

# Richtlinien

## des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien) in der Neufassung vom 3. Juli 1987

Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 368 p Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung beschlossenen Richtlinien dienen der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen\*) entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der kassenärztlichen Versorgung. Die Kosten trägt die Krankenkasse. Zur sinnvollen Verwendung der Mittel sollen die folgenden Richtlinien beachtet werden. Sie dienen gemäß § 368 p Abs. 4 RVO auch als Grundlage für Vereinbarungen, die zur Durchführung von Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung zwischen den Vertragspartnern abzuschließen sind.

### A

#### Allgemeines

1. Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinien erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Als seelische Krankheit gilt auch eine geistige oder seelische Behinderung, bei der medizinische Rehabilitationsmaßnahmen notwendig werden.

Psychotherapie ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und gehört nicht zur kassenärztlichen Versorgung, wenn sie nicht der Heilung oder Besserung einer Krankheit bzw. der medizinischen Rehabilitation dient. Das gilt ebenso für Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, für Erziehungsberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen.

Die ärztliche Beratung über vorbeugende und diätetische Maßnahmen wie auch die Erläuterungen und Empfehlungen von üben, therapiefördernden Begleitmaßnahmen sind ebenfalls nicht Psychotherapie und sind auch nicht Bestandteil der psychosomatischen Grundversorgung.

2. In diesen Richtlinien wird seelische Krankheit verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens,

der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, daß sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht

mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.

Krankhafte Störungen können durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht werden; sie werden in seelischen und körperlichen Symptomen und in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar, denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens, aber auch pathologische Veränderungen seelischer Strukturen zugrunde liegen können.

Seelische Strukturen werden in diesen Richtlinien verstanden als die anlagemäßig disponierenden und lebensgeschichtlich erworbenen Grundlagen seelischen Geschehens, das direkt beobachtbar oder indirekt erschließbar ist.

\*) § 368 e RVO:

Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 182 Abs. 2 RVO und § 13 Abs. 2 KVLG). Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassenarzt und der beteiligte Arzt dürfen sie nicht bewirken oder verordnen, die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen.

Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein; sie sind für sich allein nicht schon Krankheit im Sinne dieser Richtlinien, sondern können nur dann als seelische Krankheit gelten, wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes eines Menschen nachgewiesen wurde.

3. Psychotherapie, als Behandlung seelischer Krankheiten im Sinne dieser Richtlinien, setzt voraus, daß das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozeß verstanden wird, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem Theoriesy-

stem mit einer Krankheitslehre definitorisch erfaßt ist.

Die Theoriesysteme müssen seelische und körperliche Symptome als Ausdruck des Krankheitsgeschehens eines ganzheitlich gesehenen Menschen wahrnehmen und berücksichtigen. Sie müssen den gegenwärtigen, lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Faktoren in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen gerecht werden.

4. Psychotherapie dieser Richtlinien wendet methodisch definierte Interventionen an, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluß nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen.

Diese Interventionen setzen eine bestimmte Ordnung des Vorgehens voraus. Diese ergibt sich aus Erfahrungen und gesicherten Erkenntnissen, deren wissenschaftliche Reflexion zur Ausbildung von Behandlungsmethoden im Rahmen einer übergreifenden Theorie geführt hat.

In der psychotherapeutischen Intervention kommt, unabhän-

gig von der Wahl des Therapieverfahrens, der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung eine zentrale Bedeutung zu.

5. Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges Beziehungspersonen aus dem engeren Umfeld (Partner, Familie) des Patienten in die Behandlung einzubeziehen.

6. Psychotherapie setzt eine ätiologisch orientierte Diagnostik voraus, welche die jeweiligen Krankheitserscheinungen erklärt und zuordnet. Dies gilt auch für die vorwiegend üben- und suggestiven Techniken. Die angewandte Therapiemethode muß in einer angemessenen Relation zu Art und Umfang der diagnostizierten Erkrankung stehen. Verfahren ohne Erfüllung der genannten Erfordernisse sind als Psychotherapie im Sinne der Richtlinien nicht geeignet. Voraussetzung ist ferner, daß der Krankheitszustand in seiner Komplexität erfaßt wird, auch dann, wenn nur die Therapie eines Teilzieles angestrebt werden kann.

7. Die Psychotherapie im Sinne dieser Richtlinien wird in der kassenärztlichen Versorgung ergänzt durch Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung. Dabei handelt es sich um eine möglichst frühzeitige differentialdiagnostische Klärung psychischer und psychosomatischer Krankheitszustände in ihrer ätiologischen Verknüpfung und in der Gewichtung psychischer und somatischer Krankheitsfaktoren. Die psychosomatische Grundversorgung umfaßt seelische Krankenbehandlung durch verbale Interventionen und durch übende Psychotherapie-Verfahren bei akuten seelischen Krisen, auch im Verlauf chronischer Krankheiten und Behinderungen.

8. Verfahren und Techniken, die den vorgenannten Erfordernissen nicht entsprechen oder therapeutisch nicht hinreichend erprobt und wissenschaftlich begründet wurden, sind nicht Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung.

9. Psychotherapie und psychosomatische Grundversorgung erfordern eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen.

## B Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen

### I.

#### Behandlungsformen

1. Verfahren, denen ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde liegt und deren spezifische Behandlungsmethoden in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind.

##### 1.1 Psychoanalytisch begründete Verfahren

Diese Verfahren stellen Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie dar, welche die unbewußte Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen. Zur Sicherung ihrer psychodynamischen Wirksamkeit sind bei diesen Verfahren suggestive und übende Techniken auch als Kombinationsbehandlung grundsätzlich ausgeschlossen.

Als psychoanalytisch begründete Behandlungsverfahren gelten im Rahmen dieser Richtlinien:

##### 1.1.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfaßt ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewußte Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.

Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch Begrenzung des Behandlungszieles; durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist.

Als Sonderform der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können folgende Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen:

##### 1.1.1.1 Kurztherapie

##### 1.1.1.2 Fokalthherapie

##### 1.1.1.3 Dynamische Psychotherapie

##### 1.1.1.4 Niederfrequente

Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung

##### 1.1.2 Analytische Psychotherapie

Die analytische Psychotherapie umfaßt jene Therapieformen, die zusammen mit der neurotischen Symptomatik den neurotischen Konfliktstoff und die zugrundeliegende neurotische Struktur des Patienten behandeln und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang setzen und fördern.

##### 1.2 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfaßt Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lern- und Sozialpsychologie entwickelt worden sind. Unter den Begriff „Verhalten“ fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge. Verhaltenstherapie im Sinne dieser Richtlinien erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse). Sie entwickelt ein entsprechendes Störungsmodell und eine übergeordnete Behandlungsstrategie, aus der heraus die Anwendung spezifischer Interventionen zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt.

Aus dem jeweiligen Störungsmodell können sich folgende Schwerpunkte der therapeutischen Interventionen ergeben:

##### 1.2.1 Stimulus-bezogene Methoden (z. B. systematische Desensibilisierung)

##### 1.2.2 Response-bezogene Methoden (z. B. operante Konditionierung, Verhaltensübung)

##### 1.2.3 Methoden des Modelllernens

##### 1.2.4 Methoden der kognitiven Umstrukturierung (z. B. Problemlösungsverfahren, Immunisierung gegen Streßbelastung)

##### 1.2.5 Selbststeuerungsmethoden (z. B. psychologische und psychophysiologische Selbstkontrolltechniken)

Die Komplexität der Lebensgeschichte und der individuellen Situation des Kranken erfordert eine Integration mehrerer dieser Interventionen in die übergeordnete Behandlungsstrategie.

1.3 Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sind nicht kombinierbar, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigen-

gesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann.

2. Über die in 1 genannten Verfahren hinaus können als Psychotherapie gemäß Abschnitt A der Richtlinien in der kassenärztlichen Versorgung andere Verfahren Anwendung finden, wenn nachgewiesen ist, daß sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

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

2.2 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 kassenärztlichen Versorgung bedeutet.

2.3 Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte und Diplom-Psychologen mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer Ausbildung und praktischer Krankenbehandlung.

##### 3. Psychosomatische Grundversorgung

Die psychosomatische Grundversorgung kann nur im Rahmen einer übergeordneten somato-psychischen Behandlungsstrategie Anwendung finden. Voraussetzung ist, daß der Arzt die ursächliche Beteiligung psychischer Faktoren an einem komplexen Krankheitsgeschehen festgestellt hat oder aufgrund seiner ärztlichen Erfahrung diese als wahrscheinlich annehmen muß. Ziel der psychosomatischen Grundversorgung ist eine möglichst frühzeitige differentialdiagnostische Klärung komplexer Krankheitsbilder, eine verbale oder übende Basistherapie psychischer, funktioneller und psychosomatischer Erkrankungen durch den primär somatisch orientierten Arzt und ggf. die Indikationsstellung zur Einleitung einer ätiologisch orientierten Psychotherapie durch einen psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch handelnden Arzt.

Die begrenzte Zielsetzung der psychosomatischen Grundversorgung strebt eine an der aktuellen Krankheitssituation

orientierte seelische Krankenbehandlung an; sie kann während der Behandlung von somatischen, funktionellen und psychischen Störungen von Krankheitswert als verbale Intervention oder als Anwendung über- oder untergeordneter Verfahren vom behandelnden Arzt durchgeführt werden.

##### 3.1 Verbale Interventionen

Die verbalen Interventionen orientieren sich in der psychosomatischen Grundversorgung an der jeweils aktuellen Krankheitssituation; sie fußen auf einer systematischen, die Introspektion fördernden Gesprächsführung und suchen Einsichten in psychosomatische Zusammenhänge des Krankheitsgeschehens und in die Bedeutung pathogener Beziehungen zu vermitteln. Der Arzt berücksichtigt und nutzt dabei die krankheitsspezifischen Interaktionen zwischen Patient und Therapeut, in denen die seelische Krankheit sich darstellt. Darüber hinaus wird angestrebt, Bewältigungsfähigkeiten des Kranken, evtl. unter Einschaltung der Beziehungspersonen aus dem engeren Umfeld, aufzubauen.

Die verbalen Interventionen können nur in Einzelbehandlungen durchgeführt und nicht mit suggestiven oder übenden Techniken in derselben Sitzung kombiniert werden; sie können in begrenztem Umfang sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum niederfrequent Anwendung finden, wenn eine ätiologisch orientierte Psychotherapie nach 1.1 und 1.2 nicht indiziert ist. Die Durchführung von Maßnahmen nach 3.1 ist neben der Anwendung psychotherapeutischer Verfahren nach 1.1 und 1.2 ausgeschlossen.

3.2 Psychosomatische Grundversorgung durch übende und suggestive Techniken unter Einfluß von Instruktionen und von Bearbeitung therapeutisch bedeutsamer Phänomene:

##### 3.2.1 Autogenes Training als Einzel- oder Gruppenbehandlung (Unterstufe)

##### 3.2.2 Jacobsonische Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung

##### 3.2.3 Hypnose in Einzelbehandlung

Diese Techniken dürfen während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie grundsätzlich nicht angewendet werden.

4. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen stellt

fest, für welche Verfahren und Techniken die den Richtlinien zugrunde liegenden Erfordernisse als erfüllt gelten und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen diese zur Behandlung von Krankheit Anwendung finden können.

Die Feststellungen werden den Richtlinien als Anlage 1 beigefügt.

## II.

### Anwendungsformen

1. Einzeltherapie bei Erwachsenen:

Anwendung der unter I. 1 und 3 genannten Behandlungsformen bei der Behandlung eines einzelnen Kranken.

2. Behandlung von Erwachsenen in Gruppen:

Anwendung der unter I. 1 genannten Verfahren, sofern die Interaktion zwischen mehreren Kranken therapeutisch erforderlich ist und die gruppenspezifischen Prozesse entsprechend genutzt werden.

3. Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen:

Anwendung der unter I. 1 und 3 genannten Verfahren unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld.

4. Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Gruppen:

Anwendung der unter I. 1 genannten Verfahren unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen und unter Nutzung gruppenspezifischer Prozesse bei der Behandlung mehrerer Kinder, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld.

5. Behandlung von Kranken in Gruppen:

Bei der Behandlung von Kranken in Gruppen soll die Größe der Gruppe bei

- psychoanalytisch begründeten Verfahren 6 bis 9
- der Verhaltenstherapie 2 bis 9
- den Entspannungstechniken 2 bis 10

Kranke umfassen.

6. Die psychotherapeutischen Techniken gemäß I. 3.2.1 und 3.2.2 sind auch als Gruppenbehandlung durchführbar. Eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist möglich.

7. Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist

die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur gemäß I. 1.1.1.4 aufgrund eines dazu besonders begründeten Erstantrages durchgeführt werden.

## C

### Anwendungsbereiche

1. Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B der Richtlinien bei Behandlung von Krankheiten können nur sein:

1.1 Psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen)

1.2 Vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie

1.3 Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann Psychotherapie angewendet werden, wenn psychodynamische Faktoren wesentlich Anteil an einer seelischen Behinderung oder an deren Auswirkung haben und mit ihrer Hilfe eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft möglichst auf Dauer erreicht werden kann:

1.3.1 Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung.

1.3.2 Seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Mißbildungen stehen.

1.3.3 Seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet.

1.3.4 Seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten.

1.3.5 Seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

2. Psychotherapie ist als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn

2.1 zwar seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür beim Patienten die Voraussetzungen hinsichtlich seiner Motivationslage, seiner Motivierbarkeit oder seiner Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind, oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur des Patienten (gegebenfalls seine Lebensumstände) dem Behandlungserfolg entgegensteht,

2.2 sie nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit bzw. der medizinischen Rehabilitation, sondern allein der beruflichen oder sozialen Anpassung oder der beruflichen oder schulischen Förderung dient,

2.3 sie allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung dient.

3. Soll Psychotherapie im Rahmen einer die gesamten Lebensverhältnisse umfassenden psychosozialen Versorgung erbracht werden, so ist diese Psychotherapie nur dann und soweit eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, als sie der Behandlung von Krankheit im Sinne dieser Richtlinien dient.

4. Verhaltensweisen, die als psychosoziale Störung in Erscheinung treten, sind nur dann Gegenstand von Psychotherapie nach Abschnitt B der Richtlinien, wenn sie Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind.

## D

### Leistungsumfang

1. Für die Durchführung der Psychotherapie ist es sowohl unter therapeutischen als auch unter wirtschaftlichen Aspekten erforderlich, nach Klärung der Diagnose und der Indikationsstellung vor Beginn der Behandlung den Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz festzulegen, damit sich Patient und Therapeut darauf einrichten können. In Ausnahmefällen, in denen der Behandlungsumfang und die Behandlungsfrequenz zu Beginn der Behandlung nicht mit ausreichender Sicherheit festgelegt werden kann, soll die Festlegung nach einer Probetherapie erfolgen.

Die im folgenden festgelegten Begrenzungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen in den unterschiedlichen Gebieten der Therapie und stellen einen Behandlungsumfang

dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.

1.1 Therapieansätze in den Verfahren nach B I. 1.1 und 1.2

1.1.1 Vor der ersten Antragstellung sind bis zu 5 probatorische Sitzungen möglich.

1.1.2 Kurzzeittherapie bis 15 Stunden nur als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (Antragsverfahren ohne Begutachtung).

1.1.3 Langzeittherapie mit einer Stundenzahl, die in bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren einen Therapieerfolg erwarten lassen kann (Antragsverfahren mit Begutachtung).

1.1.4 Die Überführung einer Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie muß bis zur zehnten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und damit das Gutachterverfahren eingeleitet werden.

1.1.5 Probetherapie als Bestandteil der Langzeittherapie auf Antrag oder nach Empfehlung des Gutachters für tiefenpsychologisch fundierte bzw. analytische Psychotherapie bis zu 25 Stunden, für Verhaltenstherapie bis zu 15 Stunden (Antragsverfahren mit Begutachtung).

1.1.6 Die Therapiestunde im Rahmen der Psychotherapie umfaßt mindestens 50 Minuten.

1.2 Verfahren gemäß Abschnitt B I. 1.1 und 1.2

1.2.1 Analytische Psychotherapie bis 160 Stunden, in besonderen Fällen bis 240 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 80 Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 120 Doppelstunden,

1.2.2 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis 50 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 40 Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 60 Doppelstunden. Die in B I. 1.1.1.4 genannten Verfahren können als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.

1.2.3 Verhaltenstherapie bis 40 Stunden, in besonderen Fällen bis 60 Stunden. Verhaltenstherapie kann als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden. Verhaltens-

therapie kann nur in Kombination mit der Einzeltherapie auch als Gruppenbehandlung durchgeführt werden, wobei die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde auf das Gesamtherapiekontingent wie eine Einzelstunde angerechnet wird.

1.2.4 Psychotherapie von Kindern bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis 90 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 60 Doppelstunden,

bei Verhaltenstherapie bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.

1.2.5 Psychotherapie von Jugendlichen bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis 120 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 60 Doppelstunden,

bei Verhaltenstherapie bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.

1.2.6 Eine Überschreitung des in 1.2.1 bis 1.2.5 festgelegten Therapieumfanges ist für die folgenden Verfahren nur zulässig, wenn aus der Darstellung des therapeutischen Prozesses hervorgeht, daß mit der Beendigung der Therapie das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht. Dabei sind grundsätzlich die folgenden Höchstgrenzen einzuhalten:

1.2.6.1 analytische Psychotherapie 300 Stunden, in Gruppen 150 Doppelstunden

1.2.6.2 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 100 Stunden, in Gruppen 80 Doppelstunden

1.2.6.3 Verhaltenstherapie 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden

1.2.6.4 bei Therapie von Kindern 150 Stunden, in Gruppen 90 Doppelstunden

1.2.6.5 bei Therapie von Jugendlichen 180 Stunden, in Gruppen 90 Doppelstunden

1.3 Übende und suggestive Techniken.

1.3.1 Autogenes Training (B I. 3.2.1) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen im Behandlungsfall

1.3.2 Jacobsonsche Relaxationstherapie (B I. 3.2.2) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen im Behandlungsfall

1.3.3 Hypnose (B I. 3.2.3) bis 12 Sitzungen im Behandlungsfall (nur Einzelbehandlung)

1.3.4 Von diesen Techniken kann in der Regel im Behandlungsfall nur eine zur Anwendung kommen.

## E Antrags- und Gutachterverfahren

### I.

#### Antragsverfahren

1. Die Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie nach Abschnitt B I. 1.1 und 1.2 erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag des Versicherten. In diesem Antrag teilt der Arzt vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründet die Indikation und beschreibt Art und Umfang der geplanten Therapie. Wird ein Antrag auf Langzeittherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie übergeleitet werden, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang und Frequenz der geplanten Therapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten.

2. Eine Verlängerung der Therapie gemäß Abschnitt D 1.2.1 bis 1.2.3 und 1.2.6 bedarf eines Fortsetzungsantrags, in

### F

## Qualifikation zur Durchführung der Psychotherapie und der psychosomatischen Grundversorgung

### I.

#### Ärzte

1. Zur Durchführung der Psychotherapie gemäß Abschnitt B I. 1.1 und 1.2 der Richtlinien sind nur Ärzte berechtigt, die in den genannten Verfahren eine abgeschlossene Weiterbildung nachweisen. Dabei ist auf der Grundlage der Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“ der Abschluß der verfahrensbezogenen Weiterbildung erforderlich.

2. Zur Anwendung übender und suggestiver Techniken gemäß B I. 3.2 der Richtlinien ist eine methodenbezogene Fortbildung mit dem Erwerb theoretischer Kenntnisse und praktischer Erfahrungen nachzuweisen.

3. Zur Durchführung von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen sind besondere Kenntnisse in der Entwicklungspsychologie und Lernpsychologie – ggf. einschließlich der speziellen Neurosenlehre –, der Psychodiagnostik für diese Altersgruppe sowie eine besondere Weiterbildung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nachzuweisen.

dem Verlauf und Ergebnis der bisherigen Therapie darzustellen und eine begründete Prognose in bezug auf die beantragte Verlängerung abzugeben sind.

3. Ist die Psychotherapie gemäß Abschnitt D 1.1.2 mit den dort festgelegten Leistungen nicht erfolgreich abzuschließen und soll die Therapie deshalb fortgesetzt werden, bedarf es eines Antrags auf Feststellung der Leistungspflicht mit Darstellung des Behandlungsverlaufs, des erreichten Therapieerfolgs und der ausführlichen Begründung zur Fortsetzung der Behandlung einschließlich der prognostischen Einschätzung.

### II.

#### Gutachterverfahren

Bei Psychotherapie gemäß Abschnitt B I. 1.1 und 1.2 von mehr als 15 Stunden ist der Antrag durch einen bestellten Gutachter zu prüfen. Der Gutachter hat sich dazu zu äußern, ob die in diesen Richtlinien genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

4. Zur Durchführung von Gruppenbehandlung in den Psychotherapieverfahren dieser Richtlinien ist eine besondere Weiterbildung nachzuweisen.

5. Die Teilnahme des Arztes an der psychosomatischen Grundversorgung setzt mehrjährige Erfahrung in selbständiger ärztlicher Tätigkeit, Kenntnisse in der Theorie einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre und reflektierte Erfahrungen über die therapeutische Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung voraus.

### II.

#### Diplom-Psychologen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Psychagogen)

Zur Durchführung der Psychotherapie gemäß Abschnitt B I. 1.1 und 1.2 im Delegationsverfahren nach Abschnitt G sind die Voraussetzungen für die Leistungserbringung durch Psychologen in den Vereinbarungen gemäß Abschnitt H zu regeln. Dabei ist nach Abschluß eines Hochschulstudiums der Psychologie auf der Grundlage einer abgeschlossenen Zusatzausbildung an einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten Institut eine verfahrensbezogene Weiterbildung zugrunde zu legen.

Für die Durchführung von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und

Jugendlichen-Psychotherapeuten (Psychagogen) ist nach Abschluß eines Hochschulstudiums oder Fachhochschulstudiums auf der Grundlage einer abgeschlossenen Zusatzausbildung an einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten Institut eine verfahrensbezogene Weiterbildung zugrunde zu legen.

### G

## Zusammenarbeit von Ärzten und Diplom-Psychologen bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung (Delegationsverfahren)

1. Die Durchführung der Psychotherapie gemäß Abschnitt B I. 1.1 und 1.2 kann zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung durch Hinzuziehung eines Diplom-Psychologen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten im Delegationsverfahren erfolgen. Die Voraussetzungen hierfür sind in den Vereinbarungen gemäß Abschnitt H zu regeln.

2. Die Verantwortung für die Durchführung der Psychotherapie im Delegationsverfahren auch hinsichtlich der Grundsätze von Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit trägt der delegierende Arzt. Er ist insbesondere für die Indikationsstellung zur Psychotherapie verantwortlich. Ist die Durchführung der Therapie im Delegationsverfahren durch einen Diplom-Psychologen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vorgesehen, so wird dieser eigenverantwortlich und selbständig in der Anwendung der Verfahren tätig. Die unterschiedlichen Verantwortungsbereiche machen eine enge Kooperation zwischen dem delegierenden Arzt und dem Therapeuten notwendig.

### H

## Psychotherapie-Vereinbarungen

Das Nähere zur Durchführung der psychotherapeutischen Versorgung sowie die Übergangsbestimmungen regeln die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen durch entsprechende Vereinbarungen auf der Grundlage dieser Richtlinien.

## I Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am 1. Oktober 1987 in Kraft. Köln, 3. Juli 1987  
Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen  
Der Vorsitzende  
Dr. Matzke

### Anlage 1

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen stellt gemäß Abschnitt B I. 4 der Richtlinien fest:

1. **Katathymes Bilderleben** ist keine eigenständige Psychotherapie im Sinne der Richtlinien, sondern kann gegebenenfalls im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzepts (B I. 1.1.1) Anwendung finden.

2. **Rational Emotive Therapie (RET)** kann als Methode der kognitiven Umstrukturierung (B I. 1.2.4) im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts Anwendung finden.

3. Die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien werden nicht erfüllt von:

1. Gesprächspsychotherapie
2. Gestalttherapie
3. Logotherapie
4. Psychodrama
5. Respiratorisches Biofeedback
6. Transaktionsanalyse

## Kassenarztsitz

### Niedersachsen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen werden folgende Kassenarztsitze als vordringlich zu besetzen ausgeschrieben:

**Quakenbrück, Landkreis Osnabrück, Nervenarzt.** Zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist die Niederlassung eines Nervenarztes dringend erforderlich. Quakenbrück, Mittelzentrum am Nordrand des Landkreises Osnabrück, hat knapp 10 000 Einwohner, zusammen mit dem Einzugsgebiet ca. 50 000 Einwohner. Sämtliche Schulen sind am Ort vorhanden. Räume werden angeboten.

Nähere Auskünfte erteilt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Bezirksstelle Osnabrück, Rolandstraße 8, Postfach 26 49, 4500 Osnabrück, Telefon (05 41) 4 70 57.

## EHRENZEICHEN

**Hilbert Schmidt**, Geschäftsführer der ALPHA Steuerberatungsgesellschaft Gießen, erhielt im März 1987 das ihm von der Bundesärztekammer verliehene



Foto: privat

Hilbert Schmidt

Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft.

Schmidt ist seit über 30 Jahren für die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen (Gießen) e. V. tätig. bäk/aw

## GEBURTSTAGE

**Prof. Dr. med. Dr. med. Norbert Brock**, ehemaliger Leiter der Abteilung Tumorforschung der Asta-Werke AG, Bielefeld, vollendete am 26. Mai sein 75. Lebensjahr.

Brock habilitierte sich 1940 an der Universität Berlin und



Foto: privat

Norbert Brock

wurde 1954 zum Honorarprofessor an der Universität Münster ernannt. 1949 nahm Professor Brock seine Tätigkeit bei den Bielefelder Asta-Werken als Leiter der Pharmakologischen Abteilung auf; seit 1979 leitete er

die Abteilung Tumorforschung (bis 1982). Bei der Erforschung von chemotherapeutischen Behandlungsmethoden bei Krebserkrankungen leistete er Pionierarbeit. So war Professor Brock maßgeblich an der Entwicklung bedeutender Krebstherapeutika beteiligt. Seine Verdienste wurden vielfach gewürdigt, so u. a. durch die Verleihung des Gerdomagk-Preises, des Johann-Georg-Zimmerpreises (beide 1977), des Preises der Deutschen Therapiewoche (1982) und des Deutschen Krebspreises (1987). 1978 verlieh ihm die Universität München die Ehrendoktorwürde.

**Prof. Dr. med. dent. Felix Ascher**, em. Ordinarius für Kieferorthopädie an der Universität München, wurde am 21. Mai 80 Jahre alt.

In Groß-Kunzendorf/Oberschlesien geboren, ging Ascher 1934 an die Universität Königsberg und habilitierte sich an dieser Universität. Nach dem Zweiten Weltkrieg übernahm er einen Lehrauftrag für Kieferorthopädie und die Leitung der kieferorthopädischen Abteilung an der Universität München. 1950 wurde Ascher zum Honorarprofessor und 1954 zum außerordentlichen Professor für das erste in der Bundesrepublik eingerichtete Extraordinariat für das Fach „Kieferorthopädie“ ernannt; 1969 erfolgte seine Ernennung zum Ordinarius.

Schwerpunktmäßig befaßte sich Professor Ascher mit kieferorthopädisch-prothetischen Fragen und hier insbesondere mit der kieferorthopädischen Diagnostik, der Funktionskieferorthopädie und mit Vermessungsproblemen. Seit der Wiedergründung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie 1949 war er über 20 Jahre im Vorstand tätig, heute ist er deren Ehrenmitglied. EB

## GEWÄHLT

**Prof. Dr. jur. utr. Georg Wannagat** (71), im Ruhestand lebender Präsident des Bundessozialgerichtes, Kassel-Wilhelmshöhe, wurde wieder für vier Jahre in den Sozialbeirat des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung gewählt. Der Beirat hat u. a. die Aufgabe, die Bundesregierung im Zusammenhang mit den Rentenanpassungsgutachten und bei der Reform der Rentenversicherung zu beraten. EB

## GESTORBEN

**Dr. med. Lena Ohnesorge**, Lübeck, verstarb am 12. August im 90. Lebensjahr.

Am 17. Juli 1898 in Prenzlau/Uckermark geboren, arbeitete Lena Ohnesorge von 1928 bis 1945 als praktische Ärztin in ihrer Heimatstadt. Zugleich betreute sie die Provinzialfürsorgeanstalt für Mädchen und die Provinzialpflege- und -siechenanstalt für Frauen in Prenzlau. Am Ende des Zweiten Weltkrieges ging sie nach Lübeck und setzte ihre Tätigkeit als praktische Ärztin fort. Daneben widmete sie sich intensiv landes- und bundespolitischen Aufgaben sowie der Berufspolitik. 13 Jahre



Foto: Archiv

Lena Ohnesorge

gehörte Dr. Ohnesorge dem Landtag von Schleswig-Holstein an und leitete hier von 1957 bis 1967 das Ministerium für Arbeit, Soziales und Vertriebene.

Von 1965 bis 1973 hatte sie das Amt der 1. Vorsitzenden des Deutschen Ärztinnenbundes inne, den sie auch auf internationaler Ebene als Vizepräsidentin des Weltärztinnenbundes vertrat. In dieser Eigenschaft setzte sie sich als Mitglied des Präsidiums des Deutschen Ärztetages vor allem für die Belange der Teilzeitarbeit und der Teilzeiterweiterung ihrer Kolleginnen ein. Nach ihrer Pensionierung 1967 war Frau Dr. Ohnesorge in zahlreichen Verbänden tätig, so u. a. im Hauptvorstand des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und als Vorsitzende des Landesfrauenrates Schleswig-Holstein.

In Anerkennung ihrer großen Verdienste erhielt Frau Dr. Ohnesorge 1974 die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft. Sie war Trägerin des Großen Bundesverdienstkreuzes mit Stern und Schulterband. EB