt 5.2.2.2

3	Ref ID: 3111 Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P. Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. <i>J Consult Clin Psychol</i> 2003; 71 (4): 773-81.
----------	---

Die kritische qualitative Bewertung der Studie im Auswertungsbogen der Expertenkommission der BPtK wird geteilt, die Schlussfolgerung der BPtK, die in der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) gezogen wird, ist nicht nachvollziehbar:

- 1) Auf S. 31 f der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) werden die methodischen Kritikpunkte in wesentlichen Punkten außer Acht gelassen, was zu einer nicht nachvollziehbaren Umbewertung der Studie führt. Diese Bewertung durch die BPtK steht im Widerspruch zu der methodischen Einschätzung der Expertengruppe der BPtK (siehe Langauswertung).
- 2) Das Fehlen einer Katamnese ist ein schwerer Mangel der vorliegenden Studie. Psychotherapie in der allgemeinen Versorgung kann nur dann sinnvoll sein, wenn die erzielten Ergebnisse über den zeitlichen Rahmen der Behandlung selbst hinaus stabil sind. Diese Schwäche der Studie wird auch in Bewertungsbogen der Expertenkommission der BPtK hervorgehoben. In der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) wird dieser Mangel relativiert, indem darauf hingewiesen wird, man müsse nicht in jeder Studie die Stabilität von Effekten nachweisen. Diese Position der BPtK ist methodisch nicht haltbar. Auch der Hinweis, dass das Fehlen einer Katamnese in dieser Studie durch die Publikation Greenberg 1998 geheilt werde, ist nicht zutreffend, da das Design dieser Studie dafür gar nicht geeignet ist.

Unabhängig davon hätte die Studie nicht als Nutznachweis gewertet werden können, da PET nicht der GT zuzuordnen ist, siehe Ausführungen in Abschnitt 5.2.2.2.

4	Ref ID: 3020 Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. Br J Psychiatry 2003; 182: 412-9.
----------	--

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Darstellung der Ergebnisse besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der BPTK. Die kritische qualitative Bewertung der Studie durch die Expertenkommission der BPtK fließt jedoch in die Gesamtbewertung der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) nicht ein.

Auch im Studienauswertungsbogen der Expertenkommission der BPTK werden die spärlichen Angaben zu den angewendeten Verfahren (Pkt. 4.4 sowie „Abschließende Bewertung“, „Schwächen der Studie“) bemängelt.

Vor dem Hintergrund der nicht ausreichenden Beschreibung der angewendeten Verfahren war für den G-BA nicht zweifelsfrei ersichtlich, ob es sich hier um Gesprächspsychotherapie handelt. In ihrer Ergänzung der Stellungnahme führt die BPtK hierzu aus, „...“, dass sich die *non-direktive Beratung im NHS am klientenzentrierten Behandlungskonzept orientiert*“. Damit ist jedoch nicht belegt, dass Gesprächspsychotherapie als Therapieverfahren in dieser Studie zur Anwendung kam.

In der Studie von Cooper et al. 2003 wird hinsichtlich des angewendeten Verfahrens auf die Edinburgh Studie von Holden et al. (1989) verwiesen. Der Studie von Holden et al. ist zu entnehmen, dass sich das dort gewählte Vorgehen von dem sonst üblichen Vorgehen der „health visitors“ deutlich unterscheidet. Und zwar dahingehend, dass nicht mehr das Baby im Fokus ihrer Aufmerksamkeit lag, sondern das psychische Wohlergehen der Mutter. In der Studie von Holden et al. erhielten health visitors ein kurzes Training zum Umgang mit Patientinnen mit Postpartum-Depression. Es wurden „Beratungsmethoden nach Rogers bzw. non-direktive Beratungstechniken“ vermittelt. Die health visitors sollten keine Ratschläge geben, sondern empathisch und nicht wertend zuhören und ihr Gegenüber zu eigenen Entscheidungen anregen. Damit wird deutlich, dass in dieser Studie keine Psychotherapie, sondern Beratung zur Anwendung kam.

Fazit

Wie sowohl der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) als auch der Studie von Holden et al. 1989 zu entnehmen ist, handelt es sich bei dem in der Studie von Cooper et al. 2003 angewendeten Verfahren um non-direktive Beratung und nicht um Gesprächspsychotherapie. Des Weiteren begründet die BPtK ihre Auffassung nicht, dass die Studienergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar seien. Somit bleibt weiter festzuhalten, dass die Anwendung des beschriebenen Vorgehens in einem speziellen Setting (Hausbesuch durch „health visitor“) erfolgte. Eine Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext wäre dann gegeben, wenn es analog zur britischen Gesundheitsversorgung nicht-akademische „health visitors“ (am ehesten vergleichbar mit dem Begriff „Gemeindeschwester“) in der ambulanten Beratung gäbe. Auch die Nichtberücksichtigung begleitender nicht-randomisierter Interventionen (u.a. Pharmakotherapie) schränkt die Aussagekraft der Studie erheblich ein, insbesondere, da im britischen Gesundheitssystem die medikamentöse Therapie von post-partum Depression üblich ist (siehe Auswertungsbogen).

5	Ref ID: 4251 Goldman RN, Greenberg LS, Angus L. The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. <i>Psychotherapy Research</i> 2006; 16 (5): 536-46.
----------	---

Da sich die Studienbewertung der Expertenkommission der BPtK nur auf die aktuelle Studie und nicht auf die in der Veröffentlichung ebenfalls vorgenommene, gemeinsame Auswertung der aktuellen Ergebnisse zusammen mit denen der Studie von Greenberg und Watson, 1998, bezieht, beschränkt sich dieser Kommentar ebenfalls auf die aktuellen Ergebnisse.

Die zentrale Fragestellung dieser Studie ist, ob die Hinzunahme spezifischer EFT-Interventionen das Outcome im klientenzentrierten Setting bei Patienten mit Depression verbessern kann.

Im Fazit des Studienbewertungsbogens der Expertenkommission der BPtK wird diese Studie als geeignet für den Nachweis der Wirksamkeit von GT bei depressiven Störungen angesehen, obwohl von der Expertenkommission der BPtK die gleichen methodischen Einschränkungen wie in der Bewertung des G-BA bemängelt werden (unzureichende statistische Power, unangemessene statistische Analysen, fehlende unbehandelte Kontrollgruppe, keine Katamnese). Darüber hinaus werden noch weitere methodische Probleme gesehen (Selektivität der Stichprobe, umfangreiche Trainingsmaßnahmen und Unterschiede in der Supervision der Therapeuten). Dass diese methodischen Einschränkungen nicht zu einer Überschätzung der Effekte geführt haben und somit bei der Gesamtwertung der Studie vernachlässigbar seien, wird jedoch nicht belegt.

Fazit

Diese Studie liefert nach Auffassung des G-BA keinen belastbaren Nutznachweis der GT bei depressiven Störungen. Zu dieser Studie wird ein solcher Nutznachweis in der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) auch nicht postuliert.

6	Ref ID: 1902 Grawe K. Differentielle Psychotherapie I. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten. (1. Auflage). Bern: Huber. 1976
----------	---

Die Auswertungsbögen des G-BA und der BPtK weisen in Bezug auf die Beschreibung der Studie, die dargelegten Ergebnisse und die festgestellten methodischen Einschränkungen keine grundlegenden Differenzen auf.

Eine deutliche Diskrepanz besteht jedoch in der Bewertung der methodischen Einschränkungen. Im Studienbewertungsbogen der Expertenkommission der BPtK wird die Studie, trotz der festgestellten methodischen Einschränkungen, im Fazit als geeignet für den Nachweis der Wirksamkeit der GT bei Angststörungen angesehen. In der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) wird allerdings keine abschließende Bewertung dieser Studie vorgenommen.

Die methodischen Einschränkungen führten bei der Bewertung durch den G-BA dazu, dass die Wirksamkeitsnachweise sowohl für die VT als auch für die GT als nicht hinreichend belastbar angesehen wurden.

Zu der aus Sicht der BPtK im HTA-Bericht des G-BA zu unrecht kritisierten Methodik der Studie (s. Ergänzung der Stellungnahme der BPtK) im Einzelnen:

1. Teilweise unvollständige Randomisierung

Auffassung BPtK: „Die teilweise unvollständige Randomisierung dürfte kaum zu systematischen Unterschieden geführt haben.“

Kommentar: Diese Behauptung ist nicht belegt. Als methodische Kritik ist die Verletzung der Randomisierungsregel festzuhalten

2. Zu geringe Stichprobengröße

Auffassung BPtK: „Die Stichprobengröße liegt für die Testung der Überlegenheits-hypothese (VT, GT vs. Wartegruppe) im aussagekräftigen Bereich. Lediglich für den Nachweis, dass die beiden Psychotherapiebedingungen gleich wirksam sind, ist die Stichprobe als sehr klein einzuschätzen.“

Kommentar: Stichprobengröße zu klein für Anzahl der getesteten Variablen, siehe Nr. 6

3. Fehlende Operationalisierung der Diagnosestellung

Auffassung BPtK: „Die wissenschaftliche Entwicklung im Bereich der Diagnostik psychischer Störungen war jedoch zum Zeitpunkt der Studie noch nicht so weit entwickelt, dass dies nach heutigen Standards möglich gewesen wäre. Das in der Studie gewählte Vorgehen, insbesondere die Rekrutierung von Patienten, die seit mehreren Jahren wegen ihrer Angststörung in nervenärztlicher Behandlung waren, stellt jedoch sicher, dass die Patienten unter krankheitswertigen Störungen litten, die dem Anwendungsbereich der Angst- und Zwangsstörungen zuzurechnen sind. Unter diesem Aspekt besitzt die Studie eine hohe externe Validität.“

Kommentar: Hierzu ist festzustellen, dass die Kritik im HTA-Bericht des G-BA nicht auf das Fehlen heutiger Standards abzielte, sondern auf das Fehlen einer standardisierten Diagnosestellung überhaupt, um eine Vergleichbarkeit der Krankheitsbilder der eingeschlossenen Patienten zu gewährleisten. Dies wäre auch 1976 mit Hilfe des Internationalen Klassifikationssystems ICD-8 bereits möglich gewesen. Dass die Patienten unter krankheitswertigen Störungen litten, wurde im HTA-Bericht nicht in Frage gestellt.

3. Fehlende differenzierte Darstellung der Patientencharakteristika

Auffassung BPtK: „Ferner wird die Kritik im HTA-Bericht einer fehlenden differenzierten Darstellung der Charakteristika nicht weiter substantiiert und ist in Anbetracht der in den beiden relevanten Publikationen von Grawe (1976) und Plog (1976) vorliegenden differenzierten Informationen zu Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Einkommen, Krankheitsdauer und Maßen der Ausgangsbelastung nicht nachvollziehbar.“

Kommentar: Diese Feststellung im HTA-Bericht basiert auf einer getrennten Auswertung der jeweiligen Publikationen von Grawe 1976 und Plog 1976, da diese zwar die gleichen Patienten, aber unterschiedliche Forschungsgegenstände untersuchten. Diesbezüglich ist festzustellen, dass sich ausschließlich in der zweiten Publikation, also bei Plog 1976, eine Darstellung von relevanten Patientencharakteristika findet. Dieser Kritikpunkt des G-BA hatte keinen Einfluss auf die Gesamtbewertung der Grawe Studie.

4. Behandlungsdurchführung durch Studenten

Auffassung BPtK: Auch der Verweis darauf, dass die Behandlungen durch Studenten durchgeführt wurden, ist nicht geeignet die Aussagekraft der Studie in Frage zu stellen, da dies im Vergleich zur nervenärztlichen Behandlung durch einen erfahrenen Facharzt ein Nachteil für die Psychotherapiebedingungen war, die sich dennoch überlegen zeigten.“

Kommentar: Das Argument der BPtK, „*Von Studentischer Therapie (unter Supervision) lässt sich auf Wirksamkeit von Therapie durch Psychotherapeuten schließen*“, ist nicht belegt und nicht nachvollziehbar. Festzuhalten ist, dass in der Studie ein „Paket“ aus Studenten und Supervision zu Anwendung kam.

5. Multiple Testungen + Stichprobengöße

Auffassung BPtK: „Es ist anzumerken, dass es zum Zeitpunkt der Studie in der Psychotherapieforschung noch nicht üblich war, explizit primäre und sekundäre Zielkriterien auszuweisen. Der Studie ist dennoch zu entnehmen, dass zum einen die Symptomveränderungen die primäre „Zieldimension“ sind, entsprechend auch als erster Abschnitt in der Ergebnisdarstellung referiert werden und die Ratingskalen von Gelder und Marks, welche als „hauptsächliches Instrument“ bezeichnet werden, in diesem Sinne als primäres Zielkriterium zu werten sind.“

Kommentar: Es ist nicht ersichtlich, ob im Rahmen der Planung der Studie Grawe (1976) vorab eine Fallzahlschätzung durchgeführt wurde, die zum Ziel gehabt hätte, diejenige Anzahl von notwendigen Patienten für die Studie zu schätzen, die es erlauben würde, einen durch die Intervention postulierten Unterschied im primären Zielkriterium statistisch zu zeigen. Der statistische Test würde sich dann auf dieses primäre Zielkriterium beziehen und als hypothesenbeweisend gewertet werden können. Alle zusätzlichen Tests, auch zwischen Behandlungsgruppen und in Bezug auf viele weitere Zielkriterien, können lediglich als hypothesengenerierend betrachtet werden: es sind nämlich keine zuverlässigen statistischen Aussagen mehr möglich, weil allein durch die große Zahl von statistischen Tests auch fälschlicherweise signifikante Ergebnisse erzielt werden könnten.

Wenn mehrere Zielkriterien hypothesenbeweisend untersucht werden sollen, bietet sich die Adjustierung des Alpha-Niveaus nach Bonferroni³⁶ bei multiplem Testen an,

³⁶ vgl. Bland & Altman (1995): Multiple significance tests: the Bonferroni Method, BMJ 310, 170

das heißt, das Alpha-Niveau wird reduziert, indem es durch die Anzahl der Tests dividiert wird. (z.B. Alpha: 5%, Anzahl der Tests: 5, adjustiertes Alpha: 1%, für ein signifikantes Ergebnis muss p kleiner sein als 0.01). Durch die Reduktion des Alpha-Niveaus soll erreicht werden, dass nur sehr deutliche Unterschiede als statistisch signifikantes Ergebnis gewertet werden. Man kann sich so vor zufälligen statistischen „signifikanten“ Ergebnissen schützen, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind. In dem angeführten Beispiel würden daher 5 hypothesenbeweisende Fragestellungen anhand von 5 (wichtigsten) Zielkriterien untersucht, alle weiteren Tests würden dann lediglich von hypothesengenerierendem Charakter sein.

Dieses Vorgehen kann der Publikation Grawe (1976) nicht entnommen werden. Es ist daher davon auszugehen, dass weder eine Fallzahlschätzung für eine primäre Fragestellung durchgeführt wurde, noch Überlegungen zur Auswahl einiger weniger relevanter Fragestellungen mit statistisch beweisendem Ansatz und adjustiertem Alpha-Niveau getroffen wurden.

Als Fazit bleibt die Ansicht des G-BA nach wie vor bestehen, dass davon ausgegangen werden kann, dass die große Anzahl von Tests (75 Variablen im 3fachen Vergleich bei 53 Patienten) ohne Adjustierung durchgeführt wurde und daher die Ergebnisse nur als hypothesengenerierend und nicht als beweisend betrachtet werden können.

Fazit:

Die Studie ist zum Erforschen von Wirkvariablen angelegt. Das Studiendesign ist für einen Nutznachweis der angewandten Interventionen nicht belastbar.

Würde man die oben beschriebenen und auch im Auswertungsbogen der Expertenkommission der BPTK geteilten methodischen Defizite vernachlässigen, ergäbe sich eine Überlegenheit der verhaltenstherapeutischen Intervention (Medikamentenverbrauch in der VT-Gruppe signifikant reduziert).

7	<p>Ref ID: 4499 Barrowclough C., King P., Colville J., Russell E., Burns A., Tarrier N. ; Journal of Consulting and Clinical Psychology 2001, Vol. 69, No. 5, 756-762 A Randomized Trial of the Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy and Supportive Counselling for Anxiety Symptoms in Older Adults</p>
----------	--

Die Studie wurde zu Vergleichszwecken einer Langauswertung durch den G-BA zugeführt. Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Darstellung der Ergebnisse besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPTK, dass sie keinen Wirksamkeitsnachweis für GT liefert.

In der Ergänzung der Stellungnahme der BPTK (2007) wird keine abschließende Bewertung dieser Studie vorgenommen.

Die Expertenkommission der BPTK wertet das Vorgehen in der Studie als „lediglich GPT II“ (siehe Langauswertung). In der Studie ist das Setting gekennzeichnet durch eine Haltung der Berater im Sinne von empathisch, respektvoll und authentisch. Die angewandten Techniken waren: „verbale und nonverbale Aufmerksamkeit, aktives Zuhören, offene Fragen, Reflektion, Paraphrasieren und Zusammenfassen“

Die Studie wurde vom G-BA als nicht relevant für die Fragestellung gewertet, da es sich hier nicht um GT handelt, sondern um non-direktive Beratung.

8	<p>Ref ID: 130 Teusch, L. & Böhme, H. (1991). Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer 1-Jahres-Katamnese. PPMp, 41, 68-76</p>
----------	--

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Darstellung der Ergebnisse besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPTK. „Die Studie ist aufgrund methodischer Einschränkungen nicht für einen Nachweis der Wirksamkeit der GT bei Angststörungen geeignet.“ (Siehe Auswertungsbogen).

In der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) wird keine abschließende Bewertung dieser Studie vorgenommen.

9	<p>Ref ID: 835 Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The benefit of insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobic symptoms. Psychotherapy and Psychosomatics, 66, 293-301</p>
	<p>Ref ID: 3263 Teusch L, Böhme H, Gastpar M. The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. Results of a controlled comparison of client-centered therapy alone and in combination with behavioral exposure. Psychother Psychosom 1997; 66 (6): 293-301.</p>
	<p>Ref ID: 20 Teusch L, Böhme H, Finke J. Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. Nervenarzt 2001; 72 (1): 31-9.</p>

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Darstellung der Ergebnisse besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPTK. „Die Studie ist aufgrund methodischer Einschränkungen nicht für einen Nachweis der Wirksamkeit der GT bei Angststörungen geeignet.“ (Siehe Auswertungsbogen).

Den auf die drei Studien bezogenen Schlussfolgerungen bzgl. „Hinweise auf eine Wirksamkeit im stationären Setting“ kann wegen der von der Expertenkommission der BPTK selbst festgestellten methodischen Einschränkungen und aufgrund des für einen Wirksamkeitsnachweis ungeeigneten Designs der Studien nicht gefolgt werden.

In der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) wird keine abschließende Bewertung dieser Studien vorgenommen.

10	Ref ID: 4060 Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? (Manuskript, zur Veröffentlichung eingereicht Zeitschrift Psychotherapeut, Status "accepted"). Manuskript 2006.
	Ref ID: 4252 Gorschenek, N., Schwab, R. Eckert, J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie auch langfristig ausreichend wirksam. Psychother Psych Med, 2007, 57:1 – 8

Im Bewertungsbogen der Expertenkommission der BPtK werden am Anfang als zu bewertende Studie Altenhöfer et al. und Gorschenek et al. (Katamnese) angegeben. Die darauf folgende Auswertung bezieht sich jedoch nur auf die Studie von Altenhöfer et. al. Eine Auseinandersetzung mit und Bewertung der Methodik der Katamnese-Studie von Gorschenek et al. findet sich im Bewertungsbogen der Expertenkommission der BPtK nicht.

Die Bewertung der Expertenkommission der BPtK entspricht im wesentlichen der Bewertung des G-BA. Allerdings werden die methodischen Mängel von der Expertenkommission der BPtK für nicht so gravierend gehalten und die Studie als Nutznachweis akzeptiert. Vor allem wird in der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) ein Bias aufgrund von Medikamenteneffekten verneint. Der G-BA kommt auch nach erneuter Prüfung zu der Auffassung, dass gerade die Ergebnisse in den beiden Fremdeinschätzungsverfahren keine eindeutigen Erkenntnisse darüber zulassen, ob die Medikamentenkontamination in beiden Gruppen tatsächlich ohne Effekt auf die Behandlungsergebnisse waren. Mit anderen Worten kann anhand der ergänzend und später durch die BPtK bereitgestellten statistischen Auswertungen keine Aussage über den ergebnisverzerrenden Einfluss der Medikamentengabe gemacht werden. Darüber hinaus wurde der tatsächliche Effekt der medikamentösen Therapie nicht gemessen. Auch verweist die BPtK selbst auf die begrenzte statistische Power infolge der geringen Stichprobengröße. Bezüglich der Medikamente bei der Studie von Altenhöfer wäre wesentlich, welche Substanzen oder Substanzgruppen in welcher Dosierung zum Einsatz kamen und ob sich diese auf beide Gruppen gleich verteilen. Da Indikation und Schweregrad für die nicht spezifizierte medikamentöse Therapie nicht genannt werden, kann der Effekt der Medikation anhand der nachgelieferten Daten auch nicht indirekt aus den *für diese Fragestellung eher ungeeigneten* Fremdeinschätzungsverfahren (BSS und GAF) abgeleitet werden. Die Kritik an der Studie von Altenhöfer et al. muss daher aufrecht erhalten werden.

Darüber hinaus sind folgende Aspekte an der Studie von Altenhöfer zu kritisieren: Verletzte Randomisierung, Heterogenität der Behandlungsgruppen insbesondere im Hinblick auf die auslösende Situation der Anpassungsstörung mit zwangsläufig unterschiedlichen Prognosen, wobei zur Schwere der Erkrankung in beiden Gruppen keine Angaben gemacht werden. Auch die Homogenitätstests im Hinblick auf andere Parameter sind nicht nachvollziehbar.

Auch die Publikation Gorschenek et al. (Katamnese) kann zum Wirksamkeitsnachweis keine neuen Daten beitragen, da es sich hier um eine Analyse der Daten der 2-Jahreskatamnese ohne Vergleichsgruppe handelt. Aufgrund des Fehlens einer Vergleichsgruppe können die berichteten positiven Effekte nicht sicher auf die Intervention zurückgeführt werden (es könnte sich u.a. auch um – gerade bei diesem Krankheitsbild häufige – Spontanremissionen handeln).

Darüber hinaus weist die Studie statistisch-methodische Mängel, wie nicht angemessene Varianzanalyse (nur Behandlungsgruppe), inadäquate Verwendung des Bonferroni-Verfahrens, auf.

11	Ref ID: 959 Paivio SC, Nieuwenhuis JA. Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. J Trauma Stress 2001; 14 (1): 115-33.
----	--

Die Expertenkommission der BPtK, wie auch der G-BA bewerten die methodische Qualität dieser Studie überwiegend positiv. Nach Auffassung der Expertenkommission der BPtK stelle allerdings das Design die „Vergleichbarkeit der Gruppen nur eingeschränkt sicher.“

In der Studie wird nach Ansicht des G-BA keine GPT angewandt, sondern die EFT-AS, (process-experiential Therapie mit verschiedenen Interventionstechniken der Gestalttherapie). EFT-AS entspricht nicht der GPT (siehe Abschnitt 5.2.2.2). Nach Ansicht der Studienautoren sind es gerade die für die Gesprächspsychotherapie nicht spezifischen Elemente der Therapie, die mit besseren Ergebnissen der Therapie verbunden sind. Diese Auffassung der Autoren stützt die Einschätzung des G-BA, dass die aus der Gestalttherapie stammenden direktiven Elemente in der EFT-AS einen zentralen Raum einnehmen, so dass diese nicht als Gesprächspsychotherapie im Sinne des zu prüfenden Verfahrens angesehen werden kann.

Die EFT-AS ist im Unterschied zur GPT ein deutlich direktives Verfahren, bei dem direktive und konfrontierende Techniken, meist aus der Gestalttherapie, angewandt werden. So beschreiben die Autoren das therapeutische Vorgehen in der Studie wie folgt:

“There are three interrelated therapeutic tasks. The first is establishing a safe and collaborative therapeutic relationship. The primary intervention is empathic responding to client presently felt subjective experience. The second task is overcoming avoidance or defensive processes such as overcontrol of emotional experience, and guilt and shame about the abuse. **A variety of Gestalt-derived and imagery techniques are used for exploring and reducing these processes as they emerge in the course of exploring trauma material.** The third task is resolving issues with past abusive and neglectful others. This entails accessing *maladaptive* aspects of the memory or meaning system, such as fear/insecurity and shame, and accessing previously inhibited *adaptive* emotional responses, such as anger and sadness, so that the associated adaptive information can be used to modify meaning.

Again, a Gestalt-derived imaginal confrontation technique is used to evoke trauma material and help clients express previously constricted feelings to the imagined other(s). In cases that include extreme distress from intrusive symptoms, anxiety management strategies, such as provision of structure, breathing regulation, and present-centeredness, are used to help regulate emotional intensity. The imaginal confrontation intervention generally is introduced in the fourth session.

Auch in einer früheren Studie wird auf die Methoden der Gestalttherapie hingewiesen.

Beispiele für direktives Handeln aus Studie Paivio 1998, S. 58

„Die Technik der EFT-AS ist gekennzeichnet durch den primären Anteil für das Reprocessing von Missbrauchserinnerungen mittels der aus der Gestalt-Therapie abgeleiteten imaginativen Konfrontation (IC).“ (IC wurde regelhaft eingesetzt).

Von einer Verwirklichung der primären Elemente der GT kann nicht mehr gesprochen werden. Aus diesem Grund ist die Studie nach wie vor nicht für Fragestellung des G-BA relevant.

12	Dirks P., Grimm F, Tausch AM, Wittern JO. Förderung der seelischen Gesundheit von Krebspatienten durch personenzentrierte Gruppengespräche. Z Klin Psychol 1982; 11 (4): 241-52.
-----------	--

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität (starke methodische Mängel) besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPTK.

Im Auswertungsbogen der Expertenkommission der BPTK wird u.a. ausgeführt: *„Problematisch ist aber, dass das Design nicht erlaubt, die Effekte „personenzentrierter Gruppengespräche“ von denen „nicht-personenzentrierter Gruppengespräche“ zu unterscheiden. Möglicherweise ist somit zumindest ein Teil der berichteten Effekte auf eine unspezifische „Heilsamkeit“ des Austausches mit anderen Betroffenen zurückzuführen.“* Und weiter: *„Die Studie ist aufgrund methodischer Mängel nicht für einen Nachweis der Wirksamkeit der GT geeignet.“* Die Feststellung, dass eine klinische Diagnose einer psychischen Störung fehlt, wird im Auswertungsbogen der Expertenkommission der BPTK ebenfalls geteilt.

Dennoch wird in dem Auswertungsbogen ausgeführt, dass die Studie Hinweise auf eine Wirksamkeit der GT bei Reaktionen auf schwere Belastungen / Anpassungsstörungen liefert. Dies ist vor dem Hintergrund der starken methodischen Mängel und insbesondere der Tatsache, dass weder ersichtlich ist, ob und welche psychischen Störungen von Krankheitswert behandelt wurden, noch die Effekte der Maßnahme auf die Wirksamkeit der personenzentrierten Gruppengespräche zurückgeführt werden können, nicht nachvollziehbar.

Fazit

Die Studie ist nicht geeignet, Wirksamkeit und Nutzen der GT zu belegen. Dies wird auch im Studienbewertungsbogen der Expertenkommission BPTK festgestellt.

13	Ref ID: 3421 Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Wuchner M.[Long-term changes in borderline symptoms of patients after clientcentered group psychotherapy] Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. Psychother Psychosom Med Psychol 2000; 50 (3-4): 140-6.
-----------	---

In Bezug auf die Beurteilung der Studienqualität und der Schwächen der Studie besteht Übereinstimmung in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPtK. Die Schlussfolgerungen in Bezug auf die Verwendbarkeit der Studienergebnisse für einen Wirksamkeitsnachweis der GT differieren jedoch:

Im Studienauswertungsbogen der Expertenkommission der BPtK wird im Fazit ohne Angabe von Gründen ausgeführt, dass die Studie „mit Einschränkungen geeignet“ ist „für einen Nachweis der Wirksamkeit der GT bei Persönlichkeitsstörungen“.

Diese abschließende Bewertung der Expertenkommission der BPtK ist vor dem Hintergrund der von der Expertenkommission der BPtK selbst benannten methodischen Mängel (bspw. wird im Studienauswertungsbogen der BPtK die interne Validität, d.h. die Sicherheit kausaler Schlussfolgerungen sogar als mangelhaft bewertet) und Einschränkungen nicht nachvollziehbar. Die „Hinweise“ sind allenfalls hypothesengenerierend.

In der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) wird ausgeführt, dass die Studie eine von zwei Publikationen sei, die „als eingeschränkt geeignet zum Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bewertet wurde“³⁷.

Fazit

Wie auch den Kritikpunkten im Studienbewertungsbogen der Expertenkommission der BPtK zu entnehmen ist, liefert die Studie keine belastbaren Ergebnisse zur Wirksamkeit der GT. Sie ist somit nicht geeignet Wirksamkeit und Nutzen der GT zu belegen.

14	Ref ID: 2015 Wuchner M. Behandlungsergebnisse von Borderline-Patienten nach klientenzentrierter Psychotherapie. Treatment results of borderline patients after client-centered psychotherapy. Hamburg: Universität. 1997.
-----------	--

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Schwächen der Studie besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPtK.

Im Studienauswertungsbogen der Expertenkommission der BPtK wird die interne Validität, d.h. die Sicherheit kausaler Schlussfolgerungen, als eingeschränkt beschrieben. Zur externen Validität wird u.a. ausgeführt, dass die Intervention „ungewöhnlich“ und nicht ohne Weiteres auf ein anderes Setting übertragbar ist. Im Weiteren wird im Studienauswertungsbogen der Expertenkommission der BPtK festgestellt, dass „sichere Aussagen über die Wirksamkeit der GT-Behandlung nicht möglich“ sind.

Fazit

Wie auch dem Studienbewertungsbogen der Expertenkommission der BPtK zu entnehmen ist, liefert die Studie keine belastbaren Ergebnisse zur Wirksamkeit der GT. Sie ist somit nicht geeignet, Wirksamkeit und Nutzen der GT zu belegen.

³⁷ Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007), S. 45

15	Ends EJ, Page CW. A study of three types of group psychotherapy with hospitalized male inebriates. Quart J Stud Alcohol 1957; 8: 263-77.
-----------	--

In der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) wird zu dieser Studie ausgeführt: *„Aus heutiger Sicht ergeben sich Einschränkungen der Aussagekraft der Studie aus einer Reihe methodischer Mängel, u.a. aus der geringen Stichprobengröße, einem möglichen Selektionsbias bei der Zuweisung der Patienten zu den Behandlungsgruppen sowie der Unangemessenheit der verwendeten statistischen Methoden.“* Dies war auch in den Auswertungen des G-BA so gesehen worden.

Fazit

Aufgrund der erheblichen methodischen Mängel, liefert die Studie keinen belastbaren Nutznachweis der GT bei Alkoholerkrankungen. Das Vorliegen eines solchen wird auch in der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) nicht festgestellt, sondern es werden „Hinweise auf den Nutzen der Gesprächspsychotherapie“ aus der Studie abgeleitet.

Dass die Studie Hinweise auf den Nutzen der GT gibt, kann bei den – auch von der BPtK in der Ergänzung der Stellungnahme konstatierten – methodischen Mängeln nicht nachvollzogen werden: Hinsichtlich der berichteten Katamneseergebnisse ist festzustellen, dass hier ein standardisiertes Interview zur Anwendung kam. Methoden zur Objektivierung der Angaben der Befragten zum Alkoholkonsum bzw. zur Abstinenz wurden nicht eingesetzt. Damit stellt sich die Frage nach der Validität der Angaben zum Alkoholkonsum bzw. zur Abstinenz.

Auch das Katamneseergebnis, dass der Anteil der stationären Wiederaufnahmen im selben Krankenhaus für die GT-behandelten Patienten signifikant niedriger ist, als in der Kontrollgruppe, kann nicht als Hinweis für die Wirksamkeit von GT gewertet werden, da in der Studie nicht überprüft wurde, ob diese evtl. in einem anderen Krankenhaus behandelt bzw. aufgenommen wurden.

16	<p>Sachse R. Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Göttingen: Hogrefe.2006.</p> <p>Sachse R. Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. Therapiekonzepte und Ergebnisse. [Goal-oriented client-centered psychotherapy in psychosomatic disorders. Treatment approaches and outcomes]. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 1997; 28 (2): 90-107.</p>
-----------	--

(1)

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Schwächen der Studie besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPtK.

Der Kritik der Expertenkommission der BPtK ist zuzustimmen. Die mangelnde Repräsentativität der Stichprobe für Patienten mit chronisch entzündlichen Darm-Erkrankungen ist einer der Hauptmängel der Studie.

Vor dem Hintergrund der methodischen Mängel und unvollständigen Darstellung in der Publikation ist die Ausführung in dem Auswertungsbogen, „*ggfs. könnte man die Ergebnisse als Nachweis gelten lassen*“, nicht nachvollziehbar.

(2)

Zielorientierte GT grenzt sich deutlich von einigen Grundannahmen der GT ab, und gibt grundlegende Prämissen, wie die „Aktualisierungstendenz“ zugunsten der Annahme auf, dass es biographisch determinierte kognitive und affektive Schemata seien, die behandlungsbedürftige intra- und interpersonale Probleme determinieren. Sie kann damit nicht als Gesprächspsychotherapie im Sinne der Fragestellung des G-BA gewertet werden.

Gleiches gilt für die Klärungsorientierte Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darm-Erkrankungen wie der Autor bestätigt:

„Entwickelt hat sich die Klärungsorientierte Psychotherapie aus der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie und diese aus der Gesprächspsychotherapie. Im Laufe der Zeit hat sich die Therapieform jedoch so weit von der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie weg entwickelt (siehe Sachse & Howe, 1989; Sachse, Lietaer & Stiles, 1992), hat heute mindestens so viele Bezüge zur Kognitiven und zur Interaktionellen Verhaltenstherapie, wie zur Gesprächspsychotherapie und geht theoretisch und in den Interventionsstrategien so weit über Gesprächspsychotherapie hinaus, dass diese Bezeichnung nicht mehr angemessen erscheint. Ich möchte mich daher von der Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ verabschieden und die Therapieform „Klärungsorientierte Psychotherapie“ nennen, gehe aber davon aus, dass die Gesprächspsychotherapie als ein Teil in die Klärungsorientierte Psychotherapie eingeht, also ein Teil davon bleibt.“ (<http://www.ipp-bochum.de/>)

17	Ref ID: 4287 Machado LAC, Azevedo DC, Capanema MB, Neto TN, Cerceau DM. Client-Centered Therapy vs Exercise Therapy for Chronic Low Back Pain: A Pilot Randomized Controlled Trial in Brazil. Pain Medicine 2006; 8 (3): 251-58.
-----------	---

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Darstellung der Ergebnisse besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPTK, dass diese Studie keinen Wirksamkeitsnachweis liefert.

18	Ref ID: 1131 Markowitz JC. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. Arch Gen Psychiatry 1998; 55 (5): 452-57.
-----------	---

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Darstellung der Ergebnisse besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der BPTK, dass diese Studie keinen Wirksamkeitsnachweis liefert.

19	Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, Morris J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. BMJ 1998; 317 (7154) : 303-7.:
-----------	--

In Übereinstimmung mit der Expertenkommission der BPTK kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass diese Studie keinen Wirksamkeitsnachweis liefert.

Es handelt sich nicht um Gesprächspsychotherapie sondern um eine Kontrollbedingung zur VT, die nur durch einige Elemente der Gesprächspsychotherapie, nämlich eine emotionale Unterstützung durch einen unterstützenden, Beziehung fördernden Gesprächsstil und eine vorbehaltlose Akzeptanz des Patienten gekennzeichnet ist.

20	Tarrier N, Kinney C, McCarthy E, Humphreys L, Wittkowski A, Morris J. Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. J Consult Clin Psychol 2000; 68 (5) : 917-22.
-----------	--

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Darstellung der Ergebnisse besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPTK.

Die kritische qualitative Bewertung der Studie durch die Expertenkommission der BPTK führt jedoch in der Formulierung der Ergänzung der Stellungnahme der BPTK (2007) nicht zu dem sich daraus abzuleitenden fehlenden Nutznachweis. Die Bewertung der Expertenkommission der BPTK steht im Widerspruch zu ihrer eigenen Langauswertung.

Es handelt sich bei der hier angewandten Intervention nicht um GT, sondern um eine unspezifische Kontrollbedingung, Zitat: „*nonspecific intervention, to control for therapist exposure*“

Es handelt sich um ein Follow-up zu Tarrier et al. 1998; die unspezifische Kontrollbedingung war dort gekennzeichnet durch einen unterstützenden, Beziehung fördernden Gesprächsstil und eine vorbehaltlose Akzeptanz der Patienten.

21	Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, Kinderman P, Kingdon D, Siddler R, Everitt J, Leadley K, Benn A, Grazebrook K, Haley C, Akhtar S, Davies L, Palmer S, Dunn G. Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry.2004 Mar;184:231-9.
-----------	---

Es bestehen Unterschiede hinsichtlich der Gewichtung der Schwächen der Studie und in der Bewertung des supportive counselling (SC) als GT. Zudem wird in der Bewertung der Expertenkommission der BPTK nicht deutlich, dass das SC nur als unspezifische Kontrollbedingung angewandt wurde.

Es handelt sich bei der hier angewandten Intervention nicht um GT, sondern um eine unspezifische Kontrollbedingung, Zitat: „*supportive counselling, used as a nonspecific control treatment.....was an unstructured intervention*“

Fazit:

Die Studie wurde vom G-BA als nicht relevant für die Fragestellung gewertet, da es sich hier nicht um GT handelt, sondern um non-direktive Beratung, die nur als Kontrollbedingung für unspezifisches Therapeutenverhalten im Vergleich zu Verhaltenstherapie eingesetzt wurde.

22	Tarrier N, Haddock G, Lewis S, Drake R, Gregg L. Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT. Schizophr Res.2006 Mar;83(1):15-27.Epub 2006 Feb 7.
-----------	---

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Darstellung der Ergebnisse besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission der BPTK, dass diese Studie keinen Wirksamkeitsnachweis liefert.

23	Ref ID: 1847 Meyer AE. The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Psychother Psychosom 1981; 35 (2-3): 81-207.
	Ref ID: 866 Meyer AE, Stuhr U. 12-year follow-up study of the Hamburg short psychotherapy experiment: an overview. Psychother Psychosom 1988; 50 (4): 192-200.

Hinsichtlich der Beurteilung der Studienqualität und der Darstellung der Ergebnisse besteht Konsens in den Auswertungen des G-BA und der Expertenkommission.

Aufgrund der kritischen qualitativen Bewertung der Studie durch die Expertenkommission der BPTK ist ihr Fazit im Auswertungsbogen „*beide Therapieverfahren sind im Vergleich zur Wartegruppe wirksam*“ für den G-BA nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus ist nicht ersichtlich, warum die Studie von Meyer angesichts der von der Expertenkommission angesprochenen Mängel und Einschränkungen von der BPTK in der Ergänzung der Stellungnahme als eine von zwei methodisch adäquaten Studien aufgeführt wird, die einen substanziellen Hinweis für den Nutzen begründen.

Die vorliegende Studie wurde auch bereits in den beiden vorangegangenen Prüfverfahren zur GT in den Jahren 1987 und 1997 als unzureichend für einen Wirksamkeitsnachweis bewertet.

Zusammenfassung der Gegenüberstellung der 23 Studien

Anwendungsbereiche	Bewertung BPtK	Bewertung G-BA
Affektive Störungen	I: Nutznachweis erbracht	Nutznachweis erbracht
Angststörungen und Zwangsstörungen	II: Substantielle Hinweise für den Nutzen	Nutznachweis nicht erbracht
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	II: Substantielle Hinweise für den Nutzen	Nutznachweis nicht erbracht
Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	III: Hinweise auf Nutzen	Nutznachweis nicht erbracht
Störungen durch psychotrope Substanzen	III: Hinweise auf Nutzen	Nutznachweis nicht erbracht
Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe	III: Hinweise auf Nutzen	Nutznachweis nicht erbracht
Psychische Begleit-, Folge- und/oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen	II: Substantielle Hinweise auf den Nutzen	Nutznachweis nicht erbracht
Indikationsübergreifende Studien	II: Substantielle Hinweise auf den Nutzen	Nutznachweis nicht erbracht

5.2.3 Stellungnahme 2008

Die BpTK macht die Stellungnahme der BpTK vom 05.11.2007 vollumfänglich zum Gegenstand ihrer erneuten Stellungnahme.

Würdigung im UA Psychotherapie

Eine umfassende Würdigung der Stellungnahme von 2007 ist in Abschnitt 5.1.2 dargestellt.

Stand des Verfahrens

Die BpTK weist darauf hin, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Schreiben vom 03.03.2008 aus Gründen der Transparenz eine Gegenüberstellung der Rechtslage vor und nach Inkrafttreten der Beschlüsse im Hinblick auf die Bewertung der Gesprächspsychotherapie fordert. Dieser Anregung sei der G-BA in seinem Beschlussentwurf noch nicht gefolgt.

Würdigung im UA Psychotherapie

Der Stellungnahmeentwurf wurde der BpTK am 04.03.2008 übersandt und hat daher die Forderung des BMG vom 03.03.2008 noch nicht berücksichtigen können. Die aus Transparenzgründen vorgenommene Gegenüberstellung der Bewertung der GT sowohl auf der Grundlage der bis zum 20.03.2008 als auch der jetzt geltenden PT-RL findet sich in Abschnitt 2.7.

Verfahrensbegriff

Die BpTK führt an: „Die aus Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie entstandenen Therapieansätze ordnet der G-BA nicht der Gesprächspsychotherapie zu. Er begründet dies mit einem veralteten Verfahrensbegriff.“

Würdigung im UA Psychotherapie

Die Auffassung der BpTK, dass der G-BA unter Berücksichtigung der seit den 21.03.2008 gültigen RL die Prozess-Erlebnisorientierten Therapie (PET) und die Emotionsfokussierten Therapie (EFT) in den Bewertungsgegenstand hätte einbeziehen müssen, beruht auf einem Missverständnis.

Nach dem Beratungsergebnis mit dem Wissenschaftlichen Beirat zeichnet sich ein Psychotherapieverfahren durch „*eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung oder verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoriebezogener Grundannahmen*“ aus.

Mit der Forderung nach einem solchen einheitlichen Theoriegebäude soll verhindert werden, dass eine Ansammlung von verschiedenen Methoden bzw. von Elementen verschiedener Verfahren ohne verbindende theoretische Konzeption (durch bloße Addition) als Psychotherapieverfahren definiert wird.

Die Auffassung der BpTK, der G-BA habe seine Entscheidung auf der Grundlage eines veralteten Verfahrensbegriffs getroffen, trifft somit nicht zu.

Operationalisierung des Beratungsgegenstandes

Die BPtK führt an, der G-BA habe Wirksamkeitsstudien, in denen Weiterentwicklungen der GPT zur Anwendung kamen, nicht berücksichtigt.

Würdigung im UA Psychotherapie

Die Behauptung, der G-BA habe Wirksamkeitsstudien, in denen Weiterentwicklungen der GPT zur Anwendung kamen, nicht berücksichtigt, trifft nicht zu. Vielmehr hat der G-BA sich in der Operationalisierung des Beratungsgegenstandes eingehend mit weiteren psychotherapeutischen Ansätzen befasst, die in den Stellungnahmen in Folge der Veröffentlichung des Beratungsgegenstandes genannt und darin der GT zugeordnet wurden (siehe Abschnitt 2.3.1, S.13). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass entsprechende Studien durchaus bewertet wurden, aber aufgrund der in Abschnitt 2.3.1 ausführlich dargelegten Gründe nicht der GT zugerechnet worden sind. So stehen nach Überzeugung des G-BA die Prozess-Erlebnisorientierten Therapie (PET) und die Emotionsfokussierten Therapie (EFT) durch ihr grundsätzlich direktives Vorgehen im Widerspruch zu den Hauptwirkvariablen der GT (Empathie, Akzeptanz, Selbstkongruenz, Nondirektivität).

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass sich das Ergebnis des Bewertungsverfahrens über die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen nicht geändert hätte, wenn, wie von der BPtK vorgeschlagen, die psychotherapeutischen Ansätze der PET, der EFT, der EFT-AS, und der klärungsorientierten Psychotherapie vom G-BA der Gesprächspsychotherapie zugeordnet worden wären (vergleiche Ausführungen zu B I. 3.2. Seite 33ff.)

Prüfung der sozialrechtlichen Voraussetzungen für die Zulassung als neues Psychotherapieverfahren in der GKV auf der Basis der Psychotherapie-Richtlinien vom 20.12.2007

Die BPtK führt aus, dass Grundlage der Auswertung der Expertenkommission der BPtK diejenigen Studien waren, die auch vom G-BA in eine engere Prüfung einbezogen worden waren, darüber hinaus aber auch einige Studien, die vom G-BA ausgeschlossen bzw. gar nicht erst gesichtet worden waren.

Die BPtK kommt im weiteren zu dem Schluss, dass der Nutzen der Gesprächspsychotherapie wurde in den Anwendungsbereichen Affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, psychische Begleit-, Folge und/oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen belegt sei.

Würdigung im UA Psychotherapie

Die BPtK führt aus, dass Grundlage der Auswertung der Expertenkommission der BPtK diejenigen Studien waren, die auch vom G-BA in eine engere Prüfung einbezogen worden waren, darüber hinaus aber auch einige Studien, die vom G-BA ausgeschlossen bzw. gar nicht erst gesichtet worden waren.

Die von der BPtK als „nicht gesichtet“ bezeichneten Studien, waren vom G-BA entweder in Form von Kurzauswertungen berücksichtigt worden oder waren zum Zeitpunkt des Nutzenberichtes vom 17. Juli 2006 noch nicht veröffentlicht. Letztere wurden im Bericht zur update Recherche zur GT vom 29. Januar 2008 identifiziert und ausgewertet.

Dass sich der der G-BA auf die mehr als 50 Jahre alte Begriffsbestimmung der „klassischen GPT“ beschränkte und neuere Entwicklungen nicht berücksichtigte ist zurückzuweisen (siehe Abschnitt 2.3.1).

Die BPtK kommt im weiteren zu dem Schluss, dass der Nutzen der Gesprächspsychotherapie in den Anwendungsbereichen Affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, psychische Begleit-, Folge und/oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen belegt sei.

Damit steht sie im Widerspruch zu ihrer eigenen „Ergänzung der Stellungnahme“ vom 05.11.2007, in der lediglich für den Anwendungsbereich Affektive Störungen ein Nutzen nachweis als erbracht angesehen wurde, jedoch für Angst- und Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, psychische Begleit-, Folge und/oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen nur „substanzielle Hinweise“ angegeben wurden.

Diese Umbewertung von „substanziellen Hinweisen“ zum „Nutzenbeleg“ wird in der Stellungnahme vom 01.04.2008 weder begründet noch belegt und ist nicht nachvollziehbar. Die Schlussfolgerung der BPtK, dass die GT die sozialrechtlichen Voraussetzungen für die Zulassung als neues Psychotherapieverfahren in der GKV auf der Basis der bis 20.03.2008 gültigen Psychotherapie-Richtlinien als auch der jetzt gültigen Richtlinien erfülle, ist daher unzutreffend.

Darüber hinaus sind die Bewertungskategorien der BPtK wissenschaftlich unüblich und entsprechen nicht den Kriterien der evidenzbasierten Medizin (siehe dazu auch die ausführliche Würdigung der definitorischen Grundlagen der Ergänzung der Stellungnahme der BPtK (2007) in Abschnitt 5.2.2). Insbesondere sind die den Indikationsbereichen Angst- und Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, psychische Begleit-, Folge und/oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen zu Grunde liegenden Studien jeweils nicht geeignet, einen Nutzen der GT zu belegen (die Gegenüberstellung der Auswertungen der Expertenkommission der BPtK und des G-BA ist in Abschnitt 5.2.2.3 ausführlich dargestellt).

Hinsichtlich der grundsätzlichen rechtlichen Bedenken der BPtK zum Bewertungsverfahren bei Psychotherapieverfahren – die BPtK verweist in diesem Zusammenhang auf ihrer Stellungnahme vom 04.04.2006 – sei auf die Würdigung der Stellungnahme von 2006 in Abschnitt 5.2.1 verwiesen.

6. Abschließendes Fazit nach Würdigung der Stellungnahmen

Die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen erfüllt die Kriterien für eine Anerkennung als Richtlinienverfahren nach § 92 Abs. 6a i.V.m. § 135 SGB V und B I. 3. Psychotherapie-Richtlinien (gültig seit 20. März 2008) nicht.

Siegburg, den 24. April 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess