

Psychotherapeut Die geschichtliche Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien und einige ihrer „Mythen“

Andreas Dahm

Einleitende Bemerkungen zur Terminologie und Verortung der Psychotherapie-Richtlinien im SGB V

Einleitend soll kurz etwas zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und ihrer Bedeutung generell gesagt werden, bevor näher auf die historische Entwicklung der Psychotherapie-Richtlinien und speziell einige ihrer „Mythen“ eingegangen wird. Abschließend wird noch ein kurzer Ausblick auf Diskussionen zur Weiterentwicklung der derzeitigen Richtlinien gegeben.

Doch zuerst einige allgemeine Bemerkungen zur Bedeutung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und deren gesetzliche Grundlagen:

Für den Terminus „Richtlinie“ bietet das Deutsche Wörterbuch die Begriffe „Anweisung“, „Grundsatz“ und „Vorschrift“ an. Als weitere Synonyme finden sich die Begriffe „Richtschnur“, „Maßstab“ oder „Regel“. Zweck der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist die Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Die Richtlinien sollen Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der GKV-Versicherten bieten. In den Richtlinien wird das Wirtschaftlichkeitsgebot für deren Adressaten, im Falle der Psychotherapie sowohl die entsprechenden Ärzte als auch die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, konkretisiert. Die Richtlinien konkretisieren damit die Leistungsverpflichtung der entsprechenden Leistungserbringer, den Leistungsumfang der Krankenkassen und das Leistungsrecht der Versicherten. Der Gesetzgeber beschränkt sich darauf, die zu beschließenden Richtlinien beispielhaft aufzuzählen. Genauere Angaben über den Inhalt der Richtlinien bzw. eigene konkrete Regelungen des Gesetzgebers enthält das SGB V nur bezüglich einiger Richtlinien, so auch im Hinblick auf den im Zuge des Psychotherapeuten-Gesetzes ergänzend aufgenommenen § 92 Abs. 6a SGB V für die Psychotherapie-Richtlinien.

Darin heißt es: „In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln. Die Richtlinien haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes.“

Weiterhin ist in § 91 Abs. 5 SGB V u.a. geregelt, dass bei Beschlüssen zu Richtlinien über die psychotherapeutische Versorgung als Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 5 psychotherapeutisch tätige Ärzte und 5 Psychotherapeuten sowie ein zusätzlicher Vertreter der Ersatzkassen zu benennen ist. Somit besteht der Gemeinsame Bundesausschuss bei Beschlüssen über die Psychotherapie-Richtlinien

aus 10 Vertretern der Leistungserbringer, 10 Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und 3 unparteiischen Mitgliedern.

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind auch Bestandteil der Bundesmantelverträge. Hieraus ergibt sich, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Verbände der Krankenkassen verbindlich sind. Bei den Richtlinien handelt es sich also um Rechtsnormen mit unmittelbarer Außenwirkung. Dies wurde auch durch ein Urteil des 1. Senats des Bundessozialgerichtes vom 16.09.1997 bestätigt.

Richtlinien können Behandlungsmethoden zwar nicht strikt festlegen, sie sind jedoch richtungsweisend und liefern dem Arzt bzw. dem Psychotherapeuten allgemeine Leitlinien und Anhaltspunkte für seine Tätigkeit. Durch die abstrakte Formulierung kann jedoch nicht jeder Einzelfall exakt geregelt werden.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss obliegt es daher, die Richtlinien ihrem Charakter nach als Soll- oder Kann- Vorschriften zu formulieren. Sie enthalten neben diesen Vorschriften jedoch auch Muss-Vorschriften. Solche Vorschriften sind für die Leistungserbringer und die Krankenkassen zwingend. Soll-Vorschriften lassen dagegen ein Abweichen von der Regel in atypischen Ausnahmefällen zu. Kann-Vorschriften räumen Leistungserbringern und Krankenkassen einen Ermessensspielraum ein. Eine Muss-Vorschrift im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien ist z. B. das Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren, während die festgelegten Behandlungskontingente für den Therapieumfang Soll-Vorschriften darstellen. Eine Kann-Vorschrift stellt z. B. die Möglichkeit dar, Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung oder in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl in der Verhaltenstherapie durchzuführen.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen nun zu einem Hauptthema des Beitrages, nämlich der

historischen Entwicklung der Psychotherapie-Richtlinien.

Der historische Beginn der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in der Bundesrepublik liegt am 03. Mai 1967, an dem der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Richtlinien über „tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung“ („Psychotherapie-Richtlinien“) beschloss, die dann zum 01. Oktober 1967 in Kraft getreten sind. Der damalige Text dieser Richtlinien umfasste zwar lediglich 3,5 DIN A 4-Seiten kann aber als Ausgangspunkt einer geradezu revolutionären Entwicklung angesehen werden, wie Bell und Rüger in ihrem Artikel „50 Jahre psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in der Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aus dem Jahr 2004 [6] festgestellt haben, da er die volle Finanzierung von relativ umfangreichen psychotherapeutischen Behandlungen – in einem auch heute noch weltweit einzigartigen Rahmen – ermöglicht hat. Die damaligen Richtlinien beschränkten sich im Wesentlichen auf die Festlegung der Definition der zugelassenen Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie), die Anwendungsbereiche (Indikationen) und die Festlegung eines Gutachterverfahrens zur Überprüfung der Leistungspflicht. Letzteres war Vorbedingung der Kostenträger für die Zustimmung zu den damaligen Richtlinien.

Rüger weist in einem Artikel aus dem Jahr 2002 [5] darauf hin, dass damals auf Vorschlag von Theodor Winkler unter dem Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ die in die Versorgung eingeführten psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren zusammengefasst wurden, die sich von der analytischen Psychotherapie durch eine niedrigere Behandlungsfrequenz und ein anderes Behandlungssetting unterscheiden. Die Behandlungen sind in der Regel auf ein wichtiges Teilziel (Fokus) beschränkt – mit der Vorstellung, darüber eine günstige Gesamtentwicklung des Patienten zu erreichen. Die entsprechenden Behandlungskonzeptionen werden üblicherweise, insbesondere auch international, als „psychodynamisch“ bezeichnet. Dagegen hat sich der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ außerhalb Deutschlands nicht durchgesetzt.

Vorbedingungen für die Verabschiedung der ersten Psychotherapie-Richtlinien im Jahr 1967

Die wesentliche Voraussetzung, die Spitzenverbände der Krankenkassen von der Sinnhaftigkeit ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen zu überzeugen, waren die umfangreichen Wirksamkeitsnachweise für psychoanalytisch orientierte Psychotherapien aus dem Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin durch die Studien von Annemarie Dührssen: Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie (1962) [1] und von Dührssen und Eduard Jorswieck : Eine empirisch -statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlungen (1965) [2]. Es handelte sich hier jeweils um große katamnestische Studien an Patienten 5 Jahre nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung. In der Studie von 1965 fand sich dabei ein deutlicher und signifikanter Rückgang der Krankenhausaufenthaltstage bei psychotherapeutisch behandelten Patienten im Jahrfünft nach der Behandlung im Vergleich zum Jahrfünft vor der Behandlung. Die Zahl der Krankenhausaufenthaltstage sank dabei auf etwa ein Fünftel des Ausgangswertes und lag darüber hinaus nur mehr auf der halben Höhe der Krankenhausaufenthaltstage der durchschnittlichen Versicherten. Die unbehandelte Kontrollgruppe zeigte dagegen keine Veränderungen. Auch wenn die damalige Studie heutigen methodischen Anforderungen nicht mehr genügen kann, weil beispielsweise Angaben zu den Diagnosen der behandelten Patienten, zur Behandlungsdauer, oder auch zu Therapieeffekten im engeren Sinn fehlen, ist sie dennoch auch im Hinblick auf ihre maßgebliche Bedeutung für die Verabschiedung der ersten Psychotherapie-Richtlinien als Pionierarbeit zu bewerten.

Bei den Behandlungen, die dieser Studie zugrunde lagen, handelte es sich um analytische Psychotherapien von mittlerer Behandlungsdauer (bis zu 150 – 200 Stunden). Behandler waren Mitarbeiter des Zentralinstituts für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin, das 1946 zuerst in der Trägerschaft der Versicherungsanstalt Berlin und seit 1957 dann der AOK Berlin war.

Weiterhin muss darauf hingewiesen werden, dass die in den ersten Psychotherapie-Richtlinien festgelegten Regularien durchaus unter den Psychoanalytikern umstritten waren. Ein damals geäußelter Kritikpunkt war, dass das Gutachter-Verfahren durch eine anonymisierte Offenlegung der Therapieinhalte einen unzumutbaren Eingriff in die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Therapeut darstelle. Weiterhin

wollte ein Teil der Analytiker an einer rein privaten Bezahlung von Psychoanalysen festhalten. Eine andere Gruppe vertrat das sogenannte „Münchener Modell“, wonach ein Drittel der Kosten für die Psychotherapie von den Krankenkassen, ein Drittel von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und ein Drittel vom Patienten selbst getragen wurde. Dabei wurde übersehen, dass dieses Modell keine juristische Grundlage hatte und als „Kann-Leistung“ jederzeit widerrufbar gewesen wäre.

Auch wurde im Hinblick auf die Kritik am Gutachter-Verfahren der Widerspruch übersehen, dass eine solche Selbstbeteiligung der Patienten bei Kindern, Jugendlichen und nicht erwerbstätigen Ehefrauen in jedem Fall einen zahlenden Dritten (Vater oder Ehemann) zur Voraussetzung gehabt hatte und das sich für diese Patienten immer ein – die Therapie stark beeinträchtigendes – Abhängigkeitsverhältnis ergab, das einer freien Entfaltung der Persönlichkeit dieser Patienten schädigend im Wege stand. Insofern war zum damaligen Zeitpunkt für die therapeutische Situation dieser Patienten eine Regelung nach dem Sachleistungsprinzip über die Krankenversicherung eindeutig eine Befreiung. Aber auch für die erwerbstätigen Patienten erwiesen sich die Probleme, die man bei dem Wegfall einer direkten Eigenbeteiligung der Patienten befürchtet hatte, in der Praxis als lösbar. Dieselbe Diskussion ergab sich noch einmal bei den Beratungen um die Einführung von Selbstbeteiligungen bei Psychotherapie im Gesetzgebungsverfahren zum Psychotherapeuten-Gesetz im Jahr 1998.

Die weitere Entwicklung der Psychotherapie-Richtlinien seit 1967

Die Psychotherapie-Richtlinien sind seit 1967 in ihrer Grundkonzeption erhalten geblieben, mussten allerdings durch mehrfach geänderte Rahmenbedingungen und auch inhaltliche Weiterentwicklungen jeweils angepasst werden. Dabei kann man die Entwicklung, wie es im Kommentar – Psychotherapie-Richtlinien Faber/Haarstrick aktuell in der 7. Auflage 2005 [3] getan wird, in bisher 5 Phasen unterteilen. Die 1. Phase beginnt, wie gesagt, mit dem In-Kraft-Treten der ersten Psychotherapie-Richtlinien im Jahr 1967.

Die 2. Phase der Entwicklung wird mit der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien 1976 eröffnet, die am 27.01.1976 verabschiedet und am 01. Juli 1976 in Kraft getreten sind. Die Rechtssprechung hatte inzwischen das Indikationsgebiet Psychotherapie um die chronifizierten neurotischen Erkrankungen erweitert. Dazu kam die Ausdehnung der Leistungspflicht für die gesetzliche Krankenversicherung um die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auch im Bereich der Psychotherapie durch das 1974 in Kraft getretene Rehabilitations-Angleichungsgesetz. Diese Umstellung auf einen größeren Aufgabenbereich erforderte damals eine wesentliche Erweiterung sowohl des Indikationsumfangs als auch der Leistungsgrenzen der Psychotherapie-Richtlinien.

Mit den am 03. Juli 1987 verabschiedeten und zum 01. Oktober 1987 in Kraft getretenen Psychotherapie-Richtlinien begann die 3. Phase in der Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen wurden in vollständig überarbeiteter Form neu vorgelegt. Nach mehrjährigen Beratungen, intensiven Diskussionen mit Sachverständigen und Anhörungen der führenden Vertreter unterschiedlicher Therapieverfahren und –methoden wurden in diesen Richtlinien erstmals Erläuterungen zur Verbindlichkeit des Krank-

heitsbegriffes in der vertragsärztlichen Versorgung und klare Entscheidungshilfen für die Auswahl geeigneter Therapieverfahren gegeben. Weiterhin wurde mit diesen Richtlinien erstmals die Möglichkeit einer nicht gutachterpflichtigen Kurzzeittherapie von damals bis zu 15 Stunden eröffnet. Diese Neufassung der Richtlinien war auch mit der Einführung der Verhaltenstherapie verbunden. Diese Einführung in die Richtlinien war schon seitens der Ersatzkassen mit einer gesonderten Vereinbarung zur Anwendung von Verhaltenstherapie im Jahre 1985 vorbereitet worden. Sie wurde dann vom damaligen Bundesausschuss nach der Prüfung auch etlicher anderer Verfahren wie der Gesprächstherapie, Gestalttherapie und systemischen Therapie lediglich für die Verhaltenstherapie nachvollzogen. Dadurch wurde damals eine wesentliche Erweiterung des Behandlungsspektrums erreicht. Der Einführung waren jedoch auch heftige Diskussionen zwischen Vertretern der überwiegend aus dem Bereich der Psychologie stammenden Verhaltenstherapie und der ärztlichen Vertreter bei der Bundesärztekammer und beim Bundesausschuss vorangegangen. Diese betrafen zum einen das Theorieverständnis (Stichwort: Übergreifendes Theoriemodell) und zum anderen die Frage der Einordnung in den Bereich der Krankenbehandlung. Die Verhaltenstherapie war damals nicht zuletzt auch mit dem Anspruch angetreten, psychische Krankheiten mit einem relativ geringen Stundenkontingent effizient und erfolgreich behandeln zu können, und damit auch attraktiv für die Kostenträger. Sie geht jedoch inzwischen mit dem damaligen Anspruch zusehends hinterfragend im Hinblick auf die nach den Richtlinien zur Verfügung gestellten Kontingente bis zu maximal 80 Stunden um.

Zur Ergänzung der Psychotherapie wurde die psychosomatische Grundversorgung definiert und inhaltlich konkretisiert. Sie wurde als Aufgabenbereich der Ärzte in Ergänzung zu einer Fachpsychotherapie eingeführt mit dem Ziel, die ärztliche Versorgung unter einer ganzheitlichen Sicht auf eine breite Basis zu stellen. Demnach sollte sie ausdrücklich nicht eine Domäne der Fachpsychotherapie, sondern der ärztlichen Primärversorgung sein.

Die 4. Phase der Entwicklung kann mit dem Beginn der Deutschen Wiedervereinigung 1989 angesetzt werden. In dieser Phase standen insbesondere die Schaffung von Übergangsregelungen für die Psychotherapie in den neuen Bundesländern, das heißt der ehemaligen DDR, im Vordergrund, die einen möglichst reibungslosen Übergang der dortigen psychotherapeutischen Versorgung in die nach den Psychotherapie-Richtlinien definierte gewährleisten sollten. In diese Phase fällt jedoch keine Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien, da die entsprechenden Übergangsregelungen als Anhang zu den Psychotherapie-Vereinbarungen zwischen den Vertragspartnern abgeschlossen wurden.

Die 5. Phase beginnt mit der Verabschiedung des sogenannten Psychotherapeuten-Gesetzes im März 1998 und brachte mit der dadurch verbundenen Schaffung zweier neuer Heilberufe nämlich des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten deren Integration in die vertragsärztliche Versorgung. Dies machte eine grundlegende Neufassung sowohl der Psychotherapie-Richtlinien als auch der Psychotherapie-Vereinbarungen gleichzeitig mit dem Inkraft-Treten der wesentlichen Bestimmungen des Gesetzes zum 01.01.1999 notwendig. Die beiden neuen Heilberufe werden seitdem im Bereich der Psychotherapie selbständig und eigenverantwortlich tätig und gleichzeitig mit ihrer Zulassung ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Obgleich der durch die Gesetzgebung initiierte Prozess der Integration der beiden neuen Heilberufe in die vertragsärztliche Versorgung sicherlich aufgrund der unterschiedlichen Sozialisationen im Vergleich zu vielen Vertragsärzten nicht einfach war, kann in vielen Bereichen insbesondere in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchaus von einer gelungenen Integration gesprochen werden, da man dort in den Sachdiskussionen auf der Leistungserbringerseite häufig einen Konsens feststellen kann.

„Mythen“ der ambulanten Psychotherapie

Im Hinblick auf die Bestimmungen zur ambulanten Psychotherapie begegnen wir immer wieder bestimmten Auffassungen, die sich konstant im Bewusstsein vieler Beteiligten als wahr und gültig halten, jedoch trotzdem nicht zutreffend sind. Einige dieser „Mythen“ sollen daher hier kurz angesprochen werden, um einen weiteren Versuch zu unternehmen, diese zu entmystifizieren.

Es hält sich seit Jahrzehnten bei vielen Therapeuten die Vorstellung, innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Therapie **dürfe** keine neue Therapie bei der Krankenkasse beantragt werden. Diese Auffassung ist falsch. Richtig ist vielmehr laut § 11 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen, dass eine Neubeantragung einer Therapie innerhalb dieser Zweijahresfrist auf jeden Fall gutachterpflichtig ist.

Weiterhin hält sich bei vielen Therapeuten die Auffassung, dass in den analytisch begründeten Verfahren eine Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie generell nicht erlaubt sei. Dies ist in dieser Schärfe nicht zutreffend, da die Sonderform der Methode der niederfrequenten Therapie in einer längerfristigen Halt gewährenden Beziehung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine solche Kombination ausdrücklich vorsieht. Weiterhin ist vielen Therapeuten nicht bekannt, dass gemäß §11 Abs. 8 der Psychotherapie-Vereinbarungen auch in den analytisch begründeten Verfahren bei laufender Gruppentherapie Einzelbehandlungen sogar ohne zusätzliche Antragstellung in einem Verhältnis von einer Einzelbehandlung auf zehn Gruppenbehandlungen erbracht werden dürfen.

Auch im Hinblick auf Regularien des Antrags- und Gutachterverfahrens hält sich vielfach der „Mythos“, dass die Therapeuten bis zu drei Gutachter bei der Krankenkasse ausschließen könnten. Dies ist ebenso wenig zutreffend, wie die immer wieder geäußerte Auffassung, dass bei einer vom Gutachter empfohlenen Reduzierung eines beantragten Stundenkontingentes ein Obergutachterverfahren beantragt werden könne. Dies ist jedoch ausweislich der Bestimmung in § 13 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen nur bei Nichtbefürwortung des Gutachters und damit Ablehnung der Therapie durch die Krankenkasse möglich.

Weitere „Mythen“ sind:

„Der Gutachter bewilligt bzw. lehnt die Therapie ab.“ Zutreffend ist, dass diese Entscheidung allein bei der zuständigen Krankenkasse des Patienten liegt.

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Einfluss auf die Verteilung der Gutachteraufträge“. Zutreffend ist: diese Verteilung erfolgt allein durch die Krankenkassen. Die KBV hat lediglich die Aufsicht über die Gutachter und benennt diese gemäß §12

Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

„Die Einbeziehung von Bezugspersonen ist nur bei der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie möglich“. Zutreffend ist: Die Einbeziehung ist auch bei der Erwachsenenpsychotherapie möglich, aber dabei stehen dann keine zusätzlichen Kontingente gemäß §11 Abs. 9 und 10 der Psychotherapie-Vereinbarungen zur Verfügung.

Gesichtspunkte bei der Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien

Abschließend sei noch ein ganz kurzer Ausblick auf einige Diskussionspunkte zu möglichen Weiterentwicklungen in den Psychotherapie-Richtlinien gestattet. Durch die Übernahme der Verfahrensrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hat der Bundesausschuss in der besonderen Zusammensetzung für Psychotherapie die Prinzipien der HTA-(Health Technology Assessment) Prüfung auch für neue Verfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien übernommen. Dabei wird jedoch sehr intensiv diskutiert, dass es insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Evaluationsstudien nicht als ausschlaggebend gelten kann, dass hier nur randomisierte kontrollierte Studien (RCT's) unter standardisierten Labor-Bedingungen durchgeführt bzw. nachgewiesen werden, sondern auch naturalistische Studien unter den Bedingungen der psychotherapeutischen Praxis besonders gewichtet werden.

Auch im Hinblick auf die Prüfung von Studien durch den wissenschaftlichen Beirat nach § 11 Psychotherapeuten-Gesetz wurde gerade vom Gemeinsamen Bundesausschuss eine mit dem Beirat gemeinsam abgestimmte Definition der Begriffe Verfahren, Methode und Technik und eines sogenannten Schwellenkriteriums vorgenommen, das die Frage der Anerkennung als Verfahren an dessen Versorgungsrelevanz im Hinblick auf eine durch Studien belegte Breite seiner Anwendung knüpft. Weiterhin wird dort auch eine Diskussion der Möglichkeiten stattfinden, die Richtlinien eventuell dahingehend zu flexibilisieren, als sinnvoll erachtete Kombinationsbehandlungen zu ermöglichen und die nach den geltenden Richtlinien strikte Ausschlussstrennung, dass zum Beispiel während analytischer Psychotherapie keine Verhaltenstherapie erfolgen sollte, zu überprüfen. Dabei wird auch zu diskutieren sein, ob es Indikationen gibt, die gerade eine entsprechende Kombinationsbehandlung sinnvoll erscheinen lassen. Auch bessere Kooperationen, eventuell auch durch unterschiedliche Therapeuten, die bestimmte Abschnitte während einer Behandlung übernehmen, stehen in diesem Zusammenhang zur Diskussion an.

Die bisherige Geschichte der Entwicklung der Psychotherapie-Richtlinie zeigt, dass die Richtlinien zu keinem Zeitpunkt ein feststehender nicht verrückbarer Block gewesen sind, sondern in einem ständigen Diskussions- und Veränderungsprozess waren und somit auch ständig aktualisiert werden können und sollen. Bei aller Kritik an den Richtlinien als ganzem, aber auch an einzelnen Bestimmungen wie dem häufig kritisierten Gutachterverfahren, sind diese jedoch der Garant dafür, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ein bis heute auch im internationalen Vergleich unerreichtes Vorbild ist. So wurde schon im Gutachten zu Fragen eines Psychotherapeuten-Gesetzes von Meyer et al. im Jahr 1991 bei aller dort auch geäußerten Kritik festgestellt, „ dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung der (alten) BRD die mit Abstand weltbeste ist, und.... dass die aufgezeigten Mängel im übrigen (medizin-) historisch be-

dingt sind und sich diese deswegen bei allen hochindustrialisierten Nationen in noch stärkerer Ausprägung finden“ (S. 30) [4].

Bei der Kritik am Gutachterverfahren, die, wie der historische Rückblick gezeigt hat, wenn auch heute vielleicht mit anderer Schwerpunktsetzung auch nicht so neu ist, sollte man z. B. nicht außer Acht lassen, dass bei der Entscheidung des Bundessozialgerichtes zur Festlegung der Höhe des Punktwertes für die Richtlinien- Psychotherapie ein wesentliches Argument war, dass es sich dabei um antrags- bzw. gutachterpflichtige Leistungen handelt, die von der Krankenkasse genehmigt werden.

Wie überall jedoch ist das Bessere der Feind des Guten, so dass natürlich jede Richtlinie und Bestimmung immer auch verbesserungsfähig ist. Aufgrund der bisherigen über 40jährigen Geschichte der Psychotherapie-Richtlinien kann man jedoch die Hoffnung haben, dass diese auch weiterhin ihre zukünftigen Entwicklungen gegenüber offene Flexibilität unter Beweis stellen werden.

Dr. med. Andreas Dahm
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat 2
Referat Psychotherapie
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
www.kbv.de

Interessenkonflikt:
 Es besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

1. Dührssen A (1962) Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z Psychosom Med 8: 94 -113
2. Dührssen A, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlungen. Nervenarzt 36: 166-169
3. Faber R, Haarsrick HR (2005) Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 7.Auflage, herausgegeben von Rüger U, Dahm A, Kallinke D. Urban& Fischer, München
4. Meyer AE, Richter R, Grawe K et al. (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Universität, Hamburg
5. Rüger U (2002) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Z Psychosom Med 48: 117-138
6. Rüger U, Bell K (2004) Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. Z Psychosom Med 50: 127-152

Zusammenfassung: Der Artikel gibt einen historischen Überblick über die nun inzwischen 40jährige Geschichte der Psychotherapie-Richtlinien für die ambulante Versorgung zulasten der GKV und äußert sich zu einigen damit verbundenen „Mythen“, die korrigiert werden. Abschließend wird ein kurzer Ausblick auf Weiterentwicklungen gegeben.

Stichworte

Psychotherapie-Richtlinien, Geschichtlicher Abriss, Gemeinsamer Bundesausschuss, SGB V, „Mythen“

Historic development of the Psychotherapy Guidelines and some of their „myths“

Abstract: This article gives a historic view over the 40 years of development of the Psychotherapy Guidelines of the National Committee of SHI-Physicians and Sickness Funds. Further some “myths” of psychotherapy are corrected. At last there is a view on future perspectives.

Keywords

Psychotherapy Guidelines, History of development, National Committee of SHI-Physicians and Sickness Funds, Social Code Book V, “Myths”