BPtK
BundesPsychotherapeutenKammer

Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien zur Zulassung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden

Vorschläge der Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer

Mitglieder der Expertenkommission:

Prof. Dr. Günter Esser
Leiter des Lehrstuhls Klinische Psychologie/Psychotherapie, Universität Potsdam

Prof. Dr. Harald J. Freyberger
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Greifswald

Prof. Dr. Sven Olaf Hoffmann
emerit. Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Mainz

Prof. Dr. Jürgen Hoyer
Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden

Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer; Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Unter Mitarbeit von Dipl.-Psych. Timo Harfst, Wissenschaftlicher Referent der BPtK

Berlin, den 17. März 2006

Aufgabenstellung

Vor dem Hintergrund einer bevorstehenden Novellierung der Psychotherapierichtlinien, die eine Anpassung der in den Psychotherapie-Richtlinien formulierten Kriterien für die Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren an die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorsieht (Newsletter des G-BA, Ausgabe 01/2006), wurde die Expertenkommission vom Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer gebeten, zu folgenden Aufgaben Vorschläge zu erarbeiten:

1. Definition von Anwendungsbereichen der Psychotherapie, die eine am Versorgungsbedarf und der Versorgungsrealität orientierte Beurteilung der Evidenz eines psychotherapeutischen Verfahrens bzw. einer psychotherapeutischen Methode erlauben.
2. Entwicklung von Entscheidungsregeln, anhand derer die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens bzw. einer Methode innerhalb der so definierten Anwendungsbereiche beurteilt werden kann.
3. Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz eines psychotherapeutischen Verfahrens für die ambulante psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der GKV und damit der für eine Zulassung erforderlichen Breite der Wirksamkeit

1. Definition von Anwendungsbereichen der Psychotherapie

Die Experten schlagen eine Neugliederung der Anwendungsbereiche der Psychotherapie in „Allgemeine Anwendungsbereiche„ und „Spezielle Anwendungsbereiche“ vor, bei der Häufigkeit, Schweregrad und insbesondere die Versorgungsrelevanz der Störungen besonders gewichtet werden. Das bedeutet in der Konsequenz, dass die vier bzw. für Kinder und Jugendliche drei Gruppen von Störungen, welche in unserem Vorschlag die „Allgemeinen Anwendungsbereiche“ bilden, auch hinsichtlich der Versorgungsrelevanz vorn stehen (s. u.). Dabei variieren Versorgungsrelevanz und Prognose einzelner Störungen und der in Anwendungsbereichen zusammengefassten Gruppen von Störungen erheblich zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen.

Der Vorschlag zur Definition und Abgrenzung der Anwendungsbereiche der Psychotherapie orientiert sich am Kapitel V (F) der ICD-10. Da ein deskriptives Klassifikationssystem wie die ICD-10 jedoch für die Definition von Anwendungsbereichen psychotherapeutischer Verfahren, für die u. a. eine ätiologische Theorie gefordert ist, zu kurz greift, berücksichtigt die vorgeschlagene Einteilung auch phänomenologische, pathogenetische und ätiologische Aspekte der psychischen Störungen. Darüber hinaus ist die Generalisierbarkeit der Wirksamkeit eines Verfahrens oder einer Methode bei Erwachsenen auf die Wirksamkeit insbesondere bei Kindern stark eingeschränkt. Diesem Umstand wird, ebenso wie im berufsrechtlichen Bereich vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG vorgeschlagen,

dadurch Rechnung getragen, dass die Anwendungsbereiche der Psychotherapie separat für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche definiert werden.

Die Definition der Anwendungsbereiche dient ausschließlich dazu, die Beurteilung eines psychotherapeutischen Verfahrens zum Zwecke der sozialrechtlichen Zulassung zu ermöglichen, die sowohl den Anforderungen der klinischen Versorgung angemessen als auch wissenschaftlich begründbar ist. Das für eine Anerkennung eines Verfahrens erforderliche Niveau des Wirksamkeitsnachweises (Evidenzstufen) ist gerade aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin (EbM) kein absolutes Kriterium, sondern immer in Relation zur klinischen Expertise zu sehen. Aus Sicht der Experten kann sich eine Entscheidung über die Zulassung deswegen auch nicht ausschließlich auf den Wirksamkeitsnachweis (als Teil der externen Evidenz) eines Verfahrens beschränken.

Keinesfalls gleichbedeutend mit der Beurteilung der Wirksamkeit für einen Anwendungsbereich ist eine Aussage über die Indikation eines Verfahrens, auch nicht über dessen Indikationsbreite (s. 1.3.).

1.1. Definition der Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen[1]

Allgemeine Anwendungsbereiche

1. Affektive/Depressive Störungen (F32, F33, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38) einschließlich der zuzuordnenden Subkategorien aus F43 (F43.20 - F43.23) und F53
2. Angststörungen (F40, F41, F42) einschließlich der zuzuordnenden Subkategorien F43.0 und F43.1 und angstassoziierte sexuelle Funktionsstörungen (u. a. F52.2; F52.4)
3. Abhängigkeit und Missbrauch (F1, F55)
4. Somatoforme (F45) und dissoziative Störungen (F44) sowie F48 (Neurasthenie, Depersonalisations-/Derealisationssyndrome)

Spezielle Anwendungsbereiche

5. Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens (F6)
6. Essstörungen (F50)
7. Schlafstörungen (F51)
8. Sexuelle Funktionsstörungen (F52)
9. Psychische Faktoren bei körperliche Krankheiten (F54)
10. Schizophrene Psychosen, wahnhafte Störungen (F2) und bipolare affektive Störung (F31.x) inklusive manische Episode (F30.x), F39
11. Verhaltensstörung bei Intelligenzminderung (F7)
12. Organische psychische Störungen (F0)

[1] Die Nummerierung der Allgemeinen und der Spezifischen Anwendungsbereiche impliziert keine Wertigkeit (etwa bzgl. der Versorgungsrelevanz einer Störung), sondern wird nur aus Darstellungsgründen gewählt

Begründung der gewählten Differenzierung der Anwendungsbereiche in Allgemeine und Spezielle Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen

Die für die Versorgung psychischer Störungen wichtigsten Anwendungsbereiche werden als "Allgemeine Anwendungsbereiche" bezeichnet. Ein Anwendungsbereich wird dann als ein Allgemeiner Anwendungsbereich der Psychotherapie bei Erwachsenen definiert, wenn verlässliche bevölkerungs- und versorgungsepidemiologische Daten für eine hohe Prävalenz der jeweiligen Störungen sprechen und die direkten und indirekten Kosten der Versorgung und der Fehl- oder Unterversorgung in diesem Bereich einen Großteil der Gesamtkosten in der Versorgung psychischer Störungen und Erkrankungen ausmachen.

Diese Kriterien gelten für vier Anwendungsbereiche, denen gemeinsam ist, dass in aktuellen internationalen und nationalen Studien eine 12-Monats-Prävalenz der diesem Bereich zugeordneten Störungen von über 3 % der Bevölkerung festgestellt wurde. Die aktuellsten Schätzungen auf der Basis von 27 epidemiologischen Studien in *Europa* (Wittchen, H. U. & Jacobi, 2005) liegen für die 12-Monats-Prävalenz der Störungen im

- Anwendungsbereich 1 (Affektive/depressive Störungen) bei 9,1 %
  (allein für Major Depression 8,3 %),
- Anwendungsbereich 2 (Angststörungen) bei 12,0 %,
- Anwendungsbereich 3 (Substanzabhängigkeit und - missbrauch) bei 3,4 %
- Anwendungsbereich 4 (Somatoforme Störungen) bei 11,0 %.

Die Zahlen der aktuellsten bevölkerungsepidemiologischen Schätzung für *Deutschland* auf der Basis des Bundesgesundheitssurveys von 1998 (Jacobi et al., 2004) sind weitgehend vergleichbar[2] und liegen für den

- Anwendungsbereich 1 (Affektive/depressive Störungen) bei 10,7 %
  (Major Depression und Dysthymie),
- Anwendungsbereich 2 (Angststörungen) bei 14,5 %,
- Anwendungsbereich 3 (Substanzabhängigkeit und -missbrauch) bei 4,5 %,
  (allein für Alkoholabhängigkeit und –missbrauch 4,1%)
- Anwendungsbereich 4 (Somatoforme Störungen) bei 11,0 %.

Zusammengenommen entsprechen die prävalenten Fälle in den vier Allgemeinen Anwendungsbereichen mindestens 70% der Gesamtzahl aller Fälle mit psychischen Störungen. Darüber hinaus lassen sich bei Patienten mit Störungen aus den Speziellen Anwendungsbereichen häufig weitere komorbide psychische Störungen diagnostizieren, die überwiegend einem der Allgemeinen Anwendungsbereiche zuzuordnen sind.

[2] Diese Kennziffern stellen jedoch bezogen auf den gegenüber den zitierten epidemiologischen Studien weiter gefassten Rahmen der Anwendungsbereiche *Unterschätzungen* dar, da einige epidemiologisch und versorgungsrelevante Störungen innerhalb dieser Störungsgruppen nicht mit erfasst wurden. So wurde innerhalb der europäischen Daten bei den depressiven Störungen die Dysthymie nicht mit erfasst. Bei den Angststörungen wurde jeweils die Posttraumatische Belastungsstörung nicht mit erfasst. Hinsichtlich des Bereichs Somatoforme Störungen fehlen Daten über die (zusätzliche) Prävalenz der diesem Bereich hier zugeordneten Störungen Neurasthenie und Depersonalisations-/Derealisationssyndrome).

Für die Bereiche ‚Psychotische Störungen' und ‚Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen' trifft zwar ebenfalls zu, dass sie mit hohen Kosten verbunden sind, ihre Bedeutung für die *psychotherapeutische Versorgung* entspricht aber nicht der eines Allgemeinen Anwendungsbereichs, weil psychotherapeutische Methoden im engeren Sinne (anders als etwa Psychoedukation, Patientenschulung und Angehörigenberatung) bei der Behandlung dieser Störungen eine vergleichsweise untergeordnete Rolle spielen.

Für die Speziellen Anwendungsbereiche ist die epidemiologische Bedeutung entweder deutlich geringer (Essstörungen, Schlafstörungen) oder es fehlen verlässliche Daten (Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, Psychische Faktoren bei körperlichen Krankheiten, Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung). Für den Bereich der sexuellen Funktionsstörungen liegen zwar sehr hohe Schätzungen zur Prävalenz vor, die Datenlage ist aber qualitativ und quantitativ nicht ausreichend und die Versorgungsrelevanz insbesondere sexueller Funktionsstörungen, die nicht auf andere psychische Störungen zurückzuführen sind, ist eher gering.

Die vier Allgemeinen Anwendungsbereiche sind auch im Hinblick auf die Versorgungssituation psychisch Kranker in Deutschland von herausragender Bedeutung (Barghaan, Harfst, Koch & Schulz, 2005; Schulz et al., in Druck). Dies gilt für die stationäre Psychotherapie in den Versorgungsbereichen

- Krankenhausbehandlung Psychiatrie und Psychotherapie
- Krankenhausbehandlung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und
- Psychosomatische Rehabilitation.

Aussagen lassen sich hier allerdings nur mit der Einschränkung treffen, dass lediglich Daten auf der Grundlage von klinischen Behandlungsdiagnosen vorliegen, reliable und valide Forschungsdiagnosen dagegen fehlen. Ferner ist die Zuordnung der Behandlungszahlen zu den hier gewählten Anwendungsbereichen nicht immer eindeutig möglich, vor allem weil die Kategorie der Anpassungs- und Belastungsstörungen, die in der Krankenhausversorgung (wie auch in der ambulanten Versorgung) relativ häufig vorkommt, in unserem Vorschlag in den Anwendungsbereichen Depressive Störungen und Angststörungen aufgeht.

Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung sind die vier Allgemeinen Anwendungsbereiche, ebenfalls mit den genannten Einschränkungen, die mit Abstand wichtigsten.

Ferner haben Störungen, die den vier Allgemeinen Anwendungsbereichen zuzuordnen sind, eine herausgehobene Bedeutung in Bezug auf die

- Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen,
- Arbeitsunfähigkeit und
- Krankenhaustage.

Dafür sprechen neben den Daten aus dem Bundesgesundheitssurvey (Wittchen, H.-U. & Jacobi, 2001) auch, soweit verfügbar, Daten der kassenärztlichen Vereinigungen (Schulz et al., in Druck) und der Krankenkassen (u.a. DAK Gesundheitsreport 2005, BARMER Gesundheitsreport 2005).

1.2. Definition der Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Allgemeine Anwendungsbereiche

1. Externalisierende Störungen (F90, F91, F43 mit vorwiegend externalisierender Symptomatik, F94.2) inkl. Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter (F1)
2. Angststörungen (F40, F41, F42) einschließlich der zuzuordnenden Subkategorien F43.0 und F43.1 sowie F93 und F94.0))
3. Depressive Störungen (F32, F33, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38 einschließlich der zuzuordnenden Subkategorien aus F43 (F43.20 bis F43.23) sowie F94.1)

Spezielle Anwendungsbereiche

4. Somatoforme, dissoziative und andere neurotische Störungen (F44, F45 und F48)
5. Essstörungen (F50)
6. Schlafstörungen (F51)
7. Psychische Faktoren bei körperliche Krankheiten (F54)
8. Störungen der Ausscheidung (F98.0, F98.1)
9. Regulationsstörungen/Fütterstörungen (F98.2)
10. Ticstörungen, Trichotillomanie und Stereotypien (F95, F63.3 und F98.4)
11. Umschriebene Entwicklungsstörungen (F80 bis F83)
12. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)
13. Verhaltensstörung bei Intelligenzminderung (F7)
14. Schizophrene Psychosen, wahnhafte Störungen (F2) und bipolare affektive Störung (F31.x) inklusive manische Episode (F30.x), F39
15. Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens (F6)

Begründung der gewählten Differenzierung der Anwendungsbereiche in Allgemeine und Spezielle Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Wie bei der Definition der Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen wurden auch für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die für die Versorgung psychischer Störungen wichtigsten Anwendungsbereiche als "Allgemeine Anwendungsbereiche" qualifiziert. Wie in den Erläuterungen zur Systematik der Anwendungsbereiche der Psychotherapie im Erwachsenenalter beschrieben, gelten auch im Kindes- und Jugendalter folgende Kriterien für die Zuordnung psychischer Störungen zu den Allgemeinen Anwendungsbereichen:

- hohe Prävalenz psychischer Störungen (belegt durch verlässliche bevölkerungs- und versorgungsepidemiologische Daten)
- direkte und indirekte Kosten der Versorgung sowie der Fehl- und Unterversorgung verursachen einen Großteil der Gesamtkosten in der Versorgung psychischer Störungen

Bevölkerungs- und versorgungsepidemiologische Daten stammen aus den wichtigsten epidemiologischen Studien aus Europa, die eine kategoriale Fallidentifikation/-definition nach ICD- oder DSM-Kriterien vornehmen (Ihle & Esser, 2002). Alle einbezogenen Studien beruhen auf genügend großen und repräsentativen Stichproben des Kindes- und Jugendalters und geben relevante Informationen über Stichprobenziehung sowie Ausschöpfungsrate an. Weiterhin wurden ausschließlich Studien berücksichtigt, die strukturierte Interviews durchführen und ein breites Spektrum psychischer Störungen einbeziehen.

Die 6-Monats-Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter liegen bei 17,2 % (Ihle & Esser, 2002). Externalisierende Störungen, Angststörungen sowie Depression/Dysthymie erfüllen die oben genannten Kriterien und werden den Allgemeinen Anwendungsbereichen zugeordnet. Nach dem aktuellen Forschungsstand liegen die 6-Monatsprävalenzraten im

- Anwendungsbereich 1 (Externalisierende Störungen F90, F91, F1, F43 mit externalisierender Symptomatik, F 94.2) insgesamt bei 7,5 %, wobei Störungen des Sozialverhaltens bei 4,9% und Hyperkinetische Störungen bei 2,6 % liegen,
- Anwendungsbereich 2 (Angststörungen F40, F41, F42, einschließlich der zuzuordnenden Subkategorien F43.0, F43.1 sowie F93 und F94.0) bei 9,8 %,
- Anwendungsbereich 3 (Depression/Dysthymie F32, F33, F34.1, F34.8, F34.9, F38 einschließlich der zuzuordnenden Subkategorien aus F43 (F43.20 bis F43.23 sowie F94.1)) bei 5,9 %.

Als häufigste Störungen in relevanten epidemiologischen Studien zeigen sich Angststörungen, die gleichzeitig auch eine hohe Versorgungsrelevanz besitzen. Bei Trennungsangst und Überängstlichkeit ist ein Rückgang vom Kindesalter bis zur Pubertät zu verzeichnen, während soziale Phobien in der Pubertät und Agoraphobie sowie Panikstörung insbesondere nach der Pubertät auftreten.

Eine hohe Prävalenzrate bei gleichzeitig hoher Versorgungsrelevanz ist ebenfalls bei den externalisierenden Störungen zu verzeichnen. Bei den externalisierenden Störungen zeigt sich ein Anstieg der Prävalenzraten bis zur Pubertät mit einem anschließenden Rückgang. Dies trifft besonders für Störungen des Sozialverhaltens und oppositionellen Verhaltens zu. Dagegen wird der Gipfel hyperkinetischer Störungen bereits im Schulalter erreicht.
Depressive Störungen nehmen im Jugendalter deutlich zu und haben in dieser Altersgruppe eine hohe Bedeutung für die psychotherapeutische Versorgung.

Die drei Allgemeinen Anwendungsbereiche besitzen im Hinblick auf die Versorgungssituation psychisch Kranker in Deutschland eine herausragende Bedeutung. Dies gilt sowie für die stationäre Psychotherapie als auch für die ambulante psychotherapeutische Versorgung.

Für die Speziellen Anwendungsbereiche ist die epidemiologische Bedeutung entweder deutlich geringer oder es fehlen verlässliche Daten. Essstörungen (F50) sind zwar versorgungspolitisch bedeutsam und verursachen hohe Kosten, treten aber relativ selten auf. Schlafstörungen (F51) sind dagegen relativ häufig zu finden, meist aber in einem geringen Schweregrad ausgeprägt. Keine gute Schätzung der Prävalenzrate liegt bisher für psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen (F45) vor. Bei Störungen der Ausscheidung zeigen sich besonders für die Enuresis höhere Prävalenzraten. Bei reiner Störungsform ist generell eine gute Prognose zu verzeichnen. Bei Komorbidität steht meist die andere Problematik im Vordergrund, die dann häufig in den Allgemeinen Anwendungsbereichen zu finden ist.

Die Regulations- und Fütterstörungen zeigen sich hinsichtlich der Versorgungsrelevanz als zunehmendes Problem, derzeit liegen jedoch keine genauen Prävalenzraten vor. Nach jetzigem Erkenntnisstand ist die Prognose insgesamt als günstig zu bewerten, wobei einige Fälle aber auch deutlich schlechter verlaufen. Einen weiteren spezifischen Anwendungsbereich stellen die Ticstörungen und Stereotypien dar, die sich insbesondere im Kindesalter durch hohe Prävalenzraten auszeichnen, gleichzeitig aber auch durch eine hohe Spontanremission gekennzeichnet sind. Die Trichotillomanie, die ebenfalls in diesen spezifischen Anwendungsbereich gehört, tritt eher sehr selten auf. Die Prognose ist jedoch als ungünstig zu bewerten. Für den Bereich der Umschriebenen Entwicklungsstörungen (F80 bis F83) spielen psychotherapeutische Methoden im engeren Sinne bei Behandlung dieser Störung nur eine untergeordnete Rolle. Für die Bereiche Schizophrene Psychosen, Wahnhafte Störungen (F2), Bipolare affektive Störungen (F31.X) inklusive Manische Episode (F30.X) gilt zwar ebenfalls das Kriterium der hohen Kosten, dennoch fällt die epidemiologische Bedeutung im Kindes- und Jugendalter deutlich geringer aus. Die Tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84) tritt extrem selten auf. Die Diagnose für Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens (F6 mit Ausnahme der F63.3) wird im Kindesalter nicht und im Jugendalter sehr selten und auch erst ab einem Alter von 16 Jahren gestellt. Im Kindesalter werden diese Störungen unter anderen Auffälligkeiten subsumiert.

Die den drei Allgemeinen Anwendungsbereichen zugeordneten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters sind nicht nur durch eine hohe Prävalenzrate gekennzeichnet, sondern sind auch mit starken Funktionsbeeinträchtigungen verbunden und verschlechtern die Entwicklungschancen der Betroffenen. Sie haben in unterschiedlicher Gewichtung eine herausgehobene Bedeutung in Bezug auf

- Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- Schulischen Misserfolg, fehlende Berufschancen und Arbeitslosigkeit
- Heimaufenthalte und Inhaftierung

Die Ergebnisse epidemiologischer Längsschnittstudien zeigen konsistent hohe Persistenzraten der Störungen von über 50 %. Dabei weisen Externalisierende Störungen schon ab dem

Kindesalter und emotionale Störungen ab dem Jugendalter die ungünstigsten Verläufe auf (Ihle & Esser, 2002). Mindestens 5 % der Kinder lassen besonders ungünstige Entwicklungsverläufe erkennen. Während die Prävalenzraten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen denen bei Erwachsenen weitgehend vergleichbar sind, ist der Umfang kinder- und jugendpsychiatrischer wie auch kinder- und jugendpsychotherapeutischer Versorgungsangebote um ein vielfaches schlechter.

1.3. Zur Bedeutung von definierten Anwendungsbereichen und zur Frage der Indikation

Die vorgeschlagene Definition von Anwendungsbereichen dient zum einen der Beschreibung des Spektrums von Krankheiten, bei denen psychotherapeutische Leistungen zu Lasten der GKV zur Anwendung kommen können. Zum anderen dient sie dazu, die versorgungsbezogene Beurteilung der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens zum Zwecke der sozialrechtlichen Zulassung zu ermöglichen.

Keinesfalls ist die Beurteilung der Wirksamkeit für einen Anwendungsbereich gleichbedeutend mit einer Aussage über die Indikation, auch nicht über die Indikationsbreite eines Verfahrens. Dieses betrifft sowohl eine gegebenenfalls störungsspezifische wie eine individuelle Indikation. Da die Evidenzbasierte Medizin (EbM) die Berücksichtigung der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung fordert, gilt es auch bei Aussagen über die Indikation von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und –methoden, die Befunde der empirischen Psychotherapieforschung heranzuziehen, wie sie etwa im weithin akzeptierten allgemeinen Psychotherapiemodell von D. Orlinsky und K. Howard (1987) zusammengefasst wurden. Nach dieser Analyse hängt der Erfolg von Psychotherapie – vereinfacht – von vier Faktoren ab: von der Person des Patienten (und ihrer Struktur), von der Person des Therapeuten (zweifach, zum einen seiner Persönlichkeit, zum anderen seiner Therapietechnik), von der Art der Störung des Patienten und vom Behandlungsmodell des Therapeuten in Interaktion mit der Fähigkeit des Patienten, von diesem zu profitieren. Eine ausschließlich störungsspezifische Therapieindikation ist hieraus nicht abzuleiten.

In Kenntnis dieser externen Evidenz und unter Hinzuziehung ihrer individuellen klinischen Expertise wird von den Experten für *Indikationsentscheidungen* in der klinischen Praxis deswegen vorgeschlagen, neben der Wirksamkeit eines Behandlungsverfahrens bzw. einer -methode zumindest folgende Kenngrößen systematisch zu berücksichtigen:

- den Schweregrad der psychischen Störung, der psychopathologischen Symptomatik und der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen in den Bereichen „Selbstfürsorge und Alltagsbewältigung“, „berufliche Funktionsfähigkeit“, „familiäre/partnerschaftliche Funktionsfähigkeit“ und „Funktionsfähigkeit in anderen sozialen Rollen und Aktivitäten“,
- die Veränderungsbereitschaft bzw. Therapiemotivation des Patienten,
- die Aufnahmebereitschaft des Patienten für bestimmte psychotherapeutische Ansätze,

- die Qualität und Prognose der Therapeut-Patient-Beziehung und schließlich
- die individuelle klinische Expertise des behandelnden Therapeuten

Zumindest zur Erfassung der Kenngrößen Schweregrad der psychischen Störung, Schwere der psychopathologischen Symptomatik und Ausmaß der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigung wird der Einsatz validierter und reliabler Fremd- und Selbsteinschätzungsverfahren dringend empfohlen.

2. Entscheidungsregeln

Die methodischen Anforderungen an Studien, die als Wirksamkeitsnachweise für psychotherapeutische Verfahren und psychotherapeutische Methoden Berücksichtigung finden können, werden in Anlehnung an die Vorgaben des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG formuliert. Entsprechend gelten die folgenden Mindestanforderungen:

Für eine Studie muss, damit sie als Wirksamkeitsnachweis für ein psychotherapeutisches Verfahren in einem Anwendungsbereich gezählt werden kann, jedes der im Folgenden genannten fünf Kriterien mindestens als "ausreichend erfüllt" beurteilt werden:

1. <u>Stichprobe</u>
   1.1. Kennzeichnung der Stichprobe durch Klinische Diagnosen (DSM oder ICD) oder klinisch relevante Syndrome (Falls abweichend: Es muss sich um Personen mit Störungen von Krankheitswert handeln.)
   1.2. Objektive und reliable Diagnosestellung (in der Regel durch [teil-] standardisierte Interviews)
   1.3. Angabe weiterer deskriptiver Daten zur Beurteilung der Repräsentativität der Stichprobe
   1.4. Rekrutierung der Stichprobe muss Rückschluss auf Grundgesamtheit ermöglichen
   1.5. Bei Studien mit heterogener Klientel müssen die Ergebnisse jeweils für Patienten mit bestimmten Störungen getrennt beurteilt werden können.
2. <u>Behandlung</u>
   2.1. Operationale Definition der zu untersuchenden Behandlung und der Kontrollbedingungen
   2.2. Festlegung eines operationalisierbaren Behandlungsziels
   2.3. Maßnahmen zur Abschätzung der Treatment-Integrität
3. <u>Design der Studie</u>
   3.1. Kontrollgruppendesign
   3.2. Randomisierung (oder Parallelisierung) der Untersuchungsgruppen
4. <u>Outcome-Messung</u>
   4.1. inhaltlich: (mehrere) Instrumente, die Rückschluss auf Heilung oder Besserung der behandelten Störung erlauben (Symptomatik, Schweregrad, Störungsfolgen wie Beeinträchtigungen, Leiden, Inanspruchnahme medizinischer Dienste)
   4.2. Kriterium: Grad der Veränderung (Prä-Post-Vergleich, Effektstärke) und/oder Grad der Zielerreichung (klinische Signifikanz; retrospektive Erfolgsbeurteilung)

5. Ergebnis

   5.1. Effektivität: Die Experimentalgruppe muss unbehandelten Kontrollgruppen deutlich überlegen sein beziehungsweise bei ausreichender Power der statistischen Tests mindestens vergleichbare Effekte haben wie bereits hinreichend empirisch überprüfte Behandlungen von Kontrollgruppen.

Unter Berücksichtigung der gesamten Evidenzlage, insbesondere auch von Belegen zu unerwünschten Nebenwirkungen, kann der Nachweis der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens in einem Anwendungsbereich in der Regel dann als erbracht gelten, wenn:

1. in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien im Sinne der oben formulierten Mindestkriterien die Wirksamkeit für Störungen aus diesem Bereich belegt wurde,
2. mindestens eine methodisch adäquate Studie eine Katamnese-Untersuchung mindestens sechs Monate nach Therapieabschluss einschließt und der Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweisbar ist.

Für den Wirksamkeitsnachweis eines psychotherapeutischen Verfahrens in einem Allgemeinen Anwendungsbereich ist darüber hinaus erforderlich, dass unter Berücksichtigung der gesamten Evidenz

3. methodisch adäquate Studien im Sinne der oben formulierten Mindestkriterien die Wirksamkeit zu mindestens zwei qualitativ unterschiedlichen Subkategorien des Anwendungsbereichs (z. B. sowohl Belege zur Wirksamkeit bei gerichteten Ängsten (Phobien) und ungerichteten Ängsten (Generalisierte Angststörung, Panikstörung)) vorliegen.

Für psychotherapeutische Methoden mit einer begrenzten, definierten Breite und für psychotherapeutische Verfahren, welche die Kriterien für eine Zulassung ohne Beschränkung der Anwendung (siehe Abschnitt 3.) nicht erfüllen, wird der Nachweis der Wirksamkeit in einem Anwendungsbereich in Abweichung von den oben genannten Kriterien dann als erfüllt angesehen, wenn:

1. in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien im Sinne der oben formulierten Mindestkriterien die Wirksamkeit für Störungen aus diesem Bereich belegt wurde.
2. mindestens eine methodisch adäquate Studie eine Katamnese-Untersuchung mindestens sechs Monate nach Therapieabschluss einschließt und der Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweisbar ist.

3. Operationalisierung des Kriteriums Versorgungsrelevanz

Damit die unbeschränkte sozialrechtliche Zulassung eines psychotherapeutischen Verfahrens gerechtfertigt ist, müssen Wirksamkeitsbelege zu diesem Verfahren für eine gewisse Breite von Anwendungsbereichen vorliegen. Aus der Differenzierung der Anwendungsbereiche in Allgemeine und Spezielle Anwendungsbereiche der Psychotherapie erwächst dabei unmittelbar die hervorgehobene Bedeutung der Allgemeinen Anwendungsbereiche.

Unter dem Aspekt der Versorgungsrelevanz eines psychotherapeutischen Verfahrens kommen in diesem Zusammenhang zwei grundsätzliche Argumente zum Tragen:

1. Aus versorgungspragmatischen Gründen erscheint die Generalisierung von Wirksamkeitsnachweisen in mehreren unterschiedlichen Anwendungsbereichen auf die Wirksamkeit eines Verfahrens in weiteren Anwendungsbereichen, für die bislang unter qualitativen und quantitativen Gesichtspunkten nicht genügend aussagekräftige Studien vorliegen, gerechtfertigt.
2. Um eine ausreichende Qualität in der Versorgung sicher zu stellen, sollte die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahren für die in der Versorgung vorrangig relevanten, d. h. für die Allgemeinen Anwendungsbereiche, belegt sein.

Daher schlägt die Expertenkommission vor, ein psychotherapeutisches Verfahren für die *Psychotherapie bei Erwachsenen* dann als Verfahren sozialrechtlich uneingeschränkt zuzulassen, wenn:

a) entsprechend den unter 2. genannten Kriterien ausreichende Wirksamkeitsbelege für mindestens drei der vier Allgemeinen Anwendungsbereiche der Psychotherapie von Erwachsenen vorliegen

oder

b) entsprechend den unter 2. genannten Kriterien ausreichende Wirksamkeitsbelege für mindestens zwei der vier Allgemeinen Anwendungsbereiche der Psychotherapie von Erwachsenen vorliegen und zusätzlich mindestens insgesamt sechs unabhängige methodisch adäquate Studien im Sinne der oben formulierten Mindestkriterien zu mindestens zwei Speziellen Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen vorliegen.

Für die Umsetzung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz eines psychotherapeutischen Verfahrens in der *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* schlägt die Expertenkommission vor, ein psychotherapeutisches Verfahren für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen dann als Verfahren uneingeschränkt zuzulassen, wenn:

a) entsprechend den unter 2. genannten Kriterien ausreichende Wirksamkeitsbelege für mindestens alle drei Allgemeinen Anwendungsbereiche der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen vorliegen

oder

b) entsprechend den unter 2. genannten Kriterien ausreichende Wirksamkeitsbelege für mindestens zwei der drei Allgemeinen Anwendungsbereiche der Psychotherapie von

Kindern und Jugendlichen vorliegen und zusätzlich mindestens insgesamt sechs unabhängige methodisch adäquate Studien im Sinne der oben formulierten Mindestkriterien zu mindestens zwei Speziellen Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen vorliegen.

Literatur

Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2005). Psychotherapeutische Versorgung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (3. ed., S. 25-32). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede. *Psychologische Rundschau, 53*(4), 159-169.

Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N.et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine, 34*(5), 597-611.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy, 6*(1), 6-27.

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (in Druck). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

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

Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology, 15*(4), 357-376.