

Zusammenfassende Dokumentation

Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL):
Anpassung in § 27

Vom 21. August 2025

Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhalt

A	Beschluss und Tragende Gründe	6
A-1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V	6
A-2	Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung	6
B	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens	7
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	7
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	7
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	8
B-4	Übersicht	8
	B-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde	8
	B-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen	9
B-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	9
B-6	Schriftliche Stellungnahmen	9
	B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	9
	B-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	9
B-7	Mündliche Stellungnahmen	10
	B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten	10
	B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren	11
	B-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen	11
B-8	Würdigung der Stellungnahmen	11
C	Anlagen	12
C-1	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	
	C-1.1 Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde	
	C-1.2 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden	
	C-1.3 Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext	
C-2	Eingegangene schriftliche Stellungnahmen	
	C-2.1 Schriftliche Stellungnahme der BÄK	
	C-2.2 Schriftliche Stellungnahme der BPtK	
	C-2.3 Schriftliche Stellungnahme der DGVM	
	C-2.4 Schriftliche Stellungnahme der dgsp	
	C-2.5 Schriftliche Stellungnahme der DGPM	
	C-2.6 Schriftliche Stellungnahme der DGPPN	
	C-2.7 Schriftliche Stellungnahme der DG-Sucht	
	C-2.8 Schriftliche Stellungnahme der VAKJP	

- C-2.9 Schriftliche Stellungnahme der DGVT-BV
- C-3 Tabelle zur Würdigung der Stellungnahmen**
- C-4 Wortprotokoll zur mündlichen Anhörung**
- C-5 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung**
- C-6 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V**
- C-7 Beschluss (BAnz AT 10.11.2025 B4)**
- C-8 Tragende Gründe**

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BArz	Bundesanzeiger
BÄK	Bundesärztekammer
BDK	Bundesdirektorenkonferenz-Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
DÄVT	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DFT	Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V.
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
DGMP	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin & Ärztliche Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik & Nervenheilkunde
DGPPR	Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention & Psychosomatische Rehabilitation
DGPSF	Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie & -Forschung
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik & Tiefenpsychologie
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V.
dgsp	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V.
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung & -therapie
DGVM	Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin & Verhaltensmodifikation
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
FB Med	Abteilung Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des G-BA
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
RL	Richtlinie
SG	Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (Systemische Gesellschaft)
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA PPV	Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung
VAKJP	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Beschluss und Tragende Gründe

Der Beschluss zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: „Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie“ und die Tragenden Gründe zum Beschluss sind im Kapitel C-7 bzw. C-8 abgebildet.

A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses in Kapitel C-6 abgebildet.

A-2 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung

Die Beschlussunterlagen mit den dissent ins Plenum zur Beschlussfassung gegebenen Positionierungen sind in Kapitel C-5 abgebildet.

B Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA PPV hat am 6. November 2024 im schriftlichen Verfahren, den in Kapitel B-4.1 aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerfO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V,
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V,
- jeweils einschlägige Fachgesellschaften gemäß 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe b und § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a VerfO:
 - Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (dgsp),
 - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP),
 - Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention & Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR),
 - Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP),
 - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik & Nervenheilkunde (DGPPN),
 - Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik & Tiefenpsychologie (DGPT),
 - Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie & -Forschung (DGPSF),
 - Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM),
 - Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin & Ärztliche Psychotherapie (DGPM),
 - Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung & -therapie (DG-Sucht),
 - Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin & Verhaltensmodifikation (DGVM),
 - Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT),
 - Bundesdirektorenkonferenz-Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK),
 - Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT),
 - Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF),
 - Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT),
 - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (Systemische Gesellschaft, SG),
 - Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (VAKJP).

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA PPV beschloss am 6. November 2024 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (siehe Kapitel C-1) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 6. November 2024 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist,
- dass bei nicht fristgerechtem Eingang einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit besteht, dass diese nicht mehr ausgewertet wird und in diesem Fall keine Einladung zur Anhörung erfolgt.

B-4 Übersicht

B-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Bundesärztekammer	04.12.2024
Bundespsychotherapeutenkammer	04.12.2024
jeweils einschlägige Fachgesellschaften gemäß 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe b und § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a VerfO, vom G-BA bestimmt	
Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (dgsp)	28.11.2024
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP),	Keine SN abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention & Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR),	
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP),	Keine SN abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik & Nervenheilkunde (DGPPN),	
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik & Tiefenpsychologie (DGPT),	Keine SN abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie & -Forschung (DGPSF),	
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM),	04.12.2024
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin & Ärztliche Psychotherapie (DGPM),	
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung & -therapie (DG-Sucht),	04.12.2024
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin & Verhaltensmodifikation (DGVM),	13.11.2024

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT),	Keine SN abgegeben.
Bundesdirektorenkonferenz-Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK),	
Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT),	
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF),	
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT),	04.12.2024
Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (Systemische Gesellschaft, SG),	Keine SN abgegeben.
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (VAKJP)	04.12.2024

B-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen

Es wurden unaufgefordert keine Positionierungen abgegeben.

B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens (Beschlussentwurf, Tragende Gründe und Fließtext) sind in Kapitel C-1 abgebildet.

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-2 abgebildet.

B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

In Kapitel C-3 finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen (Würdigungstabelle). In der Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

B-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Es sind keine Stellungnahmen verfristet eingegangen.

B-7 Mündliche Stellungnahmen

B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 17. Dezember 2024 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerfO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerfO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 17. Dezember 2024 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/N ame	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Bundespsychotherapeuten- kammer (BPtK)	Herr Timo Harfst	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (DGSPS)	Herr Dr. Gallus Bischof	ja	nein	nein	ja	ja	nein
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und - therapie (DG-Sucht)	Herr Prof. Dr. Stephan Mühlig	nein	ja	ja	ja	nein	ja
Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapeuten e.V. (VAKJP)	Frau Bettina Meisel	ja	nein	ja	ja	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)	Frau Kerstin Burgdorf	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Das Wortprotokoll der Anhörung am 17. Dezember 2024 ist in Kapitel C-4 abgebildet.

B-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

Die mündlichen Stellungnahmen enthalten keine neuen Hinweise oder Vorschläge, die nicht bereits Gegenstand der schriftlichen Stellungnahmen waren und im Rahmen ihrer Auswertung berücksichtigt wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 12 Absatz 3 Satz 4 VerfO).

B-8 Würdigung der Stellungnahmen

Die Würdigung der Stellungnahmen ist in den Tragenden Gründen (siehe Kapitel C-8) abgebildet.

C Anlagen

C-1 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

C-1.1 Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde

C-1.2 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden

C-1.3 Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext

C-2 Eingegangene schriftliche Stellungnahmen

C-2.1 Schriftliche Stellungnahme der BÄK

C-2.2 Schriftliche Stellungnahme der BPtK

C-2.3 Schriftliche Stellungnahme der DGVM

C-2.4 Schriftliche Stellungnahme der dgsp

C-2.5 Schriftliche Stellungnahme der DGPM

C-2.6 Schriftliche Stellungnahme der DGPPN

C-2.7 Schriftliche Stellungnahme der DG-Sucht

C-2.8 Schriftliche Stellungnahme der VAKJP

C-2.9 Schriftliche Stellungnahme der DGVT-BV

C-3 Tabelle zur Würdigung der Stellungnahmen

C-4 Wortprotokoll zur mündlichen Anhörung

C-5 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung

C-6 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V

C-7 Beschluss (BAnz AT 10.11.2025 B4)

C-8 Tragende Gründe

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Psychotherapie-Richtlinie: Überprüfung des § 27 Ab-
satz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAnz. S. 1399), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie wird wie folgt geändert:

GKV-SV	KBV	PatV
		<p>1. In Absatz 1 wird</p> <p>a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und</p> <p>b) folgende Nummer 10 angefügt:</p> <p>„10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“</p>

GKV-SV	KBV	PatV
In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:		<p>2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Nummer 1a wird aufgehoben</p> <p>b) Nummer 1b wird Nummer 1.</p>
„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst [GKV-SV: ,] [KBV: .]		

GKV-SV	KBV	PatV
im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschrkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit in der Postakutphase, d.h. bei bestehender Abstinenz. Die Postakutphase schließt sich an die Akutphase (Entzugsbehandlung) an und zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ab; sie wird auch als Entwöhnungsbehandlung bezeichnet.	Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“	
Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchfrung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und		

GKV-SV	KBV	PatV
Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.		
Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.“		

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Überprüfung des
§ 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
[PatV: 2.1 Verschiebung des Anwendungsbereichs „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ von § 27 Absatz 2 Nummer 1a nach § 27 Absatz 1 Nummer 10.....	2
[GKV-SV/KBV: 2.1] [PatV: 2.2] Klarstellungen zum Anwendungsbereich nach [PatV: derzeit] § 27 Absatz 2 Nummer 1a	4
[GKV-SV/KBV: 2.2] [PatV: 2.3] Klarstellung des Einsatzes von Richtlinienpsychotherapie in der Suchtbehandlung	5
3. Würdigung der Stellungnahmen	11
4. Bürokratiekostenermittlung	11
5. Verfahrensablauf	11

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V 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.

Gemäß 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO) soll der G-BA zudem im Rahmen seiner Beobachtungspflicht überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben, und begründeten Hinweisen nachgehen, dass die Entscheidungen nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Seit Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) zum 1. April 2024 können Erwachsene in Deutschland legal Cannabis konsumieren. Cannabis gilt seither für Erwachsene nicht mehr als illegale Droge, weiterhin aber für Kinder und Jugendliche. Abhängigkeitserkrankungen (Abhängigkeitssyndrom, Schädlicher Gebrauch), die sich auf legal erhältliche Drogen beziehen, zählten bislang nicht zu dem in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) definierten Anwendungsbereich der Abhängigkeitserkrankungen (§ 27 Absatz 1 Nummer 1). Vor diesem Hintergrund war eine Überprüfung der Vorgaben der PT-RL zeitnah erforderlich. Im Ergebnis wird die Verknüpfung des Anwendungsbereichs Abhängigkeitserkrankungen zu gesetzlichen Festlegungen zur Illegalität bzw. Legalität von Drogen aufgehoben.

Darüber hinaus übermittelte die Bundespsychotherapeutenkammer dem G-BA am 11. Oktober 2022 das Positionspapier „Ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen“, in dem sie an den G-BA appelliert, dass der Anwendungsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente) unter § 27 Absatz 1 Nummer 1 (neu) verortet werden und die bisher geltenden Vorgaben zur Abstinenz aufgehoben werden sollen. Im Rahmen der Beratungen zu diesem Beschluss wurden diese Hinweise überprüft und die Vorgaben zur Abstinenz beziehungsweise zur Suchtmittelfreiheit angepasst. Im Ergebnis bleibt eine Vorgabe zur Erreichung von Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz bestehen, wird jedoch leitliniengerecht umgestaltet [GKV-SV: .] [KBV/PatV: und nunmehr im Sinne partizipativer Entscheidungsfindung als Teil des psychotherapeutischen Arbeitsprozesses verstanden. Im Rahmen dieses Arbeitsprozesses kann neben dem primären Therapieziel der Suchtmittelfreiheit auch kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.]

[PatV: 2.1 Verschiebung des Anwendungsbereichs „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ von § 27 Absatz 2 Nummer 1a nach § 27 Absatz 1 Nummer 10]

Die bisher unter § 27 Absatz 2 Nummer 1a geführte Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen [...]“ wird als neue Nummer 10 zu § 27 Absatz 1 Nummer 10 verschoben. Der G-BA hat die Regelung überprüft und unter Heranziehung des Positionspapiers der Bundespsychotherapeutenkammer sowie auch im Einklang mit den S3-Leitlinien „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener

Störungen“¹, sowie „Methamphetamin-bezogene Störungen“², festgestellt, dass eine verpflichtende somatisch ärztliche Mitbehandlung fachlich nicht mehr zu rechtfertigen ist.

Die ärztlich somatische Beurteilung der Versicherten oder des Versicherten vor Beginn der Psychotherapie ist durch das Konsiliarverfahren nach § 32 Psychotherapie-RL gewährleistet. Während der Psychotherapie ist die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut aufgrund der berufsrechtlichen Vorgaben zudem ohnehin verpflichtet „Kollegen, Ärzte oder Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe in Absprache mit dem Patienten hinzuzuziehen, wenn weitere Informationen oder Fähigkeiten erforderlich sind“ (§ 5 Absatz 6 MBO). Damit ist dies eine den Sorgfaltspflichten unterfallende Verpflichtung und zudem klinische Entscheidung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten, die oder der aufgrund ihrer oder seiner Ausbildung befähigt ist, psychische Erkrankungen – zu denen psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gehören – zu behandeln.

Für all jene Fälle, in denen die Psychotherapie aufgrund eines schädlichen Suchtmittelgebrauchs begonnen wird und noch keine Abhängigkeit vorliegt, sich die Frage eines Entzugs – mit ggf. ärztlich somatischer Begleitung der Versicherten oder des Versicherten – also nicht einmal stellt, bedeutet die Regelung überdies einen fachlich nicht zu rechtfertigenden Umgang mit insbesondere hausärztlichen Ressourcen.

Bei Suchterkrankungen handelt es sich nach wie vor um hochgradig stigmatisierende Erkrankungen, wodurch es zu Hemmungen in der Inanspruchnahme von Hilfe, insbesondere auch in Form ambulanter psychotherapeutischer Versorgung kommt. Die Aufhebung der verpflichtenden ärztlich somatischen Mitbehandlung stellt den Abbau einer fachlich nicht erforderlichen Hürde dar, die zudem von einem Teil der Betroffenen nicht nur als bevormundend erlebt wird, sondern die überdies eine zusätzliche Barriere für die Aufnahme einer Psychotherapie ausgerechnet für einen Personenkreis darstellt, der von einer gravierenden psychischen Erkrankung betroffen ist. Die mit dem Empfehlungsgrad „Klinischer Konsenspunkt“ (KKP) versehene Empfehlung des Einbezugs von Hausärztinnen und Hausärzten in die Versorgung erkrankter Patientinnen und Patienten in der aktuellen S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen ist genau in diesem Sinne als Handlungsempfehlung zu verstehen, die erfahrungsgemäß einer bestmöglichen Versorgung den Weg bahnen, im Einzelfall jedoch eben auch unberücksichtigt bleiben kann, wenn sie fachlich nicht vonnöten oder aufgrund der hochindividuellen Persönlichkeit und Lebensgeschichte sowie -situation der Betroffenen oder des Betroffenen der Versorgungsqualität abträglich ist. Die S3-Leitlinie zu Metamphetamin-bezogenen Störungen unterstreicht diese Herangehensweise an die an der Versorgung zu beteiligenden Leistungserbringer, indem sie mehrfach den individuellen Charakter der Behandlungsplanung herausstellt.]

¹ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-SUCHT), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 076-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 30.10.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-001_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf.

² Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Methamphetamin-bezogene Störungen; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 038-024. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2016. [Zugriff: 30.10.2024]. URL: <https://www.aezq.de/medien/pdf/publikationen/archiv/s3-ll-methamphetamin-bezogene-stoerungen-lang.pdf>.

**[GKV-SV/KBV: 2.1] [PatV: 2.2] Klarstellungen zum Anwendungsbereich nach [PatV: derzeit]
§ 27 Absatz 2 Nummer 1a**

Der Aufhebung des Klammerzusatzes „(Alkohol, Drogen und Medikamente)“ in § 27 Absatz 2 Nummer 1a liegt eine Prüfung der psychotropen Substanzen zugrunde, die vom Anwendungsbereich umfasst sind.

Gemäß der vormals geltenden Beschlusslage zählten Abhängigkeitserkrankungen, die sich auf legal erhältliche Drogen beziehen, nicht zu den in der PT-RL definierten Anwendungsbereichen, da sich der Begriff „Drogen“ auf als illegal geltende Drogen bzw. Suchtmittel bezog³. Eine Behandlung dieser Erkrankungen mit den in der PT-RL definierten Leistungen war daher nicht möglich. Hiervon ausgenommen waren Alkohol und Medikamente; die Behandlung hiermit verbundener Abhängigkeitserkrankungen war auch bisher bereits möglich und entsprechend in der PT-RL ausgewiesen.

Die Verknüpfung der Definition des Anwendungsbereichs „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ mit externen und sich im Wandel befindlichen gesetzlichen Bestimmungen ist sachfremd und wird mit der vorliegenden Anpassung der PT-RL aufgegeben. Auch in Kapitel F der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10) wird nicht zwischen illegalen und legalen Drogen unterschieden. So kann sich das Abhängigkeitssyndrom auf einen einzelnen Stoff (z. B. Alkohol, Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen beziehen. Zur Überprüfung der Diagnosekriterien (z. B. Konsumdrang oder Kontrollverlust) der im Anwendungsbereich der PT-RL enthaltenen Diagnosen⁴ des Abhängigkeitssyndroms (F1x.2) bzw. des schädlichen Gebrauchs (F1x.1) ist die Art der Substanz nachrangig, da für alle Substanzgruppen die jeweils gleichen Diagnosekriterien gelten.

Entsprechend erfolgt mit dem Beschluss eine Aktualisierung der Definition des Anwendungsbereichs Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (§ 27 Absatz 2 Nummer 1 PT-RL), die unter anderem aufgrund der Teillegalisierung von Cannabis erforderlich geworden ist. Die Differenzierung zwischen legalen und illegalen Substanzen ist vor diesem Hintergrund nicht mehr sachgerecht. Vom Anwendungsbereich sind alle psychotropen Substanzen mit Ausnahme von Tabak, Nikotin und Koffein umfasst, unabhängig davon, ob diese als illegal gelten oder nicht. Dieser umfasst damit auch Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Cannabinoide, Medikamente oder durch sogenannte neue psychoaktive Substanzen. Mit der Anpassung wird lediglich klargestellt, dass auch pflanzliche Stoffe, die psychotrop wirken (z. B. Pilze, Peyote, Kratom), flüchtige Lösungsmittel und andere legal erhältliche Stoffe sowie künftige Stoffgruppen, die noch nicht vom Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (NpSG) vom 21. November 2016 umfasst sind, dem Anwendungsbereich Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zugeordnet sind. Der G-BA wird sich zu einem späteren Zeitpunkt mit

³ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Klarstellung zu § 22 Absatz 2 Nr. 1a und redaktionelle Änderung in § 24 Absatz 3 Satz 3 vom 15. Oktober 2015 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2015. [Zugriff: 30.10.2024]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3404/2015-10-15_PT-RL_Klarstellung-%C2%A722-2-1a_TrG.pdf.

⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Präzisierung der Indikation „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ und eine redaktionelle Änderung vom 14. April 2011 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2011. [Zugriff: 30.10.2024]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1633/2011-04-14_Pr%C3%A4zisierung%20zur%20Indikation%20Sucht_TrG.pdf.

den Substanzen Tabak, Nikotin und Koffein befassen; zur Klarstellung wird die derzeit gültige Beschlusslage zu diesen Substanzen in § 27 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL ergänzt.

[GKV-SV/KBV: 2.2] [PatV: 2.3] Klarstellung des Einsatzes von Richtlinienpsychotherapie in der Suchtbehandlung

[GKV-SV:

Zur Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen ist in den letzten 150 Jahren in Deutschland ein sehr differenziertes Suchthilfesystem entstanden. Es existiert eine Vielzahl verschiedener Angebote, Behandlungen und Leistungen mit unterschiedlichsten gesetzlichen Regelungen, Kosten- und Leistungsträgern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg. Die Suchthilfe umfasst sowohl ambulante, stationäre sowie kombinierte Therapieangebote und Leistungen zur Teilhabe. Teilweise handelt es sich um niederschwellige, auch kostenfrei zugängliche Angebote (z.B. Suchtberatung, Prävention oder Selbsthilfe), für andere Betreuungs- und insbesondere Behandlungsmaßnahmen ist die Bewilligung von Kosten- und Leistungsträgern erforderlich (z.B. medizinische Entgiftungsbehandlung, Entwöhnung in einer Reha-Klinik). Es existieren außerdem Hilfesysteme mit besonderen Schwerpunkten auf verschiedene Lebenswelten (Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, betriebliche Gesundheitsförderung, u.v.m.).

Einen guten Überblick über das Suchthilfesystem in Deutschland findet man z.B. in einer Publikation der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen aus dem Jahr 2019⁵. Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland - Analyse der Hilfen, Angebote & Zukunftsperspektiven. Update). In der genannten Publikation wird deutlich, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung im gesamten Suchthilfesystem nur einen kleinen Baustein darstellt und insgesamt zahlreiche Behandlungs- und Beratungsangebote existieren, die in verschiedenen Phasen einer Suchtbehandlung relevant sein können. So wird in der Publikation festgestellt, „dass im deutschen Suchthilfesystem für (fast) jeden Hilfebedarf ein passendes Angebot zu finden ist [...]“.

Folgende Phasen der Suchtbehandlung lassen sich im Allgemeinen unterscheiden⁶:

1. Kontakt- und Motivierungsphase (z.B. Suchtberatungsstellen, haus- und fachärztliche Praxen, Seelsorge, Notfallambulanzen, psychosoziale Beratung, betriebliche Gesundheitsförderung)
2. Akut-/ Entzugsphase (z.B. körperliche Entgiftungsbehandlung, qualifizierter Entzug, (teil-)stationäre Krankenhausbehandlung)
3. Postakut-/ Entwöhnungsphase (z.B. stationäre oder ambulante medizinische Rehabilitation, vertragsärztliche Versorgung, ambulante Psychotherapie, medikamentöse Rückfallprophylaxe, soziotherapeutische Einrichtungen, Eingliederungshilfe, berufliche Rehabilitation)
4. Nachsorge (z.B. Selbsthilfegruppen, Adaption, ambulante Nachsorge, soziotherapeutische Settings, Rückfallprophylaxe).]

⁵ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland: Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven; Update 2019 [online]. Hamm (GER): DHS; 2019. [Zugriff: 30.10.2024]. URL: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf.

⁶ vgl. Fußnote 1 und 2.

Alle:

Vorgaben zur Suchtmittelfreiheit

Der Gesetzgeber hat dem G-BA mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung die Kompetenz eingeräumt, Regelungen zu treffen, die „leitliengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren“ (§ 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V). Vor diesem Hintergrund wurden zur Überprüfung der Vorgaben zur Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz hierfür einschlägige Leitlinien zur fachlichen Fundierung, sowie eine Literaturrecherche zu den deutschen S3-Leitlinien von der Fachberatung Medizin des G-BA vom 24. Oktober 2023 herangezogen.

Im deutschen Sprachraum sind mit Stand August 2024 drei AWMF-Leitlinien aktuell, die sich mit Diagnostik und Behandlung von Suchterkrankungen befassen, nämlich eine Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen⁷, eine Leitlinie zu medikamentenbezogenen Störungen⁸ und eine Leitlinie zu Rauchen und Tabakabhängigkeit⁹. Die S3-Leitlinie zu Rauchen und Tabakabhängigkeit wurde hier nicht weiter berücksichtigt, da sich der G-BA zu einem späteren Zeitpunkt mit dieser Substanzgruppe befassen wird. Eine Leitlinie zu Methamphetaminbezogenen Störungen¹⁰ ist im November 2021 abgelaufen, eine Aktualisierung ist nicht geplant¹¹. Die Leitlinie mit Stand 2016 ist jedoch weiterhin abrufbar. Zwei weitere Leitlinien zu Suchterkrankungen sind angemeldet, jedoch noch nicht veröffentlicht¹².

[KBV, PatV:

In den S3-Leitlinien zu den Substanzklassen Alkohol, Medikamente und Metamphetamin werden bei den meisten Substanzen sowohl die Abstinenz von Substanzen als auch die Reduktion des Substanzgebrauchs als Therapieziele formuliert. Zudem wird stets betont, dass die Therapieziele individuell mit der Patientin bzw. dem Patienten vereinbart werden sollen. In der Gesamtschau ist das leitliengerechte Therapieziel der Behandlung einer psychischen und Verhaltensstörung bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch psychotrope Substanzen in der Regel die Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz, dieses wird für viele Ausprägungen der Abhängigkeitserkrankungen als „primäres“ oder „übergeordnetes“ Therapieziel beschrieben. Bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs oder bei bestimmten Schweregraden der Abhängigkeitserkrankung kann auch der kontrollierte Gebrauch

⁷ vgl. Fußnote 1.

⁸ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie and Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Medikamentenbezogene Störungen; S3-Leitlinie, Langversion 1.1 [online]. AWMF-Registernummer 038-025. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 30.10.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-025I_S3_Medikamentenbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf.

⁹ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-SUCHT). Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 076-006. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 30.10.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-006I_S3_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf.

¹⁰ vgl. Fußnote 2.

¹¹ Die Gültigkeit der S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ ist im November 2021 abgelaufen und eine Aktualisierung ist derzeit nicht geplant. Damit Interessierte den Stand von 2016 nutzen können, ist die Leitlinie nach wie vor abrufbar und wird vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) weiterhin zur Verfügung gestellt. Deshalb ist davon auszugehen, dass die im Jahr 2016 veröffentlichten Erkenntnisse zur Behandlung von Methamphetamin-bezogenen Störungen unverändert Einsatz finden. Aus diesem Grunde wurde diese Leitlinie hier ebenfalls berücksichtigt.

¹² vgl. S3-Leitlinie „Behandlung Cannabisbezogener Störungen“, AWMF-Registernummer 076 – 005 und S3-Leitlinie „Opioidbezogene Störungen“, AWMF-Registernummer 076 – 012

gleichwertiges Therapieziel sein. Beispielsweise beschreibt die S-3-Leitlinie zur Substanzklasse Alkohol, dass im Falle der Behandlung alkoholbezogener Störungen eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden soll (kontrollierter Substanzgebrauch), wenn die Erreichung von Abstinenz zum Therapiezeitpunkt nicht möglich ist oder schädlicher bzw. riskanter Konsum vorliegt.

In den S3-Leitlinien zu den Substanzklassen Alkohol, Medikamente und Metamphetamin konnten keine Aussagen zu einer eingeschränkten Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen ohne vollständige Abstinenz identifiziert werden.

In der PT-RL wurde der Zustand der Abstinenz bzw. der Suchtmittelfreiheit bislang als Voraussetzung für die Durchführung von Psychotherapie verstanden und nicht als Therapieziel. Abweichend davon war die Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann.

Dies steht im Widerspruch zu den Empfehlungen in den S3-Leitlinien. Psychotherapeutische Interventionen sind nach den oben genannten Leitlinien in fast jedem Stadium einer Abhängigkeit wichtig und erfolgversprechend. Das gilt zum Beispiel für psychotherapeutische Methoden zur Förderung der Motivation oder zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartungen, im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung, als Teil der Komplexbehandlung in der Entwöhnung oder auch als eigenständige ambulante Behandlung im Postakutstadium. Eine Vorgabe, in welchem Zeitraum Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch erreicht werden soll, findet sich in den Leitlinien nicht. Allerdings wird betont, dass der Erfolg der Behandlung katamnestisch überprüft werden soll. Dem G-BA sind zudem keine weiteren Studien bekannt, die für einen bestimmten Zeitraum sprechen, in dem Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz erreicht werden soll.

Um die Leitlinienempfehlungen umzusetzen, ist es notwendig, die Begrenzungen in der PT-RL anzupassen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können so gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten individuelle Therapieziele festlegen und den Empfehlungen aus den S3-Leitlinien im individuellen Behandlungsfall folgen, wenn hierfür ein längerer Zeitraum als zehn Behandlungsstunden benötigt wird oder eine vollständige Abstinenz von dem Suchtmittel oder den Suchtmitteln nicht angestrebt werden kann. Die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ist gemäß den Leitlinien dabei – soweit im individuellen Einzelfall möglich – das Therapieziel der Wahl. Der kontrollierte Substanzgebrauch ist Therapieziel der Wahl, wenn Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz aus psychotherapeutischer Sicht – unter Einbezug des Krankheitsgeschehens und der Ressourcen der Patientinnen und Patienten – nicht indiziert ist.

Das zielgerichtete und frühzeitige Anstreben der Suchtmittelfreiheit für eine psychotherapeutische Behandlung kann vor dem Hintergrund der körperlichen Abhängigkeit und Eigendynamik von Substanzen nach wie vor primär indiziert sein. Denn hiermit werden direkte Einflüsse auf Kognition und Verhalten adressiert, die den Fortgang einer Psychotherapie behindern können.

Es wird in diesem Zusammenhang auf bereits bestehende qualitätssichernde Regelungen verwiesen, die zur Verhütung etwaiger Schäden durch die Eigendynamik der Substanz beitragen: Dies betrifft neben dem Konsiliarverfahren oder dem Antrags- und Gutachterverfahren, in dessen Rahmen auch Therapieziele wie Suchtmittelfreiheit oder kontrollierter Substanzgebrauch überprüft werden können, insbesondere die Vorgaben in § 27 Absatz 3 PT-RL, die Psychotherapie unter bestimmten Bedingungen ausschließt, z. B. dann, wenn bei der Patientin oder dem Patienten die Voraussetzung hinsichtlich der

Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind.] [KBV: Zudem gilt für die Behandlung von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach wie vor das Kooperationsgebot, dass die psychotherapeutische Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen „neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen“ einordnet (§ 27 Absatz 2 Satz 1 PT-RL).]

[KBV/PatV:

Insgesamt werden die bestehenden Regelungen der PT-RL im Zusammenhang mit einer Soll-Vorgabe zur Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz als angemessen angesehen, um einerseits leitliengerecht behandeln zu können und andererseits auf das baldmögliche Erreichen von Suchtmittelfreiheit hinzuwirken.]

[GKV-SV:

Die aktuellen Leitlinien beziehen sich bei der Formulierung ihrer Empfehlungen auf oben genannte Phasen der Behandlung. Aus diesem Grunde wurden in der Richtlinie in Absatz (2) Nummer 1a die Formulierungen „in der Postakutphase“ und „in der Akutphase“ im Text hinzugefügt. Durch die Verwendung dieser Begriffe in der PT-RL soll Empfehlungen der aktuellen oben genannten Leitlinien zu Akut- und Postakutphase Rechnung getragen werden.

Akutphase

Ziel der Behandlung in der Akutphase ist ein komplikationsloses „Freiwerden“ vom Suchtmittel bzw. das Erreichen von Abstinenz. Um auf vegetative Begleiterscheinungen des körperlichen Entzugs adäquat reagieren zu können, wird in den Leitlinien ein stationäres Setting für die Durchführung der Akutbehandlung empfohlen, optimalerweise eine qualifizierte Entzugsbehandlung.

In der *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“* wird diesbezüglich empfohlen:

3.2.3.4 Behandlungssetting

Eine stationäre Behandlung in Form einer körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung soll angeboten werden

- 1. bei einem Risiko eines alkoholbedingten Entzugsanfalles und/ oder Entzugsdelirs und/ oder*
- 2. bei Vorliegen von gesundheitlichen bzw. psychosozialen Rahmenbedingungen, unter denen Alkoholabstinenz im ambulanten Setting nicht erreichbar erscheint*

3.2.3.5 Indikationen für ein stationäres Behandlungssetting

Eine stationäre Behandlung in Form einer körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung sollte angeboten werden bei alkoholabhängigen Personen und Personen mit schädlichem Gebrauch, wenn mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- 1. (zu erwartende) schwere Entzugssymptome*
- 2. schwere und multiple somatische oder psychische Begleit- oder Folgeerkrankungen*
- 3. Suizidalität*
- 4. fehlende soziale Unterstützung*
- 5. Misserfolg bei ambulanter Entgiftung*
- 6. Schwangerschaft.*

Die *S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“* empfiehlt hinsichtlich der Akutbehandlung:

4-7

Bei einer Methamphetamin-Abhängigkeit soll eine stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung angeboten werden.

In der S3-Leitlinie „Medikamentenbezogene Störungen“ ist für die Akuttherapie der Abhängigkeit von Opioid-Arzneimitteln festgehalten:

3.1-8

*Liegt ein Abhängigkeitssyndrom und/ oder gravierende psychische Erkrankungen vor, sollte den Patient*innen ein Qualifizierter Entzug in einer suchtmedizinischen psychiatrischen Einrichtung angeboten werden.*

Eine qualifizierte Entzugsbehandlung umfasst in der Regel 21 Behandlungstage, enthält neben der körperlichen Entgiftung auch psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen und soll die Motivation zur langfristigen Aufrechterhaltung der Abstinenz stärken (vgl. S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, Empfehlung 3.3.3.3 oder S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“, Empfehlung 4-8).

Die Entzugsbehandlung kann ambulant oder teilstationär durchgeführt werden, sofern bei der jeweiligen Patientin oder dem jeweiligen Patienten keine schweren Entzugssymptome oder -komplikationen zu erwarten sind und engmaschige klinische Kontrollen sowie eine 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes möglich ist.

In der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wird beispielsweise folgendes empfohlen:

3.2.3.6 Ambulantes oder teilstationares Behandlungssetting

Eine ambulante oder teilstationäre Entzugsbehandlung (körperliche Entgiftung oder qualifizierte Entzugsbehandlung) kann angeboten werden, wenn keine schweren Entzugssymptome oder -komplikationen zu erwarten sind, eine hohe Adhärenz und ein unterstützendes soziales Umfeld bestehen.

3.2.3.7 Indikationen für ambulanten Entzug

Eine ambulante Entgiftung oder Entzugsbehandlung sollte nur angeboten werden durch ArztInnen mit:

- 1. ausreichenden Kenntnissen in der Alkoholentgiftung und*
- 2. der Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen, inkl. Verhaltensbeobachtung und*
- 3. organisatorischer Sicherstellung einer 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes*

Die S3-Leitlinie „Medikamentenbezogene Störungen“ empfiehlt ein ambulantes Ausschleichen von Opioid-Arzneimitteln nur, wenn keine Abhängigkeit vorliegt:

3.1-7

*Liegen kein Abhängigkeitssyndrom oder gravierende psychische Erkrankungen vor, sollte den Patient*innen ein ambulantes und/oder stationäres Ausschleichen in einer interdisziplinären schmerztherapeutischen Einrichtung angeboten werden.*

Die Durchführung einer Entzugsbehandlung im Setting der ambulanten Psychotherapie ist in den Leitlinien nicht vorgesehen. Da in den Leitlinien jedoch psychotherapeutische Interventionen empfohlen sind, kommt es immer wieder zu Verwechslungen. Einzelne Maßnahmen, die auf Methoden und Techniken der Psychotherapie basieren und im Rahmen einer stationären qualifizierten Entzugsbehandlung empfohlen werden, sind nicht vergleichbar mit einer strukturierten Richtlinienpsychotherapie. Folglich finden die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie keine Anwendung.

Auswertungen der Gesetzlichen Krankenkassen zeigen, dass Kontakte im ambulanten psychotherapeutischen Setting durchschnittlich mit einer zweiwöchentlichen Frequenz stattfinden. Diese geringe Kontaktdichte ist nicht geeignet, um die im Verlauf einer Entgiftungs- oder Entzugsbehandlung häufig auftretenden motivationalen Schwankungen adäquat zu adressieren¹³. Darüber hinaus ist auch die in der Leitlinie zur Behandlung alkoholbezogener Störungen adressierte Sicherstellung einer 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes und der Möglichkeit engmaschiger klinischer Verhaltensbeobachtungen in ambulanten Psychotherapiepraxen nicht gegeben.

Postakutphase

Direkt im Anschluss an die Akutbehandlung soll eine Postakutbehandlung erfolgen, in der das langfristige Aufrechterhalten der Abstinenz das primäre Therapieziel ist. Ambulante Psychotherapie im vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Setting wird in den Leitlinien als Intervention der Phase der Postakutbehandlung zugerechnet. Das heißt, in der Regel kommen Betroffene nach der Akutbehandlung der Suchterkrankung bereits abstinenter in die ambulante Psychotherapie und sollen dort weiter motiviert werden, die Abstinenz aufrechtzuerhalten und Rückfälle hinsichtlich Häufigkeit, Schwere und Dauer zu begrenzen.

In der S3-Leitlinie „*Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*“ wird diesbezüglich empfohlen:

3.8.3.1. Generelle Wirksamkeit

Postakute Interventionsformen sollen PatientInnen im Anschluss an die Entzugsphase als nahtlose weiterführende Behandlung angeboten werden. Dabei stellt die Abstinenz bei abhängigem Konsum die übergeordnete Zielsetzung dar.

3.8.3.2 Therapieziele

Bei der Postakutbehandlung ist Abstinenz bei Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) primäres Therapieziel. Ist die Erreichung von Abstinenz z.Z. nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden.

Die S3-Leitlinie „*Methamphetamin-bezogene Störungen*“ führt aus:

5-1

Eine differenzielle Indikationsstellung für die Postakutbehandlung (einschließlich Entwöhnung) in den unterschiedlichen Settings sollte im Einzelfall erfolgen.

5-2

Methamphetamin-Abstinenz sollte bei Methamphetamin-bezogener Störung als primäres Therapieziel angeraten werden.

In der S3-Leitlinie „*Medikamentenbezogene Störungen*“ ist in Bezug auf die Postakutbehandlung festgehalten:

4.1-1

*Patient*innen sollen abstinenzorientierte postakute Interventionsformen im Anschluss an die Entzugsphase als nahtlose weiterführende Behandlung angeboten werden.*

Bei der Auswertung der Leitlinien ist als Limitierung zu berücksichtigen, dass derzeitig nicht für alle Substanzkonsumstörungen Leitlinien vorliegen. Leitlinien zur Behandlung der Abhängigkeit von Substanzen, die eine geringe (oder keine) körperliche Abhängigkeit

¹³ vgl. Fußnote 1

hervorrufen, könnten hinsichtlich Akut- und Postakutphase möglicherweise andere Empfehlungen aussprechen. Daher wurden Regelungen getroffen, die über die Empfehlungen der aktuellen Leitlinien hinausgehen und auch in der Akutphase eine Behandlung im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie ermöglichen, sofern eine Abstinenz bis zur zehnten Behandlungsstunde hergestellt werden kann. Hierbei sind die vorgelagerten Behandlungsabschnitte wie Psychotherapeutische Sprechstunde (bis zu drei Behandlungseinheiten je 50 Minuten) und Probatorische Sitzungen (zwei bis vier Behandlungseinheiten je 50 Minuten) mit zu berücksichtigen. Bei vollem Ausschöpfen der Psychotherapeutischen Sprechstunden und der Probatorischen Sitzungen sieht die Regelung in der Richtlinie demnach ein Erreichen der Abstinenz innerhalb von 17 psychotherapeutischen Sitzungen vor. Ausgehend von einer durchschnittlichen Sitzungsfrequenz von zwei Wochen handelt es sich somit um einen Zeitraum von 34 Wochen, der als ausreichend angesehen wird, um das Behandlungsziel der Abstinenz zu erreichen.

Ausschluss von Richtlinientherapie bei akuter Intoxikation:

In Absatz 2 Nummer 1a wurde der Satz „Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig“ hinzugefügt.

In Fällen, in denen eine ambulante Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase angewendet wird und noch keine Suchtmittelfreiheit erreicht ist, soll dadurch sichergestellt werden, dass eine Richtlinientherapie nur durchgeführt wird, wenn der Patient oder die Patientin nicht intoxikiert zum Termin erscheint. Es ist unklar, inwiefern bei einer akuten Intoxikation psychotherapeutische Interventionen wirksam sein können, da psychotrope Substanzen einen Einfluss auf verschiedene kognitive Funktionen wie z.B. Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, Lernen und Erinnerung sowie Emotion und Motivation haben können. Daher können zwar Gesprächsleistungen zur Abwehr von potenziellen Gefährdungen erbracht werden, eine psychotherapeutische Arbeit im Sinne der Richtlinientherapie ist jedoch nicht zulässig.]

3. Würdigung der Stellungnahmen

4. Bürokratiekostenermittlung

Entwurf: Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
17.10.2024	G-BA	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
07.11.2024	UA PPV	Schriftlicher Beschluss: Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
17.12.2024	UA PPV	Mündliche Anhörung

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ	UA PPV	Abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Fließtext Überprüfung § 27 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL – Vergleichsfassung

[...]

GKV-SV	KBV	PatV
<p>§ 27 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie</p> <p>(1) Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinie bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie; 2. Angststörungen und Zwangsstörungen; 3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen); 4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; 5. Essstörungen; 6. Nichtorganische Schlafstörungen; 7. Sexuelle Funktionsstörungen; 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen; 9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. 	<p>§ 27 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie</p> <p>(1) Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinie bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie; 2. Angststörungen und Zwangsstörungen; 3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen); 4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; 5. Essstörungen; 6. Nichtorganische Schlafstörungen; 7. Sexuelle Funktionsstörungen; 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen; 9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. 	<p>§ 27 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie</p> <p>(1) Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinie bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie; 2. Angststörungen und Zwangsstörungen; 3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen); 4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; 5. Essstörungen; 6. Nichtorganische Schlafstörungen; 7. Sexuelle Funktionsstörungen; 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen; 9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; 10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

GKV-SV	KBV	PatV
		<p>Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.</p>
(2) Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:	(2) Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:	(2) Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:
1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. <u>(Alkohol, Drogen und Medikamente)</u> , Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit <u>beziehungsweise Abstinenz</u> in der Postakutphase, d.h. bei bestehender Abstinenz. Die Postakutphase schließt sich an	1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. <u>(Alkohol, Drogen und Medikamente)</u> , Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Falle der Abhängigkeit <u>von psychotropen Substanzen</u> <u>beschränkt auf den Zustand der</u> soll im Rahmen der psychotherapeutischen Suchtmittelfreiheit	<p><u>1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente), im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz.</u></p> <p><u>Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise</u></p>

GKV-SV	KBV	PatV
<p>die Akutphase (Entzugsbehandlung) an und zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ab; sie wird auch als Entwöhnsbehandlung bezeichnet.</p> <p>Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Therapeutin oder von dem Therapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.</p>	<p>beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.</p> <p>Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Therapeutin oder von dem Therapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen.</p> <p>Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.</p>	<p>Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Therapeutin oder von dem Therapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen.</p> <p>Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.</p>

GKV-SV	KBV	PatV
Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriﬀen werden.		
1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, 2. (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit.	1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, 2. (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit.	1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, 2. (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit.

[...]



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie

(Stand: 06.11.2024)

Berlin, 04.12.2024

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund:

Der Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 06.11.2024 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V i. V. m. § 11 des 1. Kapitels der Verfahrensordnung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu der vorgesehenen Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) gegeben.

Durch den Beschlussentwurf sollen die Vorgaben zur Abstinenz bzw. zur Suchtmittelfreiheit gemäß § 27 Absatz 2 PT-RL angepasst werden. In der derzeit geltenden PT-RL wird Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit als Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung verstanden, von der nur abgewichen werden kann, wenn diese innerhalb von zehn Sitzungen erreicht wird. Durch die vorgesehenen Änderungen soll das Erreichen der Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit prinzipiell als Vorgabe erhalten bleiben. Es bestehen jedoch abweichende Positionen in einzelnen Punkten, z. B. in der Verortung der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ und in der Erweiterung der Abstinenz-Vorgabe im Falle einer Abhängigkeit um „kontrollierten Substanzgebrauch“.

Zudem soll die Verknüpfung des Anwendungsbereichs Abhängigkeitserkrankungen zur gesetzlichen Festlegung zur Illegalität bzw. Legalität von Drogen aufgehoben werden. Die Notwendigkeit ergab sich durch die Teillegalisierung von Cannabis.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschluss wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer befürwortet die weitere Flexibilisierung der Indikation der Psychotherapie-Richtlinie in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen. Die hohe Wirksamkeit für bestimmte psychotherapeutische Interventionen bei Suchterkrankungen ist belegt¹. Abstinenz als Voraussetzung für den Einsatz von psychotherapeutischen Interventionen wird jedoch, wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, von keiner der berücksichtigten AWMF-S3-Leitlinien zu Screening, Diagnostik, Behandlung von verschiedenen Suchterkrankungen empfohlen. Vielmehr wird festgehalten, dass beispielsweise bezogen auf alkoholbezogene Störungen in fast jedem Stadium einer Abhängigkeit psychotherapeutische Interventionen wichtig und erfolgversprechend sind², insbesondere auch psychotherapeutische Methoden zur Förderung der Motivation. Dass übergeordnet weiterhin die Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz auch durch die psychotherapeutische Intervention angestrebt werden soll, ist nach Ansicht der Bundesärztekammer gerechtfertigt. Sollte die Erreichung der Abstinenz nicht möglich sein, so kann eine Reduktion des Konsums im Sinne einer Schadensminimierung gemäß den Leitlinien angestrebt werden. Zeitliche Vorgaben für das Erreichen dieser Therapieziele werden durch die Leitlinien nicht formuliert.

Wird die Suchtmittelfreiheit jedoch frühzeitig erreicht, ist dies für eine psychotherapeutische Behandlung förderlich, da konsumierte Substanzen durch Einflüsse auf Kognition und Verhalten den Fortgang einer Psychotherapie hindern können. Dem in der PT-RL vorgesehenen Konsiliarverfahren sowie dem Antrags- und Gutachterverfahren kommen im Sinne der Qualitätssicherung im Hinblick auf eine Überprüfung der Therapieziele, auch bezüglich Suchtmittelfreiheit oder kontrolliertem Substanzgebrauch, Bedeutung zu. Dies betrifft insbesondere § 27 Absatz 3 PT-RL zur Zulässigkeit einer

¹ Block, I., Loeber, S. Evidenzbasierte Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen. *Nervenarzt* **89**, 283–289 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0483-7>

² „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ Dezember 2020 <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html> Zugriff am 20.11.2024

Psychotherapie im Hinblick auf z. B. die Motivationslage des Patienten sowie das Kooperationsgebot.

Die Behandlung von substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen benötigt jedoch in vielen Fällen eine multiprofessionelle Betreuung, in der die somatische ärztliche Behandlung eine zentrale Bedeutung hat. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen können in vielen Fällen mit körperlichen Komplikationen und Komorbiditäten einhergehen. Je nach Substanz ist eine Pharmakotherapie sowohl in der akuten Entzugstherapie als auch in der Postakutbehandlung indiziert. Auch im Bereich der Medikamentenabhängigkeit gibt es Konstellationen, in denen ein langsames Ausschleichen der Substanz unter ärztlicher Überwachung notwendig ist³.

Die Bundesärztekammer spricht sich entsprechend der ausgeführten Überlegungen für die Änderungen der PT-RL gemäß der Position der KBV aus. Diese sieht vor, dass für die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach wie vor das Kooperationsgebot gelten soll und die psychotherapeutische Behandlung weiterhin unter § 27 Absatz 2 verortet ist. Das Therapieziel soll flexibilisiert werden, eine Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch soll angestrebt werden. Eine zeitliche Vorgabe, in wie vielen Sitzungen diese Ziele erreicht werden sollen, wird nicht mehr vorgegeben.

³ S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – 1. Auflage. Version 01. 2020. www.awmf.org Zugriff am 20.11.2024

Stellungnahme

Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie

04.12.2024

Inhaltsverzeichnis

1 Allgemeine Bewertung	3
2 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als primäre Indikation in § 27 Absatz 1 PT-RL	4
3 Erweiterung der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ in § 27 Absatz 2 Nummer 1a	7
4 Folgeänderungen zum Antragsverfahren	11
5 Fazit	12
6 Quellen und Literatur	13

1 Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ergänzend zum übersandten Positionspapier der BPtK „Ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen“ das Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) zum 1. April 2024 zum Anlass genommen hat, die Vorgaben zum Anwendungsbereich der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in § 27 Absatz 2 Nr. 1a der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) zu überprüfen.

Die derzeit bestehende Differenzierung des Leistungsanspruchs auf eine ambulante Psychotherapie bei Patient*innen mit einem schädlichen Gebrauch oder einem Abhängigkeitssyndrom (F1x.1 bzw. F1x.2 nach ICD-10) in Abhängigkeit davon, ob es sich bei der konsumierten Drogen, die zu psychischen und Verhaltensstörungen führt, um eine legale oder illegale Substanz handelt oder ggf. als Medikament verfügbar ist, ist nicht sachgerecht. Darauf hatte die BPtK auch im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Beschluss des G-BA zur „Klarstellung § 22 Absatz 2 Nummer 1a und redaktionelle Änderung in § 24 Absatz 3 Satz 3“ vom 15. Oktober 2015 hingewiesen. Auch internationale diagnostische Klassifikationssysteme, wie die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10 GM 2024 bzw. künftig ICD-11) oder das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), verzichten auf Differenzierungen nach dem rechtlichen Status psychotroper Substanzen als illegale Drogen, legale Drogen oder gar als zugelassenes Medikament, der sich zwischen den verschiedenen Ländern erheblich unterscheiden kann.

Die im Beschlussentwurf vorgeschlagene Aufhebung dieser Differenzierung nach dem aktuellen rechtlichen Status der jeweiligen psychotropen Substanz ist daher aus Sicht der BPtK unter anderem mit Blick auf sich verändernde gesetzliche Regelungen bei den sogenannten Legal Highs sowie im Kontext der Legalisierung des Konsums von Cannabis bei Erwachsenen geboten, um einen vergleichbaren Zugang der verschiedenen Patientengruppen mit schädlichem oder abhängigem Gebrauch psychotroper Substanzen zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen.

Darüber hinaus begrüßt die BPtK die Regelungsvorschläge, mit denen die engführenden Vorgaben zur Erreichung von Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz in § 22 Absatz 2 Nr. 1a der Psychotherapie-Richtlinie im Sinne einer leitliniengerechten Versorgung flexibilisiert werden sollen. Dabei ist es insbesondere bedeutsam, dass den verschiedenen Patientengruppen mit abhängigem Gebrauch psychotroper Substanzen entsprechend den Besonderheiten der konsumierten psychotropen Substanz und den zunächst erreichbaren Therapiezielen, die im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung mit der

Patient*in vereinbart werden, der Zugang zu einer leitliniengerechten Versorgung ermöglicht wird.

2 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als primäre Indikation in § 27 Absatz 1 PT-RL

Die BPtK befürwortet den Vorschlag der Patientenvertretung (PatV) zu § 27 Absatz 1 PT-RL, den bisher unter § 27 Absatz 2 Nummer 1a geführten Anwendungsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen [...]“ zukünftig als neue Nummer 10 unter den primären Indikationen in § 27 Absatz 1 Nummer 10 PT-RL aufzuführen. Die BPtK stimmt mit der PatV darin überein, dass für eine substanzelle Gruppe von Patient*innen neben einer Abstinenz auch der kontrollierte Substanzgebrauch und *Harm Reduction* angemessene Therapieziele darstellen, bei denen bei entsprechender Erfolgsprognose eine ambulante psychotherapeutische Behandlung indiziert ist. Für die Definition der Indikationen zur Anwendung der Psychotherapie im Normtext des § 27 PT-RL ist dabei aus Sicht der BPtK eine konkrete Auflistung der Therapieziele nicht erforderlich. Eine solche findet sich auch nicht bei den weiteren Indikationen für die Anwendung von Psychotherapie nach § 27 Absätze 1 und 2 PT-RL. Aus Sicht der BPtK sollte daher die Benennung der zentralen Therapieziele hinsichtlich des Substanzgebrauchs bei Patient*innen mit Abhängigkeitssyndrom in die Tragenden Gründe zum Beschluss verschoben werden. Vor dem Hintergrund der vom G-BA angekündigten späteren Befassung mit den Substanzen Tabak, Nikotin und Koffein stimmt die BPtK dabei der vorgesehenen Klarstellung in Satz 2 der Nr. 10 neu zu. Im Ergebnis schlägt die BPtK daher folgende Änderung des § 27 Absatz 1 PT-RL vor:

In Absatz 1 wird

- a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und*
- b) folgende Nummer 10 angefügt:*

„10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst.“

Begründung:

Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitserkrankungen zählen zu den psychischen Erkrankungen, die mittels Psychotherapie in allen Phasen der Erkrankung nachweislich wirksam behandelt werden können. Nationale und internationale Behandlungsleitlinien bei substanzbezogenen Störungen empfehlen entsprechend Psycho-

therapie als eine Behandlungsmethode der Wahl.^{1, 2, 3, 4} Die einschlägigen Leitlinienempfehlungen sehen dabei keine grundsätzlichen Einschränkungen für die psychotherapeutische Behandlung in dem Sinne vor, dass für die psychotherapeutische Behandlung eine somatisch ärztliche Vor- oder Mitbehandlung in allen Fällen obligat wäre. Für die Diagnosegruppen des schädlichen Gebrauchs wäre eine obligate somatisch-ärztliche Vor- oder Mitbehandlung grundsätzlich zu hinterfragen, aber auch bei Abhängigkeitserkrankungen ist eine solche somatisch-ärztliche Vor- oder Mitbehandlung nicht in allen Fällen sachgerecht. Beispielhaft zu nennen ist der Fall einer leichten Cannabisabhängigkeit mit nur geringfügigen Entzugssymptomen, bei der die Vorgabe einer somatisch-ärztlichen Vor- oder Mitbehandlung fachlich unangemessen erscheint, die die Schwelle für die Inanspruchnahme einer leitliniengerechten Versorgung erhöhen und zugleich unnötig ärztliche Behandlungsressourcen binden würde. Auch die normativen Eingrenzungen in § 27 Absatz 2 Satz 1 erster Teilsatz „wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben“ und „sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet“ suggerieren in unzutreffender Weise, dass diese Bedingungen bei einem wesentlichen Teil der betroffenen Patient*innen mit einer substanzbezogenen Störung, die eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, nicht zutreffen würde. Im Ergebnis ist es daher sachgerecht, die Verhaltens- und psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen als primäre Indikationen ohne einschränkende Zusatzkriterien in § 27 Absatz 1 als neue Nummer 10 zu ergänzen.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass durch das Konsiliarverfahren nach § 32 PT-RL sowie die berufsrechtliche Verpflichtung von Psychotherapeut*innen nach § 5 Absatz 6 der Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen, „Kolleg*innen, Ärzt*innen oder Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe in Absprache mit der Patient*in hinzuziehen, wenn weitere Informationen oder Fähigkeiten erforderlich sind“, bereits hinreichend sichergestellt ist, dass im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Behandlung der substanzbezogenen Störung bei Bedarf in Kooperation mit der Haus- oder Fachärzt*in die indizierte somatische bzw. ärztliche Vor- oder Mitbehandlung erfolgen kann. Eine darüberhinausgehende Regelung in der PT-RL, die eine verpflichtende somatisch-ärztliche Vor- oder Mitbehandlung bei allen substanzbezogenen Störungen vorschreibt, ist unter fachlichen und versorgungsbezogenen Gesichtspunkten nicht sachgerecht. Diese Regelung stellt vielmehr eine zusätzliche und vermeidbare Hürde dar, die einer ohnehin unversorgten Patientengruppe den Zugang zur ambulanten Psychotherapie erschwert. Am Beispiel der alkoholbezogenen Störungen lässt sich zudem zeigen, dass auch mit Blick auf das reale Versorgungsgeschehen keine Notwendigkeit besteht, in der Psychotherapie-Richtlinie normativ über das Kriterium einer somatisch-ärztlichen Vor- oder Mitbehand-

lung die vorangehende und begleitende ärztliche Behandlung zu befördern. Nach den Datenanalysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung werden bereits heute fast alle gesetzlich Krankenversicherten mit mindestens einer alkoholbezogenen Störung (F10.X) wenigstens in einem Quartal von einer Allgemeinmediziner*in gesehen (98,2 Prozent im Jahr 2018). 28,4 Prozent der Patient*innen hatten mindestens in einem Quartal Kontakt mit einer Fachärzt*in für Psychiatrie, 27,5 Prozent mit einer Internist*in und 6,3 Prozent mit einer Psychotherapeut*in.¹

Schließlich ist die mit dem Vorschlag der PatV vorgesehene Aufhebung der derzeit noch bestehenden Vorgaben zur Abstinenz im Falle einer Abhängigkeitserkrankung durch eine psychotrope Substanz vor dem Hintergrund des breiten Spektrums von psychotropen Substanzen und den unterschiedlichen Schweregraden der Abhängigkeitserkrankungen dringend geboten. Eine Abstinenz als alleiniges Therapieziel für alle Patient*innen mit Abhängigkeitserkrankungen vorzugeben, entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Mehrere nationale wie auch internationale Leitlinien betonen im Sinne des Ansatzes der Schadensminimierung (engl. *Harm Reduction*), dass unter bestimmten Voraussetzungen eine Konsumreduktion statt einer vollständigen Konsumbeendigung ein sinnvolles Therapieziel darstellen kann (siehe hierzu auch die Ausführungen in Abschnitt 3 dieser Stellungnahme).^{5, 6, 7, 8, 9}

So wird zwar auch in der S3-Leitlinie zu Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen betont, dass Abstinenz bei Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) das primäre Therapieziel ist. Ist die Abstinenz zurzeit jedoch nicht erreichbar, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden (Empfehlung 3.8.3.2). Es ist fachlich und ethisch nicht vertretbar, dass denjenigen Patient*innen, die aus individuellen Gründen nicht in der Lage sind oder die sich im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung (noch) nicht auf das Erreichen der Abstinenz als Therapieziel verständigen können, eine mit dem Therapieziel der Schadensminimierung wirksame ambulante psychotherapeutische Behandlung grundsätzlich vor-enthalten bleibt. Nicht zuletzt ist mit Blick auf die unzureichend versorgten Patient*innen mit schweren Abhängigkeitserkrankungen unterschiedlicher psychotroper Substanzen und die gebotene Erleichterung des Zugangs zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung die Aufhebung der restriktiven Abstinenzregel dringend geboten. Das zentrale Versorgungsproblem für diese Patientengruppe ist der hohe Anteil an Patient*innen, die keine störungsspezifische Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung erhalten und für die die Zugangshürde zu den spezifischen Versorgungsangeboten weiterhin zu hoch ist. Die Einschränkungen in der Psychotherapie-Richtlinie würden u. a. auch dazu führen, dass schwer psychisch erkrankte Patient*innen mit einem Abhängigkeitssyndrom und einem

komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie nicht angemessen psychotherapeutisch versorgt werden können, soweit eine Suchtmittelfreiheit innerhalb von 10 psychotherapeutischen Sitzungen nicht erreichbar ist bzw. Patient*innen sich (zunächst) lediglich für eine Schadensminimierung als Therapieziel entscheiden können.

3 Erweiterung der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ in § 27 Absatz 2 Nummer 1a

Wie unter Abschnitt 2 dargelegt, favorisiert die BPtK zur Erleichterung einer individualisierten leitliniengerechten Versorgung von Patient*innen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen den Regelungsvorschlag der PatV, diese Indikation unter den primären Indikationen für die Anwendung von Psychotherapie unter § 27 Absatz 1 zu fassen. Sollte der G-BA dieser weitergehenden Lösung mehrheitlich nicht folgen, stellt der Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu § 27 Absatz 2 PT-RL einen geeigneten Ansatz dar, zumindest die Rahmenbedingungen für die Versorgung von Patient*innen mit Abhängigkeitserkrankungen an entscheidender Stelle zu verbessern. Hierfür ist entscheidend, dass im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden soll und damit auf eine strikte Vorgabe zum Erreichen der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz verzichtet wird.

Begründung:

Entsprechend nationaler wie internationaler Leitlinien kann bei bestimmten Formen der Abhängigkeit – wie auch im Falle eines schädlichen Substanzgebrauchs – ein kontrollierter Substanzgebrauch neben der Abstinenz ein geeignetes Therapieziel darstellen. So erkennen die Weltgesundheitsorganisation¹⁰ wie auch kanadische¹¹ und britische¹² Behandlungsleitlinien an, dass Ansätze der *Harm Reduction* zur Reduzierung des Konsums Teil evidenzbasierter Behandlungsstrategien für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sein können. In gleichem Sinne wird in den deutschen S3-Leitlinien zu Alkohol¹³, Medikamenten¹⁴ und Methamphetamin-bezogenen¹⁵ Störungen der AWMF bei den meisten Substanzen neben einer Abstinenz auch die Reduktion des Substanzkonsums als mögliches Therapieziel formuliert. Beispielhaft sind hierfür Fälle, in denen eine Abstinenz zum Therapiezeitpunkt nicht möglich ist oder ein niedriger Grad der Abhängigkeit vorliegt.

Gegen die bisherige Regelung einer Abstinenzpflicht bis zur zehnten psychotherapeutischen Behandlungsstunde spricht überdies, dass keine empirischen Belege oder Leitli-

nienempfehlungen vorliegen, die darauf abstellen, dass die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bei Abhängigkeitserkrankungen davon abhängig ist, dass eine Suchtmittelfreiheit in einem bestimmten Zeitraum erreicht wurde.

Zudem regelt § 27 Absatz 3 Nummer 1 PT-RL in ausreichendem Umfang die Entscheidungsgrundlage dafür, ob Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen ist, weil ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann. Vor dem Hintergrund der Verständigung auf klinisch bedeutsame Therapieziele wird hierbei insbesondere darauf abgestellt, ob in dem individuellen Fall die Voraussetzungen hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit gegeben sind. Diese Regelung bietet eine ausreichende Grundlage, damit Psychotherapeut*innen entscheiden können, in welchen Fällen der Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung mangels Erfolgswahrscheinlichkeiten für das Erreichen der vereinbarten Therapieziele nicht angezeigt ist bzw. wann angesichts des fehlenden Therapiefortschritts eine ambulante psychotherapeutische Behandlung vorzeitig zu beenden oder zu unterbrechen ist und geeignete andere Behandlungsmaßnahmen einzuleiten bzw. zu veranlassen sind. Dass ein starres Kriterium von zehn Sitzungen zur Erreichung der Abstinenz bzw. die Vorgabe einer vorangehenden Entzugsbehandlung für alle Substanzklassen und Schweregrade der Abhängigkeitserkrankungen nicht sachgerecht ist, lässt sich am Beispiel der Benzodiazepinabhängigkeit oder der Cannabisabhängigkeit aufzeigen. Die S3-Leitlinie medikamentenbezogene Störungen weist in einem Statement ausdrücklich darauf hin, dass die Dosisreduktion bei Langzeitabhängigen und bei Hochdosisabhängigkeit einen längeren Zeitraum erfordert (Statement 3.2-4). Das gilt in besonderer Weise für Patient*innen in einem höheren Lebensalter. Darüber hinaus empfiehlt die Leitlinie, dass die Dosisreduktion zum Ende der Entzugsbehandlung in kleineren Schritten erfolgen sollte als zu Anfang der Behandlung (Empfehlung 3.2-5). Auch längere Entzüge sollten dabei nach Einschätzung einzelner, in der Leitlinie zitierter Autoren einen Zeitraum von sechs Monaten möglichst nicht überschreiten. Zu beachten ist in dem Zusammenhang, dass in vielen Fällen eine länger dauernde stationäre Entzugsbehandlung für die Patient*innen nicht in Betracht kommt. Da die initiale Verschreibung von Benzodiazepinen, die zu einer Abhängigkeitsentwicklung geführt hat, häufig auf eine klinisch relevante psychische Symptomatik zurückgeht, kommt einer zur ambulanten Entzugsbehandlung parallelen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung eine besondere Bedeutung zu. Eine Begrenzung auf zehn Sitzungen greift insoweit deutlich zu kurz und erlaubt keine hinreichend lange und intensive psychotherapeutische Behandlung, bis die Abstinenz tatsächlich erreicht ist. Die Abschätzung des mit zehn Sitzungen realisierbaren Behandlungszeitraums, wie in dem Entwurf der Tragenden Gründe des GKV-Spitzenverbands dargelegt, wird den tatsächli-

chen Erfordernissen in der Versorgung nicht gerecht. So werden die psychotherapeutischen Sprechstunden und die probatorischen Sitzungen u. a. für die Diagnostik, Indikationsstellung, Information und Aufklärung der Patient*in sowie die Behandlungsplanung, Prüfung der Therapiemotivation und der Passung zwischen Patient*in und Therapeut*in durchgeführt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Abstimmung mit der mitbehandelnden Ärzt*in, ehe mit der Entzugsbehandlung begonnen werden kann. Darüber hinaus kann für die initiale Behandlungsphase, in der die Entzugsbehandlung psychotherapeutisch begleitet wird, nicht die durchschnittliche Behandlungsfrequenz über alle Patientengruppen und Behandlungsphasen (inklusive des niederfrequenten Ausschleichens der psychotherapeutischen Behandlung zum Behandlungsende) zugrunde gelegt werden. Auch bei der Cannabisabhängigkeit ist vor dem Hintergrund geringerer körperlicher Entzugssymptome in vielen Fällen eine stationäre Entzugsbehandlung nicht indiziert. Bei einer substanzellen Gruppe dieser Patient*innen kann darüber hinaus eine vollständige Abstinenz nicht schon initial als primäres Therapieziel, sondern erst im Verlauf der Behandlung vereinbart werden.

Vorschlag des GKV-Spitzenverbands zur Beibehaltung der Abstinenzregel in § 27 Absatz 2 PT-RL und Einführung von Behandlungsphasen in die Indikationsbeschreibung^a

Die BPtK spricht sich gegen die vorgeschlagenen Regelungen des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) zu § 27 Absatz 2 PT-RL aus. Die Einführung von für alle Substanzklassen und Verhaltens- und psychische Störungen durch psychotrope Substanzen einheitliche Behandlungsphasen in die Definition der Indikation für die Anwendung von Psychotherapie ist nicht sachgerecht und trägt nicht zum Verständnis der normativen Regelungen bei. Vielmehr ergeben sich daraus weitere Engführungen. Insbesondere lehnt die BPtK den Vorschlag ab, für den Fall einer Abhängigkeitserkrankung, bei der noch nicht der Zustand der Suchtmittelfreiheit erreicht wurde, die Pflicht zum Erreichen der Abstinenz bis spätestens zur zehnten psychotherapeutischen Behandlungsstunde beizubehalten. Auch hinsichtlich der expliziten Ausschlussregelungen bei akuten Intoxikationen fehlt es an jeglicher fachlichen Erfordernis.

Begründung:

Der Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbands lässt drei empirische Sachverhalte unbeachtet: (1) Entsprechend dem aktuellen Forschungsstand kann ein kontrollierter bzw. reduzierter Konsum im Sinne eines *Harm Reduction*-Ansatzes neben einer Abstinenz ein individuell angemessenes, klinisch bedeutsames Therapieziel darstellen.^{16, 17, 18, 19, 20}

^a Die Stellungnahme erfolgt gemeinsam für beide im Beschlussentwurf aufgeführten Positionen des GKV-Spitzenverbands zu § 27 Absatz 2 PT-RL.

(2) Es existieren keine Studien, die für die Psychotherapie einen bestimmten Zeitraum ausweisen, bis zu dem eine Suchtmittelfreiheit zur Sicherung des Therapieerfolgs erreicht werden sollte. (3) Gemessen an ihrer Prävalenz in der Bevölkerung sind Abhängigkeitserkrankungen in der ambulanten Psychotherapie stark unterrepräsentiert und insgesamt unversorgt²¹, sodass Hürden beim Zugang zur Versorgung dringend abgebaut bzw. neue Hürden vermieden werden sollten.

Zu (1): Es entspricht nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft, für jede Patient*in mit einer Abhängigkeitserkrankung als Therapieziel die vollständige Abstinenz zu fordern und andernfalls den Leistungsanspruch für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung zu negieren. Für stark alkoholabhängige Personen, die (zurzeit) keinen vollständigen Verzicht auf Alkohol erreichen können, kann es gemäß nationaler wie internationaler Leitlinien im Sinne einer Schadensminimierung beispielsweise sinnvoll sein, den Konsum durch psychotherapeutische Maßnahmen zu reduzieren.^{22, 23, 24} Gleichermassen definiert die deutsche S3-Leitlinie zu Methamphetamin-bezogenen Störungen der AWMF eine Konsumreduktion als ein häufig vorrangiges Therapieziel, das je nach Bereitschaft und Verfügbarkeit mittels Verhaltenstherapie oder spezifischen Programmen zur Konsumreduktion oder Entwöhnung realisiert werden sollte.²⁵

Zu (2) und (3): Der Mangel an Studien und evidenzbasierten Empfehlungen, die ein bestimmtes Zeitfenster zur Erreichung einer Suchtmittelfreiheit nahelegen, um eine erfolgreiche Psychotherapie durchzuführen, erscheint besonders kritisch. Die bestehenden Regelungen zur Abstinenzpflicht in der PT-RL sind fachlich fragwürdig und stellen eine Diskriminierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen beim Zugang zu evidenzbasierten Behandlungen dar. Es ist nicht zu rechtfertigen, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen mit einer Zugangshürde zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung konfrontiert sind, wenn sie nicht eines von mehreren Therapiezielen erreichen können. Vergleichbare Hürden bestehen für Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen in dieser Form nicht. Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind nachweislich starker Stigmatisierung ausgesetzt²⁶, unter anderem auch im Gesundheitssystem bei der Suche nach Beratungs- und Behandlungsangeboten. Daher ist es umso wichtiger, dass bei der Versorgung dieser stigmatisierten und häufig schwer erkrankten Patientengruppe keine zusätzlichen Barrieren beim Zugang und bei der Durchführung einer leitliniengerechten Behandlung in Form der Abstinenzpflicht in der PT-RL geschaffen bzw. fortgeführt werden.

Die Notwendigkeit eines angemessenen Zugangs von Patient*innen mit Verhaltens- und psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen lässt sich auch nicht mit einem

Verweis auf ein breites Spektrum von Versorgungsangeboten im Suchthilfesystem relativieren. Die Argumentation des GKV-Spitzenverbands in den Tragenden Gründen (S. 5), dass die ambulante Psychotherapie gemäß einer Publikation der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) von 2019 nur einen kleinen Baustein im Suchthilfesystem darstellt und von daher im Rahmen der Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen nachrangig zu betrachten ist, kann hier in keiner Weise überzeugen. Die DHS stellt in der genannten Publikation lediglich den Ist-Zustand der Versorgung dar. In der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen wird dabei ausdrücklich dargelegt, dass es „Das“ Hilfesystem nicht gibt. Vielmehr finden sich jeweils spezifische Ausprägungen und Besonderheiten im Rahmen unterschiedlich ausgebauter regionaler Hilfesysteme (Regionalität). Daraus schlussfolgern die Leitlinienautoren, „dass eine differenzierte Betrachtung der Versorgungsorganisation zur Orientierung ein „Koordinatensystem“ voraussetzt, in dem Strukturen und Prozesse der Versorgung unter Berücksichtigung der regionalen Ausprägung systematisch dargestellt werden können. Hierbei sind hinsichtlich der Angebote vor Ort z. B. auch alters- und geschlechtsspezifische Ausdifferenzierungen des Hilfesystems zu beachten. So wird in der Leitlinie u. a. darauf hingewiesen, dass es insbesondere an geeigneten spezifischen Versorgungsangeboten für suchtkranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mangelt, nicht zuletzt auch im Bereich der stationären Entzugsbehandlung und der ambulanten wie stationären Entwöhnungsbehandlung. Auch die Fallzahlen der im Suchthilfesystem versorgten Patient*innen allein im Vergleich zur Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen im Erwachsenenalter zeigen, dass die bestehenden Kapazitäten des differenzierten Suchthilfesystems bei Weitem nicht ausreichen. So zieht die DHS in ihrem Positionspapier als Konsequenzen für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung der Versorgung vielmehr den Schluss, dass psychotherapeutische Praxen bei einer gestuften Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen in fast allen Ebenen einbezogen werden sollten.²⁷

4 Folgeänderungen zum Antragsverfahren

Vor dem Hintergrund der vorgesehenen Aufhebung der Regelungen zum Vorliegen bzw. Erreichen der Abstinenz bei Patient*innen mit Abhängigkeitserkrankungen sind als Folgeänderung auch die Regelungen des § 34 Absatz 1a PT-RL aufzuheben, die das Entfallen der Leistungspflicht vorsehen, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit entfallen, die Abstinenz tatsächlich nicht bis zum Ende von zehn Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation zum Nachweis der Abstinenz gemäß § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 2 und 3 nicht vorgelegt werden kann.

Die BPtK schlägt daher vor, den Beschlussentwurf wie folgt zu ergänzen:

II. § 34 Absatz 1a wird ersetztlos gestrichen.

5 Fazit

Zusammenfassend spricht sich die BPtK dafür aus, die Diagnose der Verhaltens- und psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen als primäre Indikation zur Anwendung der Psychotherapie unter § 27 Absatz 1 als Nummer 10 zu ergänzen und insbesondere unter Verweis auf das weitere leitliniengestützte Therapieziel des kontrollierten Gebrauchs die Regelungen zum Erreichen der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden in § 27 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL aufzuheben.

6 Quellen und Literatur

¹ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (2020). *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html> (Abgerufen am 21.11.2024)

² Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie [DG-Sucht] (2020). *S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – 1. Auflage. Version 01*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-025> (Abgerufen am 22.11.2024)

³ Batra, A., Kiefer, F., Andreas, S., Gohlke, H., Klein, M., Kotz, D., ... & Petersen, K. U. (2021). *S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung, Version 3.1*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-006> (Abgerufen am 19.11.2024)

⁴ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit [BMG], Bundesärzte-kammer [BÄK], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-kunde [DGPPN] (2016). *S3-Leitlinie Methamphetamine-bezogene Störungen – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1*. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/7bc5737466f97d2c581e3c943bb7c9a00f86cdf6/S3-LL-Methamphetamine_leitlinienreport.pdf (Abgerufen am 18.11.2024)

⁵ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (2020). *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html> (Abgerufen am 21.11.2024)

⁶ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit [BMG], Bundesärzte-kammer [BÄK], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-kunde [DGPPN] (2016). *S3-Leitlinie Methamphetamine-bezogene Störungen – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1*. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/7bc5737466f97d2c581e3c943bb7c9a00f86cdf6/S3-LL-Methamphetamine_leitlinienreport.pdf (Abgerufen am 18.11.2024)

⁷ GOV.UK (2023, October 16). *UK clinical guidelines for alcohol treatment: core elements of alcohol treatment*. <https://www.gov.uk/government/consultations/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment-core-elements-of-alcohol-treatment> (Abgerufen am 21.11.2024)

⁸ World Health Organization (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1> (Abgerufen am 19.11.2024)

⁹ Wood, E., Bright, J., Hsu, K., Goel, N., Ross, J. W., Hanson, A., ... & Rehm, J. (2023). Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. *CMAJ*, 195(40), E1364-E1379. <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/195/40/E1364.full.pdf> (Abgerufen am 21.11.2024)

¹⁰ World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1> (Abgerufen am 19.11.2024)

¹¹ Wood, E., Bright, J., Hsu, K., Goel, N., Ross, J. W., Hanson, A., ... & Rehm, J. (2023). Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. *CMAJ*, 195(40), E1364-E1379. <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/195/40/E1364.full.pdf> (Abgerufen am 21.11.2024)

¹² GOV.UK (2023, October 16). *UK clinical guidelines for alcohol treatment: core elements of alcohol treatment*. <https://www.gov.uk/government/consultations/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment-core-elements-of-alcohol-treatment> (Abgerufen am 21.11.2024)

¹³ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (2020). *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html> (Abgerufen am 21.11.2024)

¹⁴ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie [DG-Sucht] (2020). *S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – 1. Auflage. Version 01*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-025> (Abgerufen am 22.11.2024)

¹⁵ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit [BMG], Bundesärzte-kammer [BÄK], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-kunde [DGPPN] (2016). *S3-Leitlinie Methamphetamine-bezogene Störungen – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1*. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/7bc5737466f97d2c581e3c943bb7c9a00f86cdf6/S3-LL-Methamphetamine_leitlinienreport.pdf (Abgerufen am 18.11.2024)

-
- ¹⁶ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (2020). *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html> (Abgerufen am 21.11.2024)
- ¹⁷ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit [BMG], Bundesärzte-kammer [BÄK], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-kunde [DGPPN] (2016). *S3-Leitlinie Methamphetamine-bezogene Störungen – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1.* https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/7bc5737466f97d2c581e3c943bb7c9a00f86cdf6/S3-LL-Methamphetamine_leitlinienreport.pdf (Abgerufen am 18.11.2024)
- ¹⁸ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie [DG-Sucht] (2020). *S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – 1. Auflage. Version 01.* <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-025> (Abgerufen am 22.11.2024)
- ¹⁹ GOV.UK (2023, October 16). *UK clinical guidelines for alcohol treatment: core elements of alcohol treatment*. <https://www.gov.uk/government/consultations/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment-core-elements-of-alcohol-treatment> (Abgerufen am 21.11.2024)
- ²⁰ World Health Organization (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1> (Abgerufen am 19.11.2024)
- ²¹ Deutsche PsychotherapeutenVereinigung [DPtV] (2021). *Report Psychotherapie 2021*. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Re-port_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf (Zugriff am 22.11.2024).
- ²² Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (2020). *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html> (Abgerufen am 21.11.2024)
- ²³ GOV.UK (2023, October 16). *UK clinical guidelines for alcohol treatment: core elements of alcohol treatment*. <https://www.gov.uk/government/consultations/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment-core-elements-of-alcohol-treatment> (Abgerufen am 21.11.2024)
- ²⁴ World Health Organization (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1> (Abgerufen am 19.11.2024)
- ²⁵ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit [BMG], Bundesärzte-kammer [BÄK], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-kunde [DGPPN] (2016). *S3-Leitlinie Methamphetamine-bezogene Störungen – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1.* https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/7bc5737466f97d2c581e3c943bb7c9a00f86cdf6/S3-LL-Methamphetamine_leitlinienreport.pdf (Abgerufen am 18.11.2024)
- ²⁶ Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., ... & Rumpf, H. J. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Sucht*, 63(5), 253-259. https://eprints.lse.ac.uk/86580/1/Evans-Lacko_Stigma%20von%20Suchterkrankungen_2018.pdf (Abgerufen am 22.11.2024)
- ²⁷ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS] (2019). *Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland: Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven – Update 2019*; https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf (Abgerufen am 21.11.2024)

DGVM, Priv. Doz. Dr. Dr. Ricarda Nater-Mewes, Fakultät für Psychologie, Universität Wien, Renngasse 6 – 8, A – 1010 Wien, Österreich
Stand: 06.11.2024

**Stellungnahme zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie**

Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und -modifikation (DGVM)

12.11.2024

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV und/oder PatV zur Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
PatV	<p>Die DGVM begrüßt die vorgeschlagenen sehr zeitgemäßen Änderungsvorschläge. Wir unterstützt dabei die Position des PatV ohne Einschränkungen (d.h. Neuverortung der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ unter § 27 Absatz 1 und Erweiterung der Abstinenz-Vorgabe im Falle von Abhängigkeit um „kontrollierten Substanzgebrauch“), siehe unten.</p>

Beschlussentwurf

(Bitte füllen Sie im Folgenden nur die Tabellenzeilen zu denjenigen Positionen aus, zu denen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten)

I. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie wird wie folgt geändert:

GKV-SV	KBV	PatV
		<p>1. In Absatz 1 wird</p> <p>a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und</p> <p>b) folgende Nummer 10 angefügt:</p> <p>„10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung in diesem Indikationsbereich soll Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“</p>

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 1	PatV	Die DGVM unterstützt diese Position.	Die Evidenz für diese Position wird in dem Dokument zu den „Tragenden Gründen“ überzeugend dargelegt und stimmt auch mit unserer Einschätzung der Evidenz überein.

GKV-SV	KBV	PatV
	In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:	2. Absatz 2 wird wie folgt geändert: a) Nummer 1a wird aufgehoben b) Nummer 1b wird Nummer 1.
„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst		
, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit in der Postakutphase, d.h. bei bestehender Abstinenz. Die Postakutphase schließt sich an die Akutphase (Entzugsbehandlung) an und zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ab; sie wird auch als Entwöhnungsbehandlung bezeichnet.	. Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	KBV		
§ 27 Absatz 2	PatV	Die DGVM unterstützt diese Position.	Ergibt sich aus der Neuverortung der der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ unter § 27 Absatz 1.

GKV-SV	KBV	PatV
Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.		
Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.“		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV	Wir lehnen diese Position ab.	Diese Position erscheint uns in Anbetracht der vorliegenden Evidenz nicht mehr zeitgemäß

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			und dient nach unserer Einschätzung nicht dem Wohle der betroffenen Personen.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

--		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 17. Dezember 2024 statt.		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Wir nehmen nicht teil

Mit freundlichen Grüßen,

R. Nater. m.

Ricarda Nater-Mewes

– 1. Vorsitzender – PD Dr. Dr. R. Nater-Mewes Fakultät für Psychologie Universität Wien Renngasse 6 - 8 A – 1010 Wien	– 2. Vorsitzender – Prof. Dr. J. Laferton Professur für Medizinische Psychologie Olympischer Weg 1 D – 14471 Potsdam	– Beisitzerin – PD Dr. M. Nöhre Medizinische Hochschule Hannover, Psychosomatik Carl-Neuberg-Str. 1 D - 30625 Hannover	– Schriftführerin – Dr. S. Fischer University of Zurich Institut of Psychology Binzmühlestr. 14 / Box 26 CH – 8050 Zürich	– Schatzmeisterin – Prof. Dr. Andrea Kübler Universität Würzburg Institut für Psychologie Marcusstr. 9 - 11 D-97070 Würzburg
--	---	---	--	---

**Stellungnahme zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie**

Alle Passagen des BeschlusSENTwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.

25.11.2024

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV und/oder PatV zur Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
(KBV)	Die dg sps unterstützt die Änderungsvorschläge der KBV. Die derzeitige Regelung bzgl. verpflichtender AbstinenzNachweise nach maximal 10 Behandlungsstunden stellt eine Stigmatisierung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen dar, die sich gravierend von den Rahmenbedingungen bei der Behandlung anderer psychischer Störungen unterscheidet und die Bereitschaft ambulant tätiger Kolleginnen und Kollegen mindert, Menschen mit SKS zu behandeln. Aus gesundheitspolitischen Erwägungen heraus ist die derzeit gravierende Unterversorgung von Menschen mit SKS zu verbessern. Eine Möglichkeit dafür stellen auch Programme zum Kontrollierten Trinken (KT) dar. Sowohl epidemiologische als auch Behandlungsstudien zeigen, dass ein substantieller Teil der Betroffenen kontrollierten Substanzgebrauch erreicht und dass entsprechende Behandlungsangebote bezüglich ihrer Wirksamkeit mit abstinenzorientierten Angeboten vergleichbar sind (vgl. Stellungnahme des Dachverbandes der deutschen Suchtfachgesellschaften „Reduziertes Trinken und Schadensminderung bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen, Bischof, Lange, Rumpf, Preuss 2019).

* Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

Beschlussentwurf

(Bitte füllen Sie im Folgenden nur die Tabellenzeilen zu denjenigen Positionen aus, zu denen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten)

- I. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie wird wie folgt geändert:

GKV-SV	KBV	PatV
		<p>1. In Absatz 1 wird</p> <p>a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und</p> <p>b) folgende Nummer 10 angefügt:</p> <p>„10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung in diesem Indikationsbereich soll Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“</p>

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 1	PatV	Wir begrüßen die explizite Erweiterung der Indikationsstellung um den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen.	

GKV-SV	KBV	PatV
	In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:	2. Absatz 2 wird wie folgt geändert: a) Nummer 1a wird aufgehoben b) Nummer 1b wird Nummer 1.
„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst		
, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit in der Postakutphase, d.h. bei bestehender Abstinenz. Die Postakutphase schließt sich an die Akutphase (Entzugsbehandlung) an und zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ab; sie wird auch als Entwöhnungsbehandlung bezeichnet.	. Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV	Die dg sps lehnt den Vorschlag der GKV-SV ab.	Im Sinne einer Gleichbehandlung mit anderen psychischen Störungen sollte die Therapiefähigkeit und ggf. die Notwendigkeit spezifischer suchttherapeutischer Maßnahmen durch den/die Psychotherapeut:in im Rahmen einer klinischen Gesamtbetrachtung unter Berücksichtigung von Schweregrad, Motivation und Absprachefähigkeit vorgenommen werden.
§ 27 Absatz 2	KBV	Die dg sps begrüßt die Änderungsvorschläge der KBV	
§ 27 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV	PatV
Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.		
Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante		

Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.“		
--	--	--

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

Die Anhörung findet voraussichtlich am 17. Dezember 2024 statt.

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil, Einladung an gallus.bischof@uksh.de
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

**Stellungnahme zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie**

Alle Passagen des BeschlusSENTwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM e.V.)

03.12.2024

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV und/oder PatV zur Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
(z.B. GKV-SV)	
GKV-SV	Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) schließt sich der Position des GKV-SV an. Die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen schränkt eine angemessene Auseinandersetzung mit lebensbestimmenden Themen erheblich ein und gefährdet den Erfolg einer Psychotherapie. Des Weiteren stellt eine Verharmlosung der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen bei Erwachsenen und Jugendlichen eine Gefährdung der körperlichen und seelischen Gesundheit dar.

*** Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

Beschlussentwurf

(Bitte füllen Sie im Folgenden nur die Tabellenzeilen zu denjenigen Positionen aus, zu denen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten)

I. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie wird wie folgt geändert:

GKV-SV	KBV	PatV
		1. In Absatz 1 wird a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und b) folgende Nummer 10 angefügt: „10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich

		aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung in diesem Indikationsbereich soll Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“
--	--	--

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV	PatV
	In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:	2. Absatz 2 wird wie folgt geändert: a) Nummer 1a wird aufgehoben b) Nummer 1b wird Nummer 1.
„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst		
, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit in der Postakutphase, d.h. bei bestehender Abstinenz. Die Postakutphase schließt sich an die Akutphase (Entzugsbehandlung) an und zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ab; sie wird auch als Entwöhnungsbehandlung bezeichnet.	. Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV	Die DGPM unterstützt die Position des GKV-SV.	Abstinenz ist eine grundlegende Voraussetzung für den Erfolg einer Psychotherapie und zur Verhinderung

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			einer Chronifizierung der Suchterkrankung.
§ 27 Absatz 2	KBV	Ablehnung	Gefährdung der körperlichen und psychischen Gesundheit
§ 27 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Gefährdung der körperlichen und psychischen Gesundheit

GKV-SV	KBV	PatV
Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.		
Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.“		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV	aa.) Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel	Die DGPM schließt sich der Stellungnahme und dem Änderungsvorschlag des GKV-SV an.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		<p>zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen.</p> <p>Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.</p> <p>bb.)</p> <p><i>Kann Suchtmittelfreiheit trotz Entzugsbehandlungen nicht hergestellt werden, ist nach fachärztlicher Indikationsstellung eine Anwendung von Psychotherapie unter ärztlich begleitetem und kontrolliertem Substanzgebrauch zulässig.</i></p>	<p>Allerdings hält die DGPM eine psychotherapeutische Behandlung auch im Falle einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ausnahmsweise dann für zulässig, wenn die Psychotherapie auch unter Berücksichtigung einer körperlichen Abhängigkeit und der Eigendynamik der Substanzen aus fachärztlicher Sicht indiziert ist. Die Indikation ist fachärztlich zu stellen, wenn eine Abstinenz trotz <i>lege artis</i> durchgeführter Entzugsbehandlungen nicht erreicht werden kann. In diesen Fällen sollte eine Psychotherapie trotz Abhängigkeit unter ärztlich begleitetem und kontrolliertem Substanzgebrauch möglich sein.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM e.V.)

Die Anhörung findet voraussichtlich am 17. Dezember 2024 statt.

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Wir nehmen nicht teil.

**Stellungnahme zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie**

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

04.12.2024

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV und/oder PatV zur Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
	keine

*** Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

Beschlusseentwurf

(Bitte füllen Sie im Folgenden nur die Tabellenzeilen zu denjenigen Positionen aus, zu denen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten)

I. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie wird wie folgt geändert:

GKV-SV	KBV	PatV
		1. In Absatz 1 wird a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und b) folgende Nummer 10 angefügt: „10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung in diesem Indikationsbereich soll Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27	PatV	Ablehnung	Menschen mit

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1			psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen benötigen ein umfassendes Behandlungsangebot, welches immer auch ärztliche Expertise einschließen muss.

GKV-SV	KBV	PatV
In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:		2. Absatz 2 wird wie folgt geändert: a) Nummer 1a wird aufgehoben b) Nummer 1b wird Nummer 1.
„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst		
, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit in der Postakutphase, d.h. bei bestehender Abstinenz. Die Postakutphase schließt sich an die Akutphase (Entzugsbehandlung) an und zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ab; sie wird auch als Entwöhnungsbehandlung bezeichnet.	. Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Dieser Vorschlag beschreibt den Status Quo.
§ 27	KBV	Zustimmung	Dieser Vorschlag,

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 2		<p>Streichung von „oder Koffein“</p>	<p>unterstützt von der DGPPN, beschreibt einen moderaten Änderungsschritt, der mehr Patientinnen und Patienten in die psychotherapeutisch notwendige Versorgung bringt bzw. dort hält.</p> <p>Die Versorgung dieser Patientengruppe muss multiprofessionell insbesondere durch Einbezug eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen. Es muss dann ein abgestimmtes Behandlungssetting mit psychotherapeutischer UND psychiatrischer Versorgung sichergestellt werden. Eine zusätzliche suchtmedizinische Behandlung ist sinnvoll.</p> <p>Streichung von „Koffein“: ICD-11 und DSM-5 beschreiben Entzugs-Symptome, vor allem Kopfschmerzen beim Absetzen des Kaffeekonsum, aber kein Abhängigkeits-Syndrom.</p>
§ 27 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Siehe zu § 27 Abs 1

GKV-SV	KBV	PatV
Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die		

<p>Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.</p>		
<p>Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.“</p>		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	<p>Die DGPPN befürwortet eine Flexibilisierung der Möglichkeit psychotherapeutische Versorgung auch bei Suchterkrankungen zu ermöglichen. Die Festlegung des Erreichens der Abstinenz auf die 10. Behandlungsstunde ist dabei nicht hilfreich und in vielen Fällen zu starr bemessen.</p> <p>PatientInnen müssen auch vollumfänglich Unterstützung finden, wenn sie den Suchtmittelgebrauch reduzieren oder krankheitsbedingt ein hohes Rezidivrisiko besteht.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Die Anhörung findet voraussichtlich am 17. Dezember 2024 statt.

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

**Stellungnahme zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie**

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) e.V.

4.12.2024

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV und/oder PatV zur Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
DG-Sucht	<i>Wir unterstützen die Position der PatV. Eine Indikation für Psychotherapie ist auch bei Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gegeben. Die Ungleichbehandlung der substanzbezogenen Störungen und anderen psychischen Störungen sehen wir als strukturelle Stigmatisierung der Suchterkrankungen an.</i>
	<i>Die Stellungnahme basiert auf einem positiven Votum von 7/8 Stimmen im Vorstand der DG-Sucht.</i>

* Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

Beschlusseentwurf

(Bitte füllen Sie im Folgenden nur die Tabellenzeilen zu denjenigen Positionen aus, zu denen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten)

I. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie wird wie folgt geändert:

GKV-SV	KBV	PatV
		<ol style="list-style-type: none">1. In Absatz 1 wird<ol style="list-style-type: none">a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt undb) folgende Nummer 10 angefügt: „10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung in diesem Indikationsbereich soll Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 1	PatV	Der Ergänzung stimmen wir zu.	

GKV-SV	KBV	PatV
	In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:	2. Absatz 2 wird wie folgt geändert: a) Nummer 1a wird aufgehoben b) Nummer 1b wird Nummer 1.
„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst		
, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit in der Postakutphase, d.h. bei bestehender Abstinenz. Die Postakutphase schließt sich an die Akutphase (Entzugsbehandlung) an und zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ab; sie wird auch als Entwöhnungsbehandlung bezeichnet.	. Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV		
§ 27 Absatz 2	KBV		
§ 27 Absatz 2	PatV	Dem Streichen von §27 Absatz 2 stimmen wir zu.	Die Therapieziele sind im PatV-Vorschlag bereits in

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			§27 Absatz 1 aufgegriffen.

GKV-SV	KBV	PatV
Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.		
Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.“		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV	§ 27 Absatz 2 der GKV-SV lehnen wir ab.	Eine Begründung für die stigmatisierende Ungleichbehandlung von Suchtpatienten gegenüber anderen rezidivierenden chronischen psychischen Erkrankungen ist nicht gegeben.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

Die Anhörung findet voraussichtlich am 17. Dezember 2024 statt.

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

**Stellungnahme zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie**

Alle Passagen des BeschlusSENTwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VAKJP)

04.12.2024

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV und/oder PatV zur Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
(z.B. GKV-SV)	s. beigefügte Stellungnahme

* Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

BeschlusSENTwurf

(Bitte füllen Sie im Folgenden nur die Tabellenzeilen zu denjenigen Positionen aus, zu denen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten)

I. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie wird wie folgt geändert:

GKV-SV	KBV	PatV
		<p>1. In Absatz 1 wird</p> <p>a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und</p> <p>b) folgende Nummer 10 angefügt:</p> <p>„10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung in diesem Indikationsbereich soll Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“</p>

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV	PatV
	In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:	2. Absatz 2 wird wie folgt geändert: a) Nummer 1a wird aufgehoben b) Nummer 1b wird Nummer 1.
„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst		
, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit in der Postakutphase, d.h. bei bestehender Abstinenz. Die Postakutphase schließt sich an die Akutphase (Entzugsbehandlung) an und zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ab; sie wird auch als Entwöhnungsbehandlung bezeichnet.	. Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV		
§ 27 Absatz 2	KBV		
§ 27 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV	PatV
Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.		
Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzegebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.“		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VAKJP)

Die Anhörung findet voraussichtlich am 17. Dezember 2024 statt.

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir möchten teilnehmen
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	



Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Deutschland e.V. gegr. 1953

VAKJP e.V. · Helmholtzstr. 13 / 14 · D - 10587 Berlin

nur per Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. M-VL
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Ort Datum Unser Zeichen / Ihre Mitgliedsnummer
Berlin 04.12.2024

Stellungnahme zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, Stellung zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zu nehmen.

Die Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VAKJP) begrüßt die Veränderung der Psychotherapierichtlinie.

Wir finden es angemessen, in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit und die Abhängigkeitsstrukturen nicht mehr zwischen legalen und illegalen Drogen zu unterscheiden und Abstinenz nicht mehr als zwingende Therapievoraussetzung zu definieren

Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen haben wir immer wieder mit Jugendlichen zu tun, die z.B. Erfahrungen mit dem Konsum von Alkohol- und Cannabis machen. Unter 16 bzw. unter 18 Jahren sind diese Erfahrungen nicht legal, aber oft sehr bedeutsam: Der Konsum kann z.B. im Rahmen einer begrenzten experimentellen Grenzerfahrungen stattfinden und damit „normal“ für diese Entwicklungsphase sein. Der Konsum kann aber auch als eine Art maligner „Selbstmedikation“ verstanden werden oder im Kontext eines Gruppenzugehörigkeitswunsches, mit Suchtverhalten als Folge. Für die Jugendlichen ist es wichtig, dass sie über ihre Erfahrungen in einem neutralen Rahmen sprechen dürfen, ohne dass gleich ein Therapieabbruch oder eine stationäre Maßnahme droht. Von erwachsenen Bezugspersonen erleben sie außerhalb der Therapie ggf. überkontrollierende, dramatisierende Reaktionen, während die peer-group den Konsum qgf. bagatellisiert oder sogar glorifiziert.

Vorsitzende
Bettina Meisel
Dorfstr. 26
40667 Meerbusch
Telefon 0 21 32 / 35 22
Telefax 0 21 32 / 13 83 18
Meisel@VAKJP.de

Stellvertretende Vorsitzende
Tanja Maria Müller
Eschweger Str. 12
60389 Frankfurt / M
Telefon 0 69 / 28 60 63 50
mueller@vakjp.de

Bundesgeschäftsstelle
Helmholtzstr. 13 / 14
10587 Berlin
Telefon 0 30 / 39 88 14 14
Telefax 0 30 / 39 88 14 16
Geschaeftsstelle@VAKJP.de

Geschäftszeiten
Montag - Freitag
9.00 - 13.00 Uhr

Bankverbindung
Postbank Karlsruhe
IBAN DE85660100750022027758
BIC PBNKDEFF

www.VAKJP.de

In der Psychotherapie besteht die Möglichkeit, das eigene Verhalten mit Distanz zu betrachten und zu verstehen. Konsequenzen können in diesem neutralen Rahmen „nüchtern“ betrachtet und emotionale Aspekte herausgearbeitet werden. Gerade in der kritischen Entwicklungsphase der Pubertät, in der Transition vom Kind zum Erwachsenen ist es wichtig, zu verstehen, welche Bedeutung und welches Bedrohungspotential der Konsum von psychotropen Substanzen für den/die Jugendliche haben, um dadurch andere und gesündere Bewältigungsmechanismen zu entwickeln, sich zukünftig abstinenz oder zumindest einen kontrollierten Umgang entwickeln zu können. Ob die psychischen oder Verhaltensstörungen primär durch die Suchtmittel induziert wurden oder die psychischen und Verhaltensstörungen zu einem Substanzmissbrauch als „Selbstmedikation“ oder malignen Problemlösungsstrategien geführt haben, bestimmt das psychotherapeutische Vorgehen. Es sollte der fachlichen Entscheidung der verantwortlichen Psychotherapeut:innen überlassen sein, zu entscheiden, ob z.B. ein Entzug Voraussetzung für die Aufnahme oder Weiterführung der Therapie ist und welche Bedingungen zu welchem Zeitpunkt innerhalb der Therapie bzgl. des Konsums festgelegt werden, um einen Therapieerfolg zu ermöglichen. Durch das Wissen um den psychodynamischen Kontext des Abusus können Psychotherapeut:innen der Entwicklung des/der Patient:in entsprechend angemessen fachlich vorgehen.

Die VAKJP schließt sich den Formulierungsvorschlägen der KBV an.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

The image shows two handwritten signatures. The signature on the left is a stylized, cursive 'B' and 'M'. The signature on the right is 'Tanja Müller' in a cursive script.

Bettina Meisel

Tanja Maria Müller

(Vorstand der Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie e.V.)

**Stellungnahme zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie**

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

**Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie –
Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e. V.**

03.12.2024

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV und/oder PatV zur Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
(z.B. GKV-SV)	

* Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

Beschlusseentwurf

(Bitte füllen Sie im Folgenden nur die Tabellenzeilen zu denjenigen Positionen aus, zu denen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten)

I. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie wird wie folgt geändert:

GKV-SV	KBV	PatV
		<p>1. In Absatz 1 wird</p> <p>a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und</p> <p>b) folgende Nummer 10 angefügt:</p> <p>„10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung in diesem Indikationsbereich soll Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“</p>

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 1	PatV	a) Die Änderung in Absatz 1 wird befürwortet.	<p>a) Psychische und Verhaltensstörungen aufgrund psychotroper Substanzen sollen regulär zum Indikationsbereich einer Psychotherapie (PT) gehören, denn es handelt sich um psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Krankheiten. PT ist nicht nur „neben oder nach“ einer somatischen Akutbehandlung anzuwenden, sondern auch zur Motivationsförderung und Aufrechterhaltung von Therapiezielen sowie zur Behandlung weiterer komorbider Störungen (z.B. Depressionen, Ängste usw., vgl. S3-Leitlinie Behandlung alkoholbezogener Störungen, 2022, S. 135ff).</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer geht in ihrer Stellungnahme zum Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis (CanG) vom 19.10.2023 ausdrücklich darauf ein: „Aus Sicht der BPtK sollte die ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen ohne Einschränkungen ermöglicht werden... Das Abstinenzgebot bis zur zehnten Sitzung ist für viele Patient*innen nicht erreichbar, es ist fachlich überholt und führt dazu, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen keine Behandlung beginnen... Es kann auch ein kontrollierter niedriger Gebrauch angestrebt werden... Die BPtK fordert daher, dass das Abstinenzgebot in § 27, Absatz 2 Nr. 1a Psychotherapie-Richtlinie aufgehoben wird“.</p>

GKV-SV	KBV	PatV
	In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:	2. Absatz 2 wird wie folgt geändert: a) Nummer 1a wird aufgehoben b) Nummer 1b wird Nummer 1.
	„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst	
, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit in der Postakutphase, d.h. bei bestehender Abstinenz. Die Postakutphase schließt sich an die Akutphase (Entzugsbehandlung) an und zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ab; sie wird auch als Entwöhnungsbehandlung bezeichnet.	. Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV	<p>a) Die vom GKV-SV vorgeschlagene Verortung unter § 27 Abs. 2 wird abgelehnt.</p> <p>b) Die vom GKV-SV formulierte Beschränkung von Richtlinienpsychotherapie auf die Postakutphase und ausschließlich im Zusammenhang mit Abstinenz wird nicht befürwortet.</p>	a) + b) siehe Begründung zu § 27 Abs. 1/PatV

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	KBV	<p>a) Die von der KBV vorgeschlagene Verortung unter § 27 Abs. 2 wird abgelehnt.</p> <p>b) Das von der KBV als Alternative zur Abstinenz formulierte Therapieziel des kontrollierten Substanzgebrauchs wird befürwortet.</p>	<p>a) siehe Begründung zu § 27 Abs. 1/PatV</p> <p>b) Abhängigkeitserkrankungen können einen so ausgeprägten Schweregrad annehmen, dass im Einzelfall eine Abstinenz (noch) nicht möglich ist. In diesem Falle stellt ein kontrollierter Substanzgebrauch ein eigenständiges Therapieziel dar, da es Schaden minimiert, Teilhabe verbessert und Erfahrungen von Kontrolle ermöglicht. Als Beispiel verweisen wir auf die S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. Hier wird empfohlen, dass die Therapieziele individuell und partizipativ erarbeitet werden (vgl. auch NICE, 2010, 2011; Hoch & Preuss, 2024).</p> <p>Auch die S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen (2022) zeigt auf, dass die Behandlung von Substanzkonsumstörungen abhängig vom Schweregrad und von den individuellen Umständen der Betroffenen ist.</p> <p>Beispielsweise erfordert der Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen in der Schwangerschaft schnelle psychotherapeutische Intervention mit dem Ziel der Abstinenz, die allerdings nicht immer sofort erreicht werden kann. Auch in anderen Fällen sind im Hinblick auf das Ziel Abstinenz</p>

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			<p>psychotherapeutisch begleitete Zwischenschritte zur Zielerreichung sinnvoll.</p> <p>Wie die Übersichtsarbeiten von Bischof (2019, 2024) und Hessler (2021) ausweisen, haben sich verhaltenstherapeutische Interventionen (KVT) auch in Kombination mit Behavioral Self-Control-Trainings bewährt (z.B. UKATT, 2001).</p>
§ 27 Absatz 2	PatV	Die von der PatV vorgeschlagene Änderung von Abs. 2 (Nr. 1a + b) wird befürwortet.	a) siehe Begründung zu § 27 Abs. 1/PatV

GKV-SV	KBV	PatV
Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.		
Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.“		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 27 Absatz 2	GKV-SV	<p>a) Die Beschränkung der Richtlinienpsychotherapie auf das Erreichen von Abstinenz innerhalb von max. 10 Behandlungsstunden wird abgelehnt.</p> <p>b) Die Notwendigkeit der Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung wird abgelehnt.</p> <p>c) Die Nicht-Zulässigkeit der Durchführung von probatorischen Sitzungen/Akutbehandlung/RL-PT bei akuter Intoxikation wird abgelehnt.</p>	<p>a) siehe Begründung zu § 27 Abs. 1/PatV</p> <p>b) Psychotherapeut*innen sind aufgrund ihrer Ausbildung befähigt Abhängigkeitserkrankungen zu behandeln und nach ihrem fachlichen Ermessen ein somatisches Konsil einzuholen, falls dieses jenseits des Konsiliarverfahrens notwendig ist. Eine <u>zwingende</u> somatische Mitbehandlung entspricht nicht den Empfehlungen einer individuellen Behandlungsplanung (z.B. S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen).</p> <p>Die ärztliche Bescheinigung der Abstinenz kann für Betroffene die Schwelle zum Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung erhöhen und als Bevormundung erlebt werden. Die Angst vor einer Therapiebeendigung bei Rückfall kann zur Verheimlichung von Rückfällen führen.</p> <p>c) Die Entscheidung über die Durchführbarkeit der Sitzung bei akuter Intoxikation sollte bei dem/der Psychotherapeut*in liegen und nicht generell ausgeschlossen werden. Denn beispielsweise sind Patient*innen, die zur Behandlung einer schweren Schmerzerkrankung kontinuierlich</p>

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			<p>verschreibungspflichtige Opiate einnehmen, in diesem Zustand durchaus in der Lage, einer psychotherapeutischen Sitzung zu folgen und von dieser zu profitieren. Ein/e schwer alkoholisierte/r Patient*in bspw. ist dagegen nicht fähig, sich auf eine therapeutische Sitzung zu konzentrieren. Diese Einschätzung sollte jedoch im fachlichen Ermessen des/der Behandler*in liegen.</p>

Literatur

Bischof, G., Lange, N., Rumpf, H-J., Preuss, U. (2019): Stellungnahme Dachgesellschaft Sucht: Reduziertes Trinken und Schadensminderung bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen. Sucht, 65, 115-134.

Bischof, G. (2024): Debatte zu kontrolliertem Trinken: Was wir über kontrolliertes und reduziertes Trinken wissen und was nicht. Suchttherapie, 25, 136-141.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2023). Stellungnahme zum Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften. [Zugriff: 26.11.2024]. URL: https://api.bptk.de/uploads/STN_B_Pt_K_Kab_E_Can_G_d86bb1eaa2.pdf

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016). Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Methamphetamin-bezogene Störungen; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 038-024. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). [Zugriff: 25.11.2024]. URL: <https://www.aezq.de/medien/pdf/publikationen/archiv/s3-ll-methamphetamin-bezogene-stoerungen-lang.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie and Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2020). Medikamentenbezogene Störungen; S3-Leitlinie, Langversion 1.1 [online]. AWMF-Registernummer 038-025. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); [Zugriff: 25.11.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-025I_S3_Medikamentenbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf

Henssler J, Müller M, Carreira H, Bschor T, Heinz A, Baethge C. (2021). Controlled drinking-non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116(8): 1973-1987. doi: 10.1111/add.15329. Epub 2020 Dec 14. PMID: 33188563.

Hoch, E. Preuss, U. (2024): Cannabis. Konsum, Gefahr, Mythen, Nutzen. LMV, München.

Kiefer, F., Hoffmann, S., Petersen, K.U., Batra, A. (Hrsg) (2022): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Springer, Berlin.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence (2010): Alcohol-use disorders: Preventing the development of hazardous and harmful drinking – public health guidance (PH 24). National Institute for Health and Care Excellence, London.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence (2011): Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>

United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT) (2001): Hypothesis, design and methods. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 11-21.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 17. Dezember 2024 statt.		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

I. Übersicht Stellungnehmer

Lfd. Nr.	Organisation	Abkürzung	SN eingegangen am
01	Bundesärztekammer	BÄK	04.12.2024
02	Bundespsychotherapeutenkammer	BPtK	04.12.2024
03	Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V.	DGVM	13.11.2024
04	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.	dg sps	28.11.2024
05	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie(DGPM e.V.)	DGPM	04.12.2024
06	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	DGPPN	04.12.2024
07	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) e.V.	DG-Sucht	04.12.2024
08	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	VAKJP	04.12.2024
09	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie –Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e. V.	DGVT-BV	04.12.2024

II. Allgemeine Anmerkungen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	KBV	<p>Hintergrund:</p> <p>Der Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 06.11.2024 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V i. V. m. § 11 des 1. Kapitels der Verfahrensordnung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu der vorgesehenen Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) gegeben.</p> <p>Durch den Beschlussentwurf sollen die Vorgaben zur Abstinenz bzw. zur Suchtmittelfreiheit gemäß § 27 Absatz 2 PT-RL angepasst werden. In der derzeit geltenden PT-RL wird Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit als Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung verstanden, von der nur abgewichen werden kann, wenn diese innerhalb von zehn Sitzungen erreicht wird. Durch die vorgesehenen Änderungen soll das Erreichen der Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit prinzipiell als Vorgabe erhalten bleiben. Es bestehen jedoch abweichende Positionen in einzelnen Punkten, z. B. in der Verortung der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ und in der Erweiterung der Abstinenz-Vorgabe im Falle einer Abhängigkeit um „kontrollierten Substanzgebrauch“.</p> <p>Zudem soll die Verknüpfung des Anwendungsbereichs Abhängigkeitserkrankungen zur gesetzlichen Festlegung zur Illegalität bzw. Legalität von Drogen aufgehoben werden. Die Notwendigkeit ergab sich durch die Teillegalisierung von</p>	<p>GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. Die Bundesärztekammer führt in ihrer Stellungnahme aus, dass bspw. die Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen in fast jedem Stadium der Behandlung psychotherapeutische Interventionen wichtig und erfolgsversprechend sind. Die Empfehlungen der berücksichtigten Leitlinien sind jedoch sehr unterschiedlich, da sich diese auf verschiedene Suchtmittel beziehen. So sieht bspw. die Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen explizit keine Richtlinienpsychotherapie in der Entzugsphase vor, sondern psychotherapeutische Interventionen. Psychotherapeutische Interventionen sind dabei allerdings nicht gleichzusetzen mit einer Richtlinienpsychotherapie.</p> <p>KBV: Zustimmende Kenntnisnahme.</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
			<p>Cannabis.</p> <p>Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschluss wie folgt Stellung:</p> <p>Die Bundesärztekammer befürwortet die weitere Flexibilisierung der Indikation der Psychotherapie-Richtlinie in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen. Die hohe Wirksamkeit für bestimmte psychotherapeutische Interventionen bei Suchterkrankungen ist belegt¹. Abstinenz als Voraussetzung für den Einsatz von psychotherapeutischen Interventionen wird jedoch, wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, von keiner der berücksichtigten AWMF-S3-Leitlinien zu Screening, Diagnostik, Behandlung von verschiedenen Suchterkrankungen empfohlen. Vielmehr wird festgehalten, dass beispielsweise bezogen auf alkoholbezogene Störungen in fast jedem Stadium einer Abhängigkeit psychotherapeutische Interventionen wichtig und erfolgversprechend sind², insbesondere auch psychotherapeutische Methoden zur Förderung der Motivation. Dass übergeordnet weiterhin die Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz auch durch die psychotherapeutische Intervention angestrebt werden soll, ist nach Ansicht der Bundesärztekammer gerechtfertigt. Sollte die Erreichung der Abstinenz nicht möglich sein, so kann eine Reduktion des Konsums im Sinne einer Schadensminimierung gemäß den Leitlinien angestrebt werden. Zeitliche Vorgaben für das Erreichen dieser Therapieziele werden durch die Leitlinien nicht formuliert.</p> <p>Wird die Suchtmittelfreiheit jedoch frühzeitig erreicht, ist dies für eine psychotherapeutische Behandlung förderlich, da</p>	

Lfd. Nr.	Institu- tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
			<p>konsumierte Substanzen durch Einflüsse auf Kognition und Verhalten den Fortgang einer Psychotherapie hindern können. Dem in der PT-RL vorgesehenen Konsiliarverfahren sowie dem Antrags- und Gutachterverfahren kommen im Sinne der Qualitätssicherung im Hinblick auf eine Überprüfung der Therapieziele, auch bezüglich Suchtmittelfreiheit oder kontrolliertem Substanzgebrauch, Bedeutung zu. Dies betrifft insbesondere § 27 Absatz 3 PT-RL zur Zulässigkeit einer Psychotherapie im Hinblick auf z. B. die Motivationslage des Patienten sowie das Kooperationsgebot.</p> <p>Die Behandlung von substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen benötigt jedoch in vielen Fällen eine multiprofessionelle Betreuung, in der die somatische ärztliche Behandlung eine zentrale Bedeutung hat. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen können in vielen Fällen mit körperlichen Komplikationen und Komorbiditäten einhergehen. Je nach Substanz ist eine Pharmakotherapie sowohl in der akuten Entzugstherapie als auch in der Postakutbehandlung indiziert. Auch im Bereich der Medikamentenabhängigkeit gibt es Konstellationen, in denen ein langsames Ausschleichen der Substanz unter ärztlicher Überwachung notwendig ist³.</p> <p>Die Bundesärztekammer spricht sich entsprechend der ausgeführten Überlegungen für die Änderungen der PT-RL gemäß der Position der KBV aus. Diese sieht vor, dass für die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach wie vor das Kooperationsgebot</p>	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
			gelten soll und die psychotherapeutische Behandlung weiterhin unter § 27 Absatz 2 verortet ist. Das Therapieziel soll flexibilisiert werden, eine Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch soll angestrebt werden. Eine zeitliche Vorgabe, in wie vielen Sitzungen diese Ziele erreicht werden sollen, wird nicht mehr vorgegeben.	
02	BPtK	PatV	<p>Allgemeine Bewertung</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass der Gemeinsame Bundes-ausschuss (G-BA) ergänzend zum übersandten Positionspapier der BPtK „Ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen“ das Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) zum 1. April 2024 zum Anlass genommen hat, die Vorgaben zum Anwendungsbereich der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in § 27 Absatz 2 Nr. 1a der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) zu überprüfen.</p> <p>Die derzeit bestehende Differenzierung des Leistungsanspruchs auf eine ambulante Psychotherapie bei Patient*innen mit einem schädlichen Gebrauch oder einem Abhängigkeitssyndrom (F1x.1 bzw. F1x.2 nach ICD-10) in Abhängigkeit davon, ob es sich bei der konsumierten Droge, die zu psychischen und Verhaltensstörungen führt, um eine legale oder illegale Substanz handelt oder ggf. als Medikament verfügbar ist, ist nicht sachgerecht. Darauf hatte die BPtK auch im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Beschluss des G-BA zur „Klarstellung § 22 Absatz 2 Nummer 1a und redaktionelle Änderung in § 24 Absatz 3 Satz 3“ vom 15. Oktober 2015</p>	<p>GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. Den Ausführungen der BPtK kann nicht gefolgt werden. In den einschlägigen Leitlinien zur Behandlung substanzbezogener Störungen werden psychotherapeutische Interventionen im Rahmen einer multiprofessionellen Komplexbehandlung empfohlen; psychotherapeutische Interventionen sind dabei jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Richtlinienpsychotherapie. Eine somatisch-ärztliche Mitbehandlung ist bspw. insbesondere bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs (F1x.1 nach ICD-10) unerlässlich, da diese eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten (z.B. Hepatitis) erfordert.</p> <p>Hinsichtlich des Therapieziels des kontrollierten Gebrauchs ist festzustellen, dass in sämtlichen Leitlinien eindeutig ausgeführt wird, dass Abstinenz das primäre Therapieziel bleibt und Konsumreduktion zur Schadensminimierung nur</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
			<p>hingewiesen. Auch internationale diagnostische Klassifikationssysteme, wie die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10 GM 2024 bzw. künftig ICD-11) oder das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), verzichten auf Differenzierungen nach dem rechtlichen Status psychotroper Substanzen als illegale Droge, legale Droge oder gar als zugelassenes Medikament, der sich zwischen den verschiedenen Ländern erheblich unterscheiden kann.</p> <p>Die im Beschlussentwurf vorgeschlagene Aufhebung dieser Differenzierung nach dem aktuellen rechtlichen Status der jeweiligen psychotropen Substanz ist daher aus Sicht der BPtK unter anderem mit Blick auf sich verändernde gesetzliche Regelungen bei den sogenannten Legal Highs sowie im Kontext der Legalisierung des Konsums von Cannabis bei Erwachsenen geboten, um einen vergleichbaren Zugang der verschiedenen Patientengruppen mit schädlichem oder abhängigem Gebrauch psychotroper Substanzen zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen.</p> <p>Darüber hinaus begrüßt die BPtK die Regelungsvorschläge, mit denen die engführenden Vorgaben zur Erreichung von Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz in § 22 Absatz 2 Nr. 1a der Psychotherapie-Richtlinie im Sinne einer leitliengerechten Versorgung flexibilisiert werden sollen. Dabei ist es insbesondere bedeutsam, dass den verschiedenen Patientengruppen mit abhängigem Gebrauch psychotroper Substanzen entsprechend den Besonderheiten der</p>	<p>in bestimmten Fällen, z.B. bei besonders schwerer Abhängigkeit Therapieziel sein kann. Hier stellt sich die Frage, ob es in solchen Fällen fachlich und ethisch vertretbar ist, Patienten im Setting der ambulanten Richtlinienpsychotherapie zu behandeln, oder ob in solchen Fällen besonders schwerer Abhängigkeit nicht ein anderes Setting geeigneter erscheint.</p> <p>KBV: Teilweise zustimmende Kenntnisnahme mit Ausnahme der Vorschläge, die Verhaltens- und psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen unter § 27 Abs. 1 zu verorten und auf eine Nennung der Therapieziele in der Psychotherapie-Richtlinie zu verzichten. Vergleiche lfd. Nr. 5 und lfd. Nr. 2.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
			<p>konsumierten psychotropen Substanz und den zunächst erreichbaren Therapiezielen, die im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung mit der Patient*in vereinbart werden, der Zugang zu einer leitliniengerechten Versorgung ermöglicht wird.</p> <p>...</p> <p>Fazit</p> <p>Zusammenfassend spricht sich die BPtK dafür aus, die Diagnose der Verhaltens- und psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen als primäre Indikation zur Anwendung der Psychotherapie unter § 27 Absatz 1 als Nummer 10 zu ergänzen und insbesondere unter Verweis auf das weitere leitliniengestützte Therapieziel des kontrollierten Gebrauchs die Regelungen zum Erreichen der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden in § 27 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL aufzuheben.</p>	
03	DGVM	PatV	<p>Die DGVM begrüßt die vorgeschlagenen sehr zeitgemäßen Änderungsvorschläge. Wir unterstützt dabei die Position des PatV ohne Einschränkungen (d.h. Neuverortung der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ unter § 27 Absatz 1 und Erweiterung der Abstinenz-Vorgabe im Falle von Abhängigkeit um „kontrollierten Substanzgebrauch“), siehe unten.</p>	<p>GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme</p> <p>KBV: vergleiche lfd. Nr. 2 auf Seite 23</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank</p>
04	dg sps	(KBV)	<p>Die dg sps unterstützt die Änderungsvorschläge der KBV. Die derzeitige Regelung bzgl. verpflichtender Abstinentznachweise nach maximal 10 Behandlungsstunden stellt eine Stigmatisierung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen dar, die sich</p>	<p>GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. Den Ausführungen kann nicht gefolgt werden. Der Vorwurf einer Stigmatisierung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen ist unzutreffend.</p>

Lfd. Nr.	Institu-tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
			<p>gravierend von den Rahmenbedingungen bei der Behandlung anderer psychischer Störungen unterscheidet und die Bereitschaft ambulant tätiger Kolleginnen und Kollegen mindert, Menschen mit SKS zu behandeln. Aus gesundheitspolitischen Erwägungen heraus ist die derzeit gravierende Unterversorgung von Menschen mit SKS zu verbessern. Eine Möglichkeit dafür stellen auch Programme zum Kontrollierten Trinken (KT) dar. Sowohl epidemiologische als auch Behandlungsstudien zeigen, dass ein substantieller Teil der Betroffenen kontrollierten Substanzgebrauch erreicht und dass entsprechende Behandlungsangebote bezüglich ihrer Wirksamkeit mit abstinenzorientierten Angeboten vergleichbar sind (vgl. Stellungnahme des Dachverbandes der deutschen Suchtfachgesellschaften „Reduziertes Trinken und Schadensminderung bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen, Bischof, Lange, Rumpf, Preuss 2019).“</p>	<p>Für Menschen mit Suchterkrankungen existiert in Deutschland ein umfassendes Suchthilfesystem mit verschiedenen Hilfsangeboten im und außerhalb des SGB V, das es in dieser Form für andere psychische Erkrankungen nicht gibt. Eine Stigmatisierung oder Diskriminierung von Personen mit Substanzkonsumstörungen ist insbesondere aus der Abstinenzregel nicht abzuleiten, denn sie schließt eine Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen gerade nicht aus, vielmehr wird durch diese Regelung eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der ambulanten Richtlinienpsychotherapie ermöglicht, auch dann, wenn Patientinnen und Patienten noch keine Abstinenz erreicht haben.</p> <p>Eine feststehende Grenze für schädlichen bzw. unschädlichen Alkoholkonsum existiert nicht. Es liegen zwar verschiedene Definitionen von Konsummengen vor, die ein verminderter Gesundheitsrisiko bedeuten, Einigkeit hierüber besteht jedoch nicht. Die Studien in der zitierten Publikation untersuchten geringe Trinkmengen, so dass auch im Rahmen des „Kontrollierten Trinkens“ davon auszugehen ist, dass enge Vorgaben für Konsummenge und -frequenz</p>

Lfd. Nr.	Institu-tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
				<p>erfolgen und keinesfalls eine willkürliche Menge festgelegt werden kann.</p> <p>KBV: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank. Auch die PatV Position umfasst eine entsprechende Änderung der Regelung zur Abstinenzvorgabe.</p>
05	DGPM	GKV-SV	<p>Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) schließt sich der Position des GKV-SV an. Die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen schränkt eine angemessene Auseinandersetzung mit lebensbestimmenden Themen erheblich ein und gefährdet den Erfolg einer Psychotherapie. Des Weiteren stellt eine Verharmlosung der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen bei Erwachsenen und Jugendlichen eine Gefährdung der körperlichen und seelischen Gesundheit dar.</p>	<p>GKV Spitzenverband: Kenntnisnahme</p> <p>KBV: Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmerin wird nicht gefolgt. Die Änderungsvorschläge der KBV berücksichtigen durch die explizite Aufnahme von Therapiezielen (Abstinenz, kontrollierter Gebrauch) in Verbindung mit dem Kooperationsgebot bereits mögliche Einschränkungen auf die psychotherapeutische Behandlung.</p> <p>PatV: Eine Flexibilisierung der Therapieziele stellt keine Verharmlosung von Abhängigkeitserkrankungen dar. Vielmehr trägt sie der individuellen Lebensrealität der Betroffenen Rechnung. Starre Abstinenzforderung können zu Überforderung und Therapieabbrüchen führen, während flexible Ansätze Patienten im therapeutischen Prozess halten und stabilisieren.</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
07	DG-Sucht	PatV	<p>Wir unterstützen die Position der PatV. Eine Indikation für Psychotherapie ist auch bei Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gegeben. Die Ungleichbehandlung der substanzbezogenen Störungen und anderen psychischen Störungen sehen wir als strukturelle Stigmatisierung der Suchterkrankungen an.</p> <p>Die Stellungnahme basiert auf einem positiven Votum von 7/8 Stimmen im Vorstand der DG-Sucht.</p>	<p>GKV Spitzenverband: Kenntnisnahme. Die Vorgabe, wonach Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen neben oder nach einer somatisch-ärztlichen Behandlung Indikation für eine ambulante Richtlinienpsychotherapie sein können, steht im Einklang mit einschlägigen Leitlinien, die psychotherapeutische Interventionen im Rahmen einer multiprofessionellen Komplexbehandlung empfehlen.</p> <p>Der Vorwurf einer Stigmatisierung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen ist unzutreffend. Für Menschen mit Suchterkrankungen existiert in Deutschland ein umfassendes Suchthilfesystem mit verschiedenen Hilfsangeboten im und außerhalb des SGB V, das es in dieser Form für andere psychische Erkrankungen nicht gibt. Eine Stigmatisierung oder Diskriminierung von Personen mit Substanzkonsumstörungen ist insbesondere aus der Abstinenzregel nicht abzuleiten, denn sie schließt eine Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen gerade nicht aus, vielmehr wird durch diese Regelung eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der ambulanten</p>

Lfd. Nr.	Institu-tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
				<p>Richtlinienpsychotherapie ermöglicht, auch dann, wenn Patientinnen und Patienten noch keine Abstinenz erreicht haben.</p> <p>KBV: vergleiche lfd. Nr. 2 auf Seite 23</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank</p>
08	VAKJP	KBV	<p>Die Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VAKJP) begrüßt die Veränderung der Psychotherapierichtlinie.</p> <p>Wir finden es angemessen, in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit und die Abhängigkeitsstrukturen nicht mehr zwischen legalen und illegalen Drogen zu unterscheiden und Abstinenz nicht mehr als zwingende Therapievoraussetzung zu definieren.</p> <p>Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen haben wir immer wieder mit Jugendlichen zu tun, die z.B. Erfahrungen mit dem Konsum von Alkohol- und Cannabis machen. Unter 16 bzw. unter 18 Jahren sind diese Erfahrungen nicht legal, aber oft sehr bedeutsam: Der Konsum kann z.B. im Rahmen einer begrenzten experimentellen Grenzerfahrungen stattfinden und damit „normal“ für diese Entwicklungsphase sein.</p> <p>Der Konsum kann aber auch als eine Art maligner „Selbstmedikation“ verstanden werden oder im Kontext eines Gruppenzugehörigkeitswunsches, mit Suchtverhalten als Folge. Für die Jugendlichen ist es wichtig, dass sie über ihre Erfahrungen in einem neutralen Rahmen sprechen dürfen, ohne dass gleich ein Therapieabbruch oder eine stationäre Maßnahme droht. Von</p>	<p>GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. In der Stellungnahme werden verschiedene Aspekte des Substanzkonsums angesprochen, es wird daher nicht deutlich, auf welche Regelung sich die Stellungnahme genau bezieht. Bereits heute ist bei „Probierkonsum“ oder schädlichem Gebrauch eine Behandlung im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie möglich. Die in der Stellungnahme eingeforderte Entscheidungshoheit der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten liegt daher bereits vor und wird durch die vorgeschlagenen Regelungen nicht beschnitten.</p> <p>KBV: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank. Die in der Stellungnahme angesprochenen Aspekte werden auch durch die PatV-Position abgedeckt.</p>

Lfd. Nr.	Institu-tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
			<p>erwachsenen Bezugspersonen erleben sie außerhalb der Therapie ggf. überkontrollierende, dramatisierende Reaktionen, während die peer-group den Konsum ggf. bagatellisiert oder sogar glorifiziert.</p> <p>In der Psychotherapie besteht die Möglichkeit, das eigene Verhalten mit Distanz zu betrachten und zu verstehen. Konsequenzen können in diesem neutralen Rahmen „nüchtern“ betrachtet und emotionale Aspekte herausgearbeitet werden. Gerade in der kritischen Entwicklungsphase der Pubertät, in der Transition vom Kind zum Erwachsenen ist es wichtig, zu verstehen, welche Bedeutung und welches Bedrohungspotential der Konsum von psychotropen Substanzen für den/die Jugendliche haben, um dadurch andere und gesündere Bewältigungsmechanismen zu entwickeln, sich zukünftig abstinenter verhalten oder zumindest einen kontrollierten Umgang entwickeln zu können. Ob die psychischen oder Verhaltensstörungen primär durch die Suchtmittel induziert wurden oder die psychischen und Verhaltensstörungen zu einem Substanzmissbrauch als „Selbstmedikation“ oder malignen Problemlösungsstrategien geführt haben, bestimmt das psychotherapeutische Vorgehen. Es sollte der fachlichen Entscheidung der verantwortlichen Psychotherapeutinnen überlassen sein, zu entscheiden, ob z.B. ein Entzug Voraussetzung für die Aufnahme oder Weiterführung der Therapie ist und welche Bedingungen zu welchem Zeitpunkt innerhalb der Therapie bzgl. des Konsums festgelegt werden, um einen Therapieerfolg zu ermöglichen. Durch das Wissen um den</p>	

Lfd. Nr.	Institu- tion	Position von	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
			<p>psychodynamischen Kontext des Abusus können Psychotherapeutinnen der Entwicklung des/der Patientin entsprechend angemessen fachlich vorgehen.</p> <p>Die VAKJP schließt sich den Formulierungsvorschlägen der KBV an.</p>	

III. § 27 Absatz 1

GKV-SV	KBV	PatV
		<p>1. In Absatz 1 wird</p> <p>a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und</p> <p>b) folgende Nummer 10 angefügt:</p> <p>„10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung in diesem Indikationsbereich soll Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	§ 27 Absatz 1	PatV	<p>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als primäre Indikation in § 27 Absatz 1 PT-RL</p> <p>Die BPtK befürwortet den Vorschlag der Patientenvertretung (PatV) zu § 27 Absatz 1 PT-RL, den bisher unter § 27 Absatz 2 Nummer 1a geführten Anwendungsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</p>	<p>Begründung:</p> <p>Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitserkrankungen zählen zu den psychischen Erkrankungen, die mittels Psychotherapie in allen Phasen der Erkrankung nachweislich wirksam behandelt werden können. Nationale und internationale Behandlungsleitlinien bei substanzbezogenen Störungen empfehlen entsprechend Psychotherapie als eine</p>	<p>GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. Die Ausführungen der BPtK zum schädlichen Gebrauch sind unklar; tatsächlich kann Psychotherapie in vielen Phasen der Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung Einsatz finden. Die einschlägigen Leitlinien empfehlen jedoch psychotherapeutische Interventionen im Rahmen einer multiprofessionellen Komplexbehandlung; psychotherapeutische Interventionen sind dabei jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Richtlinienpsychotherapie. Eine somatisch ärztliche</p>

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>[...]" zukünftig als neue Nummer 10 unter den primären Indikationen in § 27 Absatz 1 Nummer 10 PT-RL aufzuführen. Die BPtK stimmt mit der PatV darin überein, dass für eine substanzielle Gruppe von Patient*innen neben einer Abstinenz auch der kontrollierte Substanzgebrauch und Harm Reduction angemessene Therapieziele darstellen, bei denen bei entsprechender Erfolgsprognose eine ambulante psychotherapeutische Behandlung indiziert ist. Für die Definition der Indikationen zur Anwendung der Psychotherapie im Normtext des § 27 PT-RL ist dabei aus Sicht der BPtK eine konkrete Auflistung der Therapieziele nicht</p>	<p>Behandlungsmethode der Wahl.^{1, 2, 3, 4}</p> <p>Die einschlägigen Leitlinienempfehlungen sehen dabei keine grundsätzlichen Einschränkungen für die psychotherapeutische Behandlung in dem Sinne vor, dass für die psychotherapeutische Behandlung eine somatisch ärztliche Vor- oder Mitbehandlung in allen Fällen obligat wäre. Für die Diagnosegruppen des schädlichen Gebrauchs wäre eine obligate somatisch-ärztliche Vor- oder Mitbehandlung grundsätzlich zu hinterfragen, aber auch bei Abhängigkeitserkrankungen ist eine solche somatisch-ärztliche Vor- oder Mitbehandlung nicht in allen Fällen sachgerecht. Beispielhaft zu nennen ist der Fall einer leichten Cannabisabhängigkeit mit nur geringfügigen Entzugssymptomen, bei der die Vorgabe einer somatisch-</p>	<p>Mitbehandlung ist bspw. insbesondere bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs (F1x.1 nach ICD-10) unerlässlich, da diese eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten (z.B. Hepatitis) erfordert.</p> <p>Eine aktuelle Leitlinie zur Behandlung von Cannabisabhängigkeit liegt derzeit nicht vor, so dass die Feststellung der BPtK in Bezug auf eine nicht notwendige somatisch-ärztliche Mitbehandlung nicht verifiziert werden kann. Die derzeit vorliegenden einschlägigen Leitlinien empfehlen durchweg eine somatisch-ärztliche Mitbehandlung bei der Versorgung von Suchterkrankten.</p> <p>Die BPtK führt im Weiteren an, die Vorgabe einer somatisch-ärztlichen Mitbehandlung erhöhe die Schwelle für die Inanspruchnahme einer leitliniengerechten Versorgung. Es handelt sich um eine reine Vermutung; die weiter unten von der BPtK zitierte Datenanalyse des Zentralinstituts für</p>

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>erforderlich. Eine solche findet sich auch nicht bei den weiteren Indikationen für die Anwendung von Psychotherapie nach § 27 Absätze 1 und 2 PT-RL. Aus Sicht der BPtK sollte daher die Be-nennung der zentralen Therapieziele hinsichtlich des Substanzgebrauchs bei Patient*innen mit Abhängigkeitssyndrom in die Tragenden Gründe zum Beschluss verschoben werden. Vor dem Hintergrund der vom G-BA angekündigten späteren Befassung mit den Substanzen Tabak, Nikotin und Koffein stimmt die BPtK dabei der vorgesehenen Klarstellung in Satz 2 der Nr. 10neu zu. Im Ergebnis schlägt die BPtK daher folgende Änderung des § 27 Absatz 1 PT-RL vor:</p>	<p>ärztlichen Vor- oder Mitbehandlung fachlich unangemessen erscheint, die die Schwelle für die Inanspruchnahme einer leitliniengerechten Versorgung erhöhen und zugleich unnötig ärztliche Behandlungsressourcen binden würde. Auch die normativen Eingrenzungen in § 27 Absatz 2 Satz 1 erster Teilsatz „wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben“ und „sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet“ suggerieren in unzutreffender Weise, dass diese Bedingungen bei einem wesentlichen Teil der betroffenen Patient*innen mit einer substanzbezogenen Störung, die eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, nicht zutreffen würde. Im Ergebnis ist es daher sachgerecht, die Verhaltens- und psychischen Störungen durch psychotrope</p>	<p>die kassenärztliche Versorgung deutet auf das Gegenteil hin. In der Regel stellen allgemeinärztliche Praxen die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen dar, aus denen diese dann in fachärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlungen überwiesen werden. Dass ein Patient bzw. eine Patientin einen ambulanten Psychotherapieplatz erhält, die Psychotherapie dann aber nicht in Anspruch nimmt, weil eine somatisch-ärztliche Mitbehandlung erforderlich ist und dies somit eine Hürde für ihn darstellt, ist in der Realität kaum vorstellbar.</p> <p>In § 27 Absatz 2 werden verschiedene Indikationen für Psychotherapie neben oder nach einer somatisch-ärztlichen Behandlung aufgeführt, bei denen psychische Faktoren einen pathogenetischen Anteil haben können, aber nicht notwendigerweise haben müssen. So auch Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Dass eine</p>

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p><i>In Absatz 1 wird</i></p> <p><i>a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und</i></p> <p><i>b) folgende Nummer 10 angefügt:</i></p> <p><i>„10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst.“</i></p>	<p>Substanzen als primäre Indikationen ohne einschränkende Zusatzkriterien in § 27 Absatz 1 als neue Nummer 10 zu ergänzen.</p> <p>Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass durch das Konsiliarverfahren nach § 32 PT-RL sowie die berufsrechtliche Verpflichtung von Psychotherapeut*innen nach § 5 Absatz 6 der Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen, „Kolleg*innen, Ärzt*innen oder Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe in Absprache mit der Patient*in hinzu-zuziehen, wenn weitere Informationen oder Fähigkeiten erforderlich sind“, bereits hinreichend sichergestellt ist, dass im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Behandlung der substanzbezogenen Störung bei Bedarf in Kooperation mit der Haus- oder Fachärzt*in die</p>	<p>Psychotherapie nur in Fällen sinnvoll ist, in denen sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet, ist folgerichtig. Die Ausführung, der BPtK, dass durch die Formulierung suggeriert würde, dass Betroffene eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen würden, ohne dass sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie böte, lässt sich nicht nachvollziehen.</p> <p>Die Ausführungen der BPtK, wonach durch das Konsiliarverfahren bereits hinreichend sichergestellt sei, dass bei Bedarf eine somatische bzw. ärztliche Vor- oder Mitbehandlung überraschen, führt doch die BPtK in einer Pressemitteilung vom 28.05.2019 aus, dass die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen im Rahmen des Konsiliarverfahrens nicht gut gelingt und hier deutlicher Verbesserungsbedarf besteht. Vor diesem Hintergrund erstaunt der Verweis auf diese Regelungen, die eher Anlass zur Intensivierung der</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>indizierte somatische bzw. ärztliche Vor- oder Mitbehandlung erfolgen kann. Eine darüberhinausgehende Regelung in der PT-RL, die eine verpflichtende somatisch-ärztliche Vor- oder Mitbehandlung bei allen substanzbezogenen Störungen vorschreibt, ist unter fachlichen und versorgungsbezogenen Gesichtspunkten nicht sachgerecht. Diese Regelung stellt vielmehr eine zusätzliche und vermeidbare Hürde dar, die einer ohnehin unversorgten Patientengruppe den Zugang zur ambulanten Psychotherapie erschwert. Am Beispiel der alkoholbezogenen Störungen lässt sich zudem zeigen, dass auch mit Blick auf das reale Versorgungsgeschehen keine Notwendigkeit besteht, in der Psychotherapie-Richtlinie normativ über das Kriterium einer somatisch-ärztlichen Vor- oder</p>	<p>Vorgaben zur interdisziplinären Zusammenarbeit sind. Den Ausführungen kann daher nur insofern gefolgt werden, als dass offenbar auch aus Sicht der BPtK eine Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten erforderlich ist und diese eine Intensivierung erfahren muss. Vor diesem Hintergrund wird kein Anpassungsbedarf an der Richtlinie gesehen.</p> <p>Die zitierte Datenanalyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, wonach 98,2 % der gesetzlich Krankenversicherten mit einer alkoholbezogenen Störung in mindestens einem Quartal von einer Allgemeinmedizinerin oder einem Allgemeinmediziner gesehen werden, zeigt ausschließlich, dass Personen mit alkoholbezogenen Störungen in mindestens einem Quartal eine allgemeinmedizinische Praxis aufgesucht haben und eine entsprechende Diagnose kodiert wurde. In Ermangelung einer Differenzierung zwischen Haupt- und</p>

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Mitbehandlung die vorangehende und begleitende ärztliche Behandlung zu befördern. Nach den Datenanalysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung werden bereits heute fast alle gesetzlich Krankenversicherten mit mindestens einer alkoholbezogenen Störung (F10.X) wenigstens in einem Quartal von einer Allgemeinmediziner*in gesehen (98,2 Prozent im Jahr 2018). 28,4 Prozent der Patient*innen hatten mindestens in einem Quartal Kontakt mit einer Fachärzt*in für Psychiatrie, 27,5 Prozent mit einer Internist*in und 6,3 Prozent mit einer Psychotherapeut*in.¹ Schließlich ist die mit dem Vorschlag der PatV vorgesehene Aufhebung der derzeit noch bestehenden Vorgaben zur Abstinenz im Falle einer Abhängigkeitserkrankung durch eine psychotrope Substanz vor</p>	<p>Nebendiagnosen in der ambulanten Versorgung kann jedoch nicht daraus geschlossen werden, dass diese Personengruppe wegen der Diagnose F10.X auch behandelt wurde, es könnte sich gleichfalls um eine Komorbidität handeln, die bei einem Besuch ebenfalls kodiert wurde. Da es sich um eine unveröffentlichte Datenanalyse im Rahmen der Erarbeitung der Leitlinie zu alkoholbezogenen Erkrankungen handelt, können hieraus nur schwerlich Empfehlungen abgeleitet werden. Die Analyse scheint jedoch am ehesten darauf hinzudeuten, dass in der Regel allgemeinärztliche Praxen die erste Anlaufstelle für diese Patientengruppe darstellen, aus denen diese dann in fachärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlungen überwiesen werden. Die Vorgabe der somatisch-ärztlichen Mitbehandlung würde demnach keine Hürde für die Aufnahme einer Suchtbehandlung darstellen.</p> <p>Die BPtK führt an, dass bei der</p>

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>dem Hintergrund des breiten Spektrums von psychotropen Substanzen und den unterschiedlichen Schweregraden der Abhängigkeitserkrankungen dringend geboten. Eine Abstinenz als alleiniges Therapieziel für alle Patient*innen mit Abhängigkeitserkrankungen vorzugeben, entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Mehrere nationale wie auch internationale Leitlinien betonen im Sinne des Ansatzes der Schadensminimierung (engl. Harm Reduction), dass unter bestimmten Voraussetzungen eine Konsumreduktion statt einer vollständigen Konsumbeendigung ein sinnvolles Therapieziel darstellen kann (siehe hierzu auch die Ausführungen in Abschnitt 3 dieser Stellungnahme).^{5, 6, 7, 8, 9}</p> <p>So wird zwar auch in der S3-Leitlinie zu Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen betont, dass Abstinenz bei</p>	<p>Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen eine Konsumreduktion zur Schadensminimierung in bestimmten Fällen Therapieziel sein könne und nicht allein die Abstinenz. Als Beleg wird die S3-Leitlinie zu Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen angegeben. Die zitierte S3-Leitlinie führt jedoch eindeutig aus, dass Abstinenz das primäre Therapieziel bleibt und Konsumreduktion zur Schadensminimierung nur in bestimmten Fällen, z.B. besonders schwerer Abhängigkeit Therapieziel sein kann. In Fällen besonders schwerer Abhängigkeit sollte geprüft werden, welches Behandlungssetting für die Patientin oder den Patienten geeignet ist.</p> <p>Es stellt sich zudem die Frage, was unter „Schadensminimierung“ zu verstehen ist, das heißt, ab welcher Konsummenge ein Konsum psychotroper Substanzen tatsächlich einen „geringeren Schaden“</p>

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) das primäre Therapieziel ist. Ist die Abstinenz zurzeit jedoch nicht erreichbar, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden (Empfehlung 3.8.3.2). Es ist fachlich und ethisch nicht vertretbar, dass denjenigen Patient*innen, die aus individuellen Gründen nicht in der Lage sind oder die sich im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung (noch) nicht auf das Erreichen der Abstinenz als Therapieziel verständigen können, eine mit dem Therapieziel der Schadensminimierung wirksame ambulante psychotherapeutische Behandlung grundsätzlich vor- enthalten bleibt. Nicht zuletzt ist mit Blick auf die unzureichend versorgten Patient*innen mit schweren Abhängigkeitserkrankungen unterschiedlicher psychotroper</p>	<p>hervorruft (z.B. ob eine Flasche Wodka am Tag weniger schädlich ist als zwei Flaschen Wodka).</p> <p>Da Abhängigkeitserkrankungen durch Kontrollverlust beim Substanzkonsum gekennzeichnet sind, stellt sich die Frage, wie im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie – insbesondere bei schwerwiegenden Fällen, in denen eine vollständige Beendigung des Konsums nicht möglich ist – eine wirksame Konsumreduktion erreicht werden kann, die zu einer Schadensminimierung führt.</p> <p>Die BPtK gibt des Weiteren an, das zentrale Versorgungsproblem für diese Patientengruppe sei der hohe Anteil derjenigen, die keine störungsspezifische Behandlung ihrer Abhängigkeitserkrankung erhalten, für diese Personengruppe bestünden weiterhin hohe Zugangshürden. Diesen Ausführungen der BPtK kann nicht gefolgt werden. Tatsächlich stellt sich vor dem Hintergrund der drastischen Aussagen die Frage, auf</p>

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Substanzen und die gebotene Erleichterung des Zugangs zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung die Aufhebung der restriktiven Abstinenzregel dringend geboten. Das zentrale Versorgungsproblem für diese Patientengruppe ist der hohe Anteil an Patient*innen, die keine störungsspezifische Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung erhalten und für die die Zugangshürde zu den spezifischen Versorgungsangeboten weiterhin zu hoch ist. Die Einschränkungen in der Psychotherapie-Richtlinie würden u. a. auch dazu führen, dass schwer psychisch erkrankte Patient*innen mit einem Abhängigkeitssyndrom und einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie nicht angemessen psychotherapeutisch versorgt werden können, soweit eine Suchtmittelfreiheit innerhalb</p>	<p>welcher wissenschaftlichen Grundlage diese basieren. In Deutschland existiert eine Vielzahl verschiedener Angebote, Behandlungen und Leistungen mit unterschiedlichsten gesetzlichen Regelungen, Kosten- und Leistungsträgern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg. Die Suchthilfe umfasst sowohl ambulante, stationäre sowie kombinierte Therapieangebote und Leistungen zur Teilhabe. Teilweise handelt es sich um niederschwellige, auch kostenfrei zugängliche Angebote (z.B. Suchtberatung, Prävention oder Selbsthilfe), für andere Betreuungs- und insbesondere Behandlungsmaßnahmen ist die Bewilligung von Kosten- und Leistungsträgern erforderlich (z.B. medizinische Entgiftungsbehandlung, Entwöhnung in einer Reha-Klinik). Es existieren außerdem Hilfesysteme mit besonderen Schwerpunkten auf verschiedene Lebenswelten (Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, betriebliche Gesundheitsförderung,</p>

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>von 10 psychotherapeutischen Sitzungen nicht erreichbar ist bzw. Patient*innen sich (zunächst) lediglich für eine Schadensminimierung als Therapieziel entscheiden können</p>	<p>u.v.m.). Psychotherapie ist daher höchstens ein Baustein in der Versorgung, so dass die Formulierung auch im Kontext der Versorgung insgesamt nicht nachvollzogen werden kann.</p> <p>KBV: Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmerin wird nicht gefolgt. Ein Kooperationsgebot mit somatisch tätigen Ärztinnen und Ärzten, wie dies in § 27 Abs. 2 für bestimmte psychische Erkrankungen vorgesehen ist, ist für die Behandlung von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotropen Substanzen aufgrund der körperlichen Abhängigkeit und der damit verbundenen körperlichen Symptomatik der Substanzen sachgerecht. Auch im Rahmen der mündlichen Anhörung wurde deutlich, dass bei der Behandlung o. g. Erkrankungen eine Kooperation von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Ärztinnen und Ärzten auf Grundlage der in den Leitlinien verfügbaren Informationen</p>

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>in der Regel gewollt und zielführend ist. Die in § 27 Abs. 2 gewählte Formulierung „neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten und deren Auswirkungen“ gibt nicht vor, dass eine Mitbehandlung immer obligat erforderlich ist. Die Aufnahme von Therapiezielen wird vor dem Hintergrund einer notwendigen Beibehaltung des Therapieziels Abstinenz und des Vorschlags für das neue Therapieziel „kontrollierter Gebrauch“, falls Abstinenz nicht erreicht werden kann, bei psychotropen Substanzen als sachgerecht angesehen. (vgl. lfd. Nr. 5 auf Seite 9).</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank</p>
03	DGVM	§ 27 Absatz 1	PatV	Die DGVM unterstützt diese Position.	Die Evidenz für diese Position wird in dem Dokument zu den „Tragenden Gründen“ überzeugend dargelegt und stimmt auch mit unserer Einschätzung der Evidenz überein.	<p>GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme</p> <p>KBV: Kenntnisnahme. Vergleiche lfd. Nr. 2 auf Seite 23.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04	dg sps	§ 27 Absatz 1	PatV	Wir begrüßen die explizite Erweiterung der Indikationsstellung um den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen.		GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme KBV: Kenntnisnahme. Vergleiche lfd. Nr. 2 auf Seite 23. PatV: Kenntnisnahme und Dank
06	DGPPN	§ 27 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen benötigen ein umfassendes Behandlungsangebot, welches immer auch ärztliche Expertise einschließen muss.	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme KBV: Zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Durch das Konsiliarverfahren nach § 32 PT-RL sowie die berufsrechtliche Verpflichtung von Psychotherapeuten*innen nach § 5 Absatz 6 der Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen ist bereits sichergestellt, dass Kolleg*innen, Ärzt*innen oder Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe hinzugezogen werden.
07	DG- Sucht	§ 27 Absatz 1	PatV	Der Ergänzung stimmen wir zu.		GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme KBV: Kenntnisnahme. Vergleiche lfd. Nr. 2 auf Seite 23. PatV: Kenntnisnahme und Dank
09	DGVT- BV	§ 27 Absatz 1	PatV	a) Die Änderung in Absatz 1 wird befürwortet.	a) Psychische und Verhaltensstörungen aufgrund	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. In den einschlägigen

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>psychotroper Substanzen sollen regulär zum Indikationsbereich einer Psychotherapie (PT) gehören, denn es handelt sich um psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Krankheiten. PT ist nicht nur „neben oder nach“ einer somatischen Akutbehandlung anzuwenden, sondern auch zur Motivationsförderung und Aufrechterhaltung von Therapiezielen sowie zur Behandlung weiterer komorbider Störungen (z.B. Depressionen, Ängste usw., vgl. S3-Leitlinie Behandlung alkoholbezogener Störungen, 2022, S. 135ff).</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer geht in ihrer Stellungnahme zum Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis (CanG) vom 19.10.2023 ausdrücklich darauf ein: „Aus Sicht der BPtK sollte die ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen ohne</p>	<p>Leitlinien zur Behandlung substanzbezogener Störungen werden psychotherapeutische Interventionen im Rahmen einer multiprofessionellen Komplexbehandlung empfohlen; psychotherapeutische Interventionen sind dabei jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Richtlinienpsychotherapie. Eine somatisch-ärztliche Mitbehandlung ist bspw. insbesondere bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs (F1x.1 nach ICD-10) unerlässlich, da diese eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten (z.B. Hepatitis) erfordert.</p> <p>KBV: Kenntnisnahme. Vergleiche lfd. Nr. 2 auf Seite 23.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>Einschränkungen ermöglicht werden... Das Abstinenzgebot bis zur zehnten Sitzung ist für viele Patient*innen nicht erreichbar, es ist fachlich überholt und führt dazu, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen keine Behandlung beginnen... Es kann auch ein kontrollierter niedriger Gebrauch angestrebt werden... Die BPtK fordert daher, dass das Abstinenzgebot in § 27, Absatz 2 Nr. 1a Psychotherapie-Richtlinie aufgehoben wird“.</i></p>	

IV. § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 1

GKV-SV	KBV	PatV
	In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:	2. Absatz 2 wird wie folgt geändert: a) Nummer 1a wird aufgehoben b) Nummer 1b wird Nummer 1.
„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst		
, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit in der Postakutphase, d.h. bei bestehender Abstinenz. Die Postakutphase schließt sich an die Akutphase (Entzugsbehandlung) an und zielt auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ab; sie wird auch als Entwöhnungsbehandlung bezeichnet.	. Im Falle der Abhängigkeit soll im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden.“	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	§ 27 Absatz 2	PatV / ggf. KBV	Erweiterung der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ in § 27 Absatz 2 Nummer 1a Wie unter Abschnitt 2 dargelegt,	Begründung: Entsprechend nationaler wie internationaler Leitlinien kann bei bestimmten Formen der Abhängigkeit – wie auch im Falle eines schädlichen	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. Die BPtK führt an, dass bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen eine Konsumreduktion zur Schadensminimierung in bestimmten

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>favorisiert die BPtK zur Erleichterung einer individualisierten leitliniengerechten Versorgung von Patient*innen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen den Regelungsvorschlag der PatV, diese Indikation unter den primären Indikationen für die Anwendung von Psychotherapie unter § 27 Absatz 1 zu fassen. Sollte der G-BA dieser weitergehenden Lösung mehrheitlich nicht folgen, stellt der Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu § 27 Absatz 2 PT-RL einen geeigneten Ansatz dar, zumindest die Rahmenbedingungen für die Versorgung von Patient*innen mit Abhängigkeitserkrankungen an entscheidender Stelle zu verbessern. Hierfür ist entscheidend, dass im Rahmen</p>	<p>Substanzgebrauchs – ein kontrollierter Substanzgebrauch neben der Abstinenz ein geeignetes Therapieziel darstellen. So erkennen die Weltgesundheitsorganisation¹⁰ wie auch kanadische¹¹ und britische¹² Behandlungsleitlinien an, dass Ansätze der Harm Reduction zur Reduzierung des Konsums Teil evidenzbasierter Behandlungsstrategien für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sein können. In gleichem Sinne wird in den deutschen S3-Leitlinien zu Alkohol¹³, Medikamen-ten¹⁴ und Methamphetamin-bezogenen¹⁵ Störungen der AWMF bei den meisten Substanzen neben einer Abstinenz auch die Reduktion des Substanzkonsums als mögliches Therapieziel formuliert. Beispielhaft sind hierfür Fälle, in denen eine Abstinenz zum Therapiezeitpunkt nicht möglich</p>	<p>Fällen Therapieziel sein könne und nicht allein die Abstinenz. Als Beleg wird die S3-Leitlinie zu Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen angegeben. Die zitierte S3-Leitlinie führt jedoch eindeutig aus, dass Abstinenz das primäre Therapieziel bleibt und Konsumreduktion zur Schadensminimierung nur in bestimmten Fällen, z.B. besonders schwerer Abhängigkeit Therapieziel sein kann. In Fällen besonders schwerer Abhängigkeit sollte geprüft werden, welches Behandlungssetting für die Patientin oder den Patienten geeignet ist.</p> <p>Es stellt sich zudem die Frage, was unter „Schadensminimierung“ zu verstehen ist, das heißt, ab welcher Konsummenge ein Konsum psychotroper Substanzen tatsächlich einen „geringeren Schaden“ hervorruft (z.B. ob eine Flasche Wodka am Tag weniger schädlich ist als zwei Flaschen Wodka). Da Abhängigkeitserkrankungen durch</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>der psychotherapeutischen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch angestrebt werden soll und damit auf eine strikte Vorgabe zum Erreichen der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz verzichtet wird.</p>	<p>ist oder ein niedriger Grad der Abhängigkeit vorliegt. Gegen die bisherige Regelung einer Abstinenzpflicht bis zur zehnten psychotherapeutischen Behandlungsstunde spricht überdies, dass keine empirischen Belege oder Leitlinienempfehlungen vorliegen, die darauf abstellen, dass die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bei Abhängigkeitserkrankungen davon abhängig ist, dass eine Suchtmittelfreiheit in einem bestimmten Zeitraum erreicht wurde. Zudem regelt § 27 Absatz 3 Nummer 1 PT-RL in ausreichendem Umfang die Entscheidungsgrundlage dafür, ob Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen ist, weil ein Behandlungserfolg nicht</p>	<p>Kontrollverlust beim Substanzkonsum gekennzeichnet sind, stellt sich die Frage, wie im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie – insbesondere bei schwerwiegenden Fällen, in denen eine vollständige Beendigung des Konsums nicht möglich ist – eine wirksame Konsumreduktion erreicht werden kann, die zu einer Schadensminimierung führt. Auch in der S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen wird Abstinenz als das primäre Therapieziel angegeben. In Kapitel 9 der Leitlinie wird zu Schadensminimierung Stellung genommen, es geht an dieser Stelle jedoch um Maßnahmen zur Sicherstellung des Überlebens, Zahngesundheit, etc. Die BPtK führt weiterhin aus, dass keine Leitlinienempfehlungen vorliegen, die darauf abstellen, dass die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>erwartet werden kann. Vor dem Hintergrund der Verständigung auf klinisch bedeutsame Therapieziele wird hierbei insbesondere darauf abgestellt, ob in dem individuellen Fall die Voraussetzungen hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit gegeben sind. Diese Regelung bietet eine ausreichende Grundlage, damit Psychotherapeut*innen entscheiden können, in welchen Fällen der Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung mangels Erfolgswahrscheinlichkeiten für das Erreichen der vereinbarten Therapieziele nicht angezeigt ist bzw. wann angesichts des fehlenden Therapiefortschritts eine ambulante psychotherapeutische Behandlung vorzeitig zu beenden oder zu unterbrechen ist und geeignete andere</p>	<p>bei Abhängigkeitserkrankungen davon abhängig ist, dass eine Suchtmittelfreiheit in einem bestimmten Zeitraum erreicht wurde. Die einschlägigen Leitlinien verorten die Anwendung ambulanter Richtlinienpsychotherapie in die Postakutphase der Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung, also einer Phase, in der Abstinenz in der Regel schon erreicht ist. In der PT-RL setzt die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung in Einklang damit Abstinenz voraus, bzw. erlaubt sie auch, wenn keine Abstinenz vorliegt, diese aber bis zur zehnten Behandlungsstunde erreicht werden kann.</p> <p>KBV: vergleiche lfd. Nr 2 auf Seite 23.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Behandlungsmaßnahmen einzuleiten bzw. zu veranlassen sind. Dass ein starres Kriterium von zehn Sitzungen zur Erreichung der Abstinenz bzw. die Vorgabe einer vorangehenden Entzugsbehandlung für alle Substanzklassen und Schweregrade der Abhängigkeitserkrankungen nicht sachgerecht ist, lässt sich am Beispiel der Benzodiazepinabhängigkeit oder der Cannabisabhängigkeit aufzeigen. Die S3-Leitlinie medikamentenbezogene Störungen weist in einem Statement ausdrücklich darauf hin, dass die Dosisreduktion bei Langzeitabhängigen und bei Hochdosisabhängigkeit einen längeren Zeitraum erfordert (Statement 3.2-4). Das gilt in besonderer Weise für Patient*innen in einem höheren Lebensalter. Darüber hinaus</p>	

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>empfiehlt die Leitlinie, dass die Dosisreduktion zum Ende der Entzugsbehandlung in kleineren Schritten erfolgen sollte als zu Anfang der Behandlung (Empfehlung 3.2-5). Auch längere Entzüge sollten dabei nach Einschätzung einzelner, in der Leitlinie zitierter Autoren einen Zeitraum von sechs Monaten möglichst nicht überschreiten. Zu beachten ist in dem Zusammenhang, dass in vielen Fällen eine länger dauernde stationäre Entzugsbehandlung für die Patient*innen nicht in Betracht kommt. Da die initiale Verschreibung von Benzodiazepinen, die zu einer Abhängigkeitsentwicklung geführt hat, häufig auf eine klinisch relevante psychische Symptomatik zurückgeht, kommt einer zur ambulanten Entzugsbehandlung parallelen ambulanten</p>	

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>psychotherapeutischen Behandlung eine besondere Bedeutung zu. Eine Begrenzung auf zehn Sitzungen greift insoweit deutlich zu kurz und erlaubt keine hinreichend lange und intensive psychotherapeutische Behandlung, bis die Abstinenz tatsächlich erreicht ist. Die Abschätzung des mit zehn Sitzungen realisierbaren Behandlungszeitraums, wie in dem Entwurf der Tragenden Gründe des GKV-Spitzenverbands dargelegt, wird den tatsächlichen Erfordernissen in der Versorgung nicht gerecht. So werden die psychotherapeutischen Sprechstunden und die probatorischen Sitzungen u. a. für die Diagnostik, Indikationsstellung, Information und Aufklärung der Patient*in sowie die Behandlungsplanung, Prüfung der Therapiemotivation</p>	

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>und der Passung zwischen Patient*in und Therapeut*in durchgeführt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Abstimmung mit der mit-behandelnden Ärzt*in, ehe mit der Entzugsbehandlung begonnen werden kann. Darüber hinaus kann für die initiale Behandlungsphase, in der die Entzugsbehandlung psychotherapeutisch begleitet wird, nicht die durchschnittliche Behandlungsfrequenz über alle Patientengruppen und Behandlungsphasen (inklusive des niederfrequenten Ausschleichens der psychotherapeutischen Behandlung zum Behandlungsende) zugrunde gelegt werden. Auch bei der Cannabisabhängigkeit ist vor dem Hintergrund geringerer körperlicher Entzugssymptome in vielen Fällen eine stationäre Entzugsbehandlung nicht</p>	

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					indiziert. Bei ei-ner substanziellen Gruppe dieser Patient*innen kann darüber hinaus eine vollständige Abstinenz nicht schon initial als primäres Therapieziel, sondern erst im Verlauf der Be-handlung vereinbart werden.	
		GKV-SV	Vorschlag des GKV-Spitzenverbands zur Beibehaltung der Abstinenzregel in § 27 Absatz 2 PT-RL und Einführung von Behandlungsphasen in die Indikationsbeschreibung^a Die BPtK spricht sich gegen die vorgeschlagenen Regelungen des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) zu § 27 Absatz 2 PT-RL aus. Die Einführung von für alle Substanzklassen und Verhaltens- und psychische Störungen durch psychotrope Substanzen einheitliche Behandlungsphasen in die Definition der Indikation für die	Begründung: Der Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbands lässt drei empirische Sachverhalte unbeachtet: (1) Entsprechend dem aktuellen Forschungsstand kann ein kontrollierter bzw. reduzierter Konsum im Sinne eines Harm Reduction-Ansatzes neben einer Abstinenz ein individuell angemessenes, klinisch bedeutsames Therapieziel darstellen. ^{16, 17, 18, 19, 20} (2) Es existieren keine Studien, die für die Psychotherapie einen bestimmten Zeitraum ausweisen, bis zu dem eine	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. Zu (1): Die BPtK führt an, dass bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen eine Konsumreduktion zur Schadensminimierung in bestimmten Fällen Therapieziel sein könne und nicht allein die Abstinenz. Als Beleg wird die S3-Leitlinie zu Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen angegeben. Die zitierte S3-Leitlinie führt jedoch eindeutig aus, dass Abstinenz das primäre Therapieziel bleibt und Konsumreduktion zur Schadensminimierung nur in	

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>Anwendung von Psychotherapie ist nicht sachgerecht und trägt nicht zum Verständnis der normativen Regelungen bei. Vielmehr ergeben sich daraus weitere Engführungen. Insbesondere lehnt die BPtK den Vorschlag ab, für den Fall einer Abhängigkeitserkrankung, bei der noch nicht der Zustand der Suchtmittelfreiheit erreicht wurde, die Pflicht zum Erreichen der Abstinenz bis spätestens zur zehnten psychotherapeutischen Behandlungsstunde beizubehalten. Auch hinsichtlich der expliziten Ausschlussregelungen bei akuten Intoxikationen fehlt es an jeglichem fachlichen Erfordernis.</p>	<p>Suchtmittelfreiheit zur Sicherung des Therapieerfolgs erreicht werden sollte. (3) Gemessen an ihrer Prävalenz in der Bevölkerung sind Abhängigkeitserkrankungen in der ambulanten Psychotherapie stark unterrepräsentiert und insgesamt unversorgt²¹, sodass Hürden beim Zugang zur Versorgung dringend abgebaut bzw. neue Hürden vermieden werden sollten.</p> <p>Zu (1): Es entspricht nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft, für jede Patient*in mit einer Abhängigkeitserkrankung als Therapieziel die vollständige Abstinenz zu fordern und andernfalls den Leistungsanspruch für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung zu negieren. Für stark alkoholabhängige Personen, die (zurzeit) keinen</p>	<p>bestimmten Fällen, z.B. besonders schwerer Abhängigkeit Therapieziel sein kann. In Fällen besonders schwerer Abhängigkeit sollte geprüft werden, welches Behandlungssetting für die Patientin oder den Patienten geeignet ist.</p> <p>Es stellt sich zudem die Frage, was unter „Schadensminimierung“ zu verstehen ist, das heißt, ab welcher Konsummenge ein Konsum psychotroper Substanzen tatsächlich einen „geringeren Schaden“ hervorruft (z.B. ob eine Flasche Wodka am Tag weniger schädlich ist als zwei Flaschen Wodka).</p> <p>Da Abhängigkeitserkrankungen durch Kontrollverlust beim Substanzkonsum gekennzeichnet sind, stellt sich die Frage, wie im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie – insbesondere bei schwerwiegenden Fällen, in denen eine vollständige Beendigung des Konsums nicht möglich ist – eine wirksame Konsumreduktion erreicht</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>vollständigen Verzicht auf Alkohol erreichen können, kann es gemäß nationaler wie internationaler Leitlinien im Sinne einer Schadensminimierung beispielsweise sinnvoll sein, den Konsum durch psychotherapeutische Maßnahmen zu reduzieren.^{22, 23, 24} Gleichermaßen definiert die deutsche S3-Leitlinie zu Methamphetamin-bezogenen Störungen der AWMF eine Konsumreduktion als ein häufig vorrangiges Therapieziel, das je nach Bereitschaft und Verfügbarkeit mittels Verhaltenstherapie oder spezifischen Programmen zur Konsumreduktion oder Entwöhnung realisiert werden sollte.²⁵</p> <p>Zu (2) und (3): Der Mangel an Studien und evidenzbasierten Empfehlungen, die ein bestimmtes Zeitfenster zur Erreichung einer</p>	<p>werden kann, die zu einer Schadensminimierung führt. Eine feststehende Grenze für schädlichen bzw. unschädlichen Alkoholkonsum existiert nicht. Es liegen zwar verschiedene Definitionen von Konsummengen vor, die ein vermindertes Gesundheitsrisiko bedeuten, Einigkeit hierüber besteht jedoch nicht. Die in Studien untersuchten „risikoarmen“ Trinkmengen sind sehr gering, so dass auch im Rahmen des „Kontrollierten Trinkens“ davon auszugehen ist, dass enge Vorgaben für Konsummenge und -frequenz erfolgen und keinesfalls eine willkürliche Menge festgelegt werden kann.</p> <p>Zu (2) und (3):</p> <p>Die BPtK führt aus, es gebe keine Studien, die für die Psychotherapie einen bestimmten Zeitraum ausweisen, bis zu dem eine Suchtmittelfreiheit zur Sicherung des Therapieerfolgs erreicht werden</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Suchtmittelfreiheit nahelegen, um eine erfolgreiche Psychotherapie durchzuführen, erscheint besonders kritisch. Die bestehenden Regelungen zur Abstinenzpflicht in der PT-RL sind fachlich fragwürdig und stellen eine Diskriminierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen beim Zugang zu evidenzbasierten Behandlungen dar. Es ist nicht zu rechtfertigen, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen mit einer Zugangshürde zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung konfrontiert sind, wenn sie nicht eines von mehreren Therapiezielen erreichen können. Vergleichbare Hürden bestehen für Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen in dieser Form nicht. Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind</p>	<p>sollte. Die einschlägigen Leitlinien verorten die Anwendung ambulanter Richtlinienpsychotherapie in die Postakutphase der Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung, also einer Phase in der Abstinenz in der Regel schon erreicht bzw. ein Entzug erfolgt ist. In der PT-RL setzt die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung in Einklang damit Suchtmittelfreiheit voraus, bzw. erlaubt sie auch, wenn keine Abstinenz vorliegt, diese aber bis zur zehnten Behandlungsstunde erreicht werden kann.</p> <p>Es sei in diesem Zusammenhang auch auf die im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens von der BÄK zitierte Publikation von Block & Lober (2018) verwiesen. Bei den in dieser Publikation aufgeführten psychotherapeutischen Interventionen handelt es sich fast ausschließlich um Interventionen mit kurzer Dauer (4 bis 12 Sitzungen). Dies spricht dafür, dass im Rahmen von zehn Sitzungen einer Richtlinienpsychotherapie Abstinenz</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>nachweislich starker Stigmatisierung ausgesetzt²⁶, unter anderem auch im Gesundheitssystem bei der Suche nach Beratungs- und Behandlungsangeboten. Daher ist es umso wichtiger, dass bei der Versorgung dieser stigmatisierten und häufig schwer erkrankten Patientengruppe keine zusätzlichen Barrieren beim Zugang und bei der Durchführung einer leitliniengerechten Behandlung in Form der Abstinenzpflicht in der PT-RL geschaffen bzw. fortgeführt werden.</p> <p>Die Notwendigkeit eines angemessenen Zugangs von Patient*innen mit Verhaltens- und psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen lässt sich auch nicht mit einem Verweis auf ein breites Spektrum von Versorgungsangeboten im Suchthilfesystem relativieren.</p>	<p>erfolgreich erreicht werden kann und Kurzzeitinterventionen zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen wirksam und wirtschaftlich sein können.</p> <p>Bei der Ausführung, die Abstinenzregel der PT-RL sei der Grund für die Unterrepräsentation von Suchtpatienten in der ambulanten Psychotherapie, handelt es sich um eine Hypothese, die durch die BPtK jedoch nicht belegt wird. In der von der BÄK angeführten Publikation von Block & Loeber (2018) wird beispielsweise ausgeführt: „Auch wenn psychotherapeutische Interventionen im stationären Bereich häufig zum Behandlungsangebot gehören, ist der Anteil der Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, die im Rahmen der ambulanten Versorgung eine Psychotherapie erhalten, sehr gering“ [11]. Dies scheint insbesondere darin begründet zu sein, dass trotz der 2011</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Die Argumentation des GKV-Spitzenverbands in den Tragenden Gründen (S. 5), dass die ambulante Psychotherapie gemäß einer Publikation der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) von 2019 nur einen kleinen Baustein im Suchthilfesystem darstellt und von daher im Rahmen der Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen nachrangig zu betrachten ist, kann hier in keiner Weise überzeugen. Die DHS stellt in der genannten Publikation lediglich den Ist-Zustand der Versorgung dar. In der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen wird dabei ausdrücklich dargelegt, dass es „Das“ Hilfesystem nicht gibt. Vielmehr finden sich jeweils spezifische Ausprägungen und Besonderheiten im Rahmen unterschiedlich ausgebauter regionaler Hilfesysteme</p>	<p>vorgenommenen Konkretisierungen der Psychotherapie-Richtlinien (s. § 22 Absatz 2 Nr. 1a), die den Betroffenen den Zugang zu den ambulanten Psychotherapienangeboten erleichtert, nur wenige Angebote im Rahmen der ambulanten Versorgung bestehen. Das kann dadurch erklärt werden, dass auf Seite der Behandler und Therapeuten weiterhin erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit Suchtpatienten und Wissenslücken bez. der Chancen einer modernen Suchttherapie bestehen.“</p> <p>Nicht zuletzt ist eine ambivalente Änderungsbereitschaft Teil der Abhängigkeitserkrankung und somit Hinderungsgrund für die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie, unabhängig von Abstinenzregelungen in der PT-RL.</p> <p>Die BPtK führt im Weiteren an, der Verweis auf ein umfangreiches Suchthilfesystem sei nicht geeignet,</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>(Regionalität). Daraus schlussfolgern die Leitlinienautoren, „dass eine differenzierte Betrachtung der Versorgungsorganisation zur Orientierung ein „Koordinatensystem“ voraussetzt, in dem Strukturen und Prozesse der Versorgung unter Berücksichtigung der regionalen Ausprägung systematisch dargestellt werden können. Hierbei sind hinsichtlich der Angebote vor Ort z. B. auch alters- und geschlechtsspezifische Ausdifferenzierungen des Hilfesystems zu beachten. So wird in der Leitlinie u. a. darauf hingewiesen, dass es insbesondere an geeigneten spezifischen Versorgungsangeboten für suchtkranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mangelt, nicht zuletzt auch im Bereich der stationären Entzugsbehandlung</p>	<p>um die Rolle der ambulanten Psychotherapie im Rahmen des Suchthilfesystems zu relativieren. „Das“ Hilfesystem gebe es nicht. Wenngleich das Suchthilfesystem möglicherweise regional unterschiedlich gut ausgebaut ist, so muss dennoch festgestellt werden, dass ähnlich differenzierte Hilfsangebote für keine andere psychische Erkrankung bestehen, so dass eine „Diskriminierung“ von Personen mit Suchterkrankungen nicht nachvollziehbar ist. Der Einbezug psychotherapeutischer Praxen in die Versorgung von Suchterkrankungen ist unter der Beachtung der Abstinenzregelung weiterhin unproblematisch möglich.</p> <p>KBV: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>und der ambulanten wie stationären Entwöhnungsbehandlung. Auch die Fallzahlen der im Suchthilfesystem versorgten Patient*innen allein im Vergleich zur Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen im Erwachsenenalter zeigen, dass die bestehenden Kapazitäten des differenzierten Suchthilfesystems bei Weitem nicht ausreichen. So zieht die DHS in ihrem Positionspapier als Konsequenzen für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung der Versorgung vielmehr den Schluss, dass psychotherapeutische Praxen bei einer gestuften Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen in fast allen Ebenen einbezogen werden sollten.²⁷</p>	
				Folgeänderungen Antragsverfahren zum		GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>Vor dem Hintergrund der vorgesehenen Aufhebung der Regelungen zum Vorliegen bzw. Erreichen der Abstinenz bei Patient*innen mit Abhängigkeitserkrankungen sind als Folgeänderung auch die Regelungen des § 34 Absatz 1a PT-RL aufzuheben, die das Entfallen der Leistungspflicht vorsehen, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit entfallen, die Abstinenz tatsächlich nicht bis zum Ende von zehn Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation zum Nachweis der Abstinenz gemäß § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 2 und 3 nicht vorgelegt werden kann.</p> <p>Die BPtK schlägt daher vor, den Beschlussentwurf wie folgt zu ergänzen:</p> <p><i>II. § 34 Absatz 1a wird ersatzlos</i></p>		<p>KBV: Zustimmung. Der Anregung der Stellungnehmerin wird gefolgt und der Beschlussentwurf entsprechend angepasst.</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				gestrichen.		
03	DGVM	§ 27 Absatz 2	PatV	Die DGVM unterstützt diese Position.	Ergibt sich aus der Neuverortung der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ unter § 27 Absatz 1.	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme KBV: vergleiche lfd. Nr 2 auf Seite 23. PatV: Kenntnisnahme und Dank
04	dg sps	§ 27 Absatz 2	GKV-SV	Die dg sps lehnt den Vorschlag der GKV-SV ab.	Im Sinne einer Gleichbehandlung mit anderen psychischen Störungen sollte die Therapiefähigkeit und ggf. die Notwendigkeit spezifischer suchttherapeutischer Maßnahmen durch den/die Psychotherapeut:in im Rahmen einer klinischen Gesamtbetrachtung unter Berücksichtigung von Schweregrad, Motivation und Absprachefähigkeit vorgenommen werden.	GKV-Spitzenverband: Den Ausführungen der dg sps kann nicht gefolgt werden. Zwar ist gemäß § 27 Absatz 3 PT-RL immer die Therapiefähigkeit zu prüfen und dies ist selbstverständlich auch bei Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen geboten. Vernachlässigt wird jedoch häufig, dass Psychotherapie – genau wie alle anderen medizinischen und pharmakologischen Eingriffe auch – Nebenwirkungen oder in bestimmten Konstellationen keine Wirksamkeit haben kann. Daher muss der Einsatz von Psychotherapie bewusst und gezielt erfolgen. Patientinnen und Patienten müssen daher auf die Chancen, aber auch auf die Risiken einer

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						psychotherapeutischen Behandlung hingewiesen werden; dies gilt für Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen aufgrund der besonderen Komplexität ihrer Erkrankung insbesondere. KBV: Zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme
						GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme KBV: Zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme
05	DGPM	§ 27 Absatz 2	GKV-SV	Die DGPM unterstützt die Position des GKV-SV.	Abstinenz ist eine grundlegende Voraussetzung für den Erfolg einer Psychotherapie und zur Verhinderung einer Chronifizierung einer der Suchterkrankung.	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme PatV: Abstinenz ist keine zwingende Voraussetzung, sondern stellt eher ein Therapieziel dar. Eine Therapie kann motivierend für den Entzug wirken und dabei helfen, Betroffene zu stabilisieren. Um die bestehende psychotherapeutische Unterversorgung von Menschen mit

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Suchterkrankungen zu verbessern, muss der Zugang zur Therapie ohne die Hürde einer Abstinenzbedingung ermöglicht werden. KBV: vergleiche lfd. Nr. 5 auf Seite 9
			KBV	Ablehnung	Gefährdung der körperlichen und psychischen Gesundheit	KBV: vergleiche lfd. Nr. 5 auf Seite 9 PatV: Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	Gefährdung der körperlichen und psychischen Gesundheit	KBV: vergleiche lfd. Nr. 5 auf Seite 9 PatV: Therapie als Motivator auf dem Weg zur Abstinenz wird hier außer Acht gelassen.
06	DGPPN	§ 27 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Dieser Vorschlag beschreibt den Status Quo.	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme KBV: Zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme
			KBV	Zustimmung	Dieser Vorschlag, unterstützt von der DGPPN, beschreibt einen moderaten Änderungsschritt, der mehr Patientinnen und Patienten in die psychotherapeutisch	KBV: Zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Die Position der PatV schließt einen Einbezug eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie nicht aus (vgl. PatV lfd. Nr. 6 zu III. § 27 Absatz 1).

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p><i>Streichung von „oder Koffein“</i></p>	<p>notwendige Versorgung bringt bzw. dort hält.</p> <p>Die Versorgung dieser Patientengruppe muss multiprofessionell insbesondere durch Einbezug eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen. Es muss dann ein abgestimmtes Behandlungssetting mit psychotherapeutischer UND psychiatrischer Versorgung sichergestellt werden. Eine zusätzliche Behandlung ist sinnvoll.</p> <p>Streichung von „Koffein“: ICD-11 und DSM-5 beschreiben Entzugs-Symptome, vor allem Kopfschmerzen beim Absetzen des Kaffeekonsum, aber kein Abhängigkeits-Syndrom.</p>	<p>PatV zum Vorschlag Streichung von Koffein: Koffein wird in Absatz 1 Nummer 10 nicht umfasst und ist daher für die Diskussion nicht relevant. In F15.2 ICD-10 wird jedoch darauf hingewiesen, dass Koffein als Stimulanz mit einem Abhängigkeitssyndrom verbunden sein kann. Deshalb kann dem Vorschlag in grundsätzlicher Weise nicht gefolgt werden.</p>
			PatV	Ablehnung	Siehe zu § 27 Abs 1	<p>KBV: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: vgl. lfd. Nr. 6 zu III. § 27 Absatz 1).</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07	DG- Sucht	§ 27 Absatz 2	PatV	Dem Streichen von §27 Absatz 2 stimmen wir zu.	Die Therapieziele sind im PatV-Vorschlag bereits in §27 Absatz 1 aufgegriffen.	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. KBV: vergleiche lfd. Nr. 2 auf Seite 23 PatV: Kenntnisnahme und Dank
09	DGVT- BV	§ 27 Absatz 2	GKV-SV	a) Die vom GKV-SV vorgeschlagene Verortung unter § 27 Abs. 2 wird abgelehnt.	a) + b) siehe Begründung zu § 27 Abs. 1/PatV	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. zu a) In den einschlägigen Leitlinien zur Behandlung substanzbezogener Störungen werden psychotherapeutische Interventionen im Rahmen einer multiprofessionellen Komplexbehandlung empfohlen; psychotherapeutische Interventionen sind dabei jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Richtlinienpsychotherapie. Eine somatisch-ärztliche Mitbehandlung ist bspw. insbesondere bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs (F1x.1 nach ICD-10) unerlässlich, da diese eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>b) Die vom GKV-SV formulierte Beschränkung von Richtlinienpsychotherapie auf die Postakutphase und ausschließlich im Zusammenhang mit Abstinenz wird nicht befürwortet.</p>		<p>Gesundheit des Konsumenten (z.B. Hepatitis) erfordert.</p> <p>zu b)</p> <p>Die einschlägigen Leitlinien verordnen die Anwendung ambulanter Richtlinienpsychotherapie in die Postakutphase der Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung, also einer Phase, in der Abstinenz in der Regel schon erreicht ist. In der PT-RL setzt die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung in Einklang damit Abstinenz voraus, bzw. erlaubt sie auch, wenn keine Abstinenz vorliegt, diese aber bis zur zehnten Behandlungsstunde erreicht werden kann.</p> <p>KBV:</p> <p>zu a) vergleiche lfd. Nr. 2 auf Seite 23</p> <p>zu b) Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			KBV	<p>a) Die von der KBV vorgeschlagene Verortung unter § 27 Abs. 2 wird abgelehnt.</p> <p>b) Das von der KBV als Alternative zur Abstinenz formulierte Therapieziel des kontrollierten Substanzgebrauchs wird befürwortet.</p>	<p>a) siehe Begründung zu § 27 Abs. 1/PatV</p> <p>b) Abhängigkeitserkrankungen können einen so ausgeprägten Schweregrad annehmen, dass im Einzelfall eine Abstinenz (noch) nicht möglich ist. In diesem Falle stellt ein kontrollierter Substanzgebrauch ein eigenständiges Therapieziel dar, da es Schaden minimiert, Teilhabe verbessert und Erfahrungen von Kontrolle ermöglicht. Als Beispiel verweisen wir auf die S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. Hier wird empfohlen, dass die Therapieziele individuell und partizipativ erarbeitet werden (vgl. auch NICE, 2010, 2011; Hoch & Preuss, 2024).</p> <p>Auch die S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen</p>	<p>KBV: zu a) vergleiche lfd. Nr. 2 auf Seite 23</p> <p>zu b) Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>PatV: zu a): Kenntnisnahme zu b): Das als Alternative zur Abstinenz formulierte Therapieziel findet sich auch bei der Position der PatV zu § 27 Absatz 1</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>(2022) zeigt auf, dass die Behandlung von Substanzkonsumstörungen abhängig vom Schweregrad und von den individuellen Umständen der Betroffenen ist. Beispielsweise erfordert der Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen in der Schwangerschaft schnelle psychotherapeutische Intervention mit dem Ziel der Abstinenz, die allerdings nicht immer sofort erreicht werden kann. Auch in anderen Fällen sind im Hinblick auf das Ziel Abstinenz psychotherapeutisch begleitete Zwischenschritte zur Zielerreichung sinnvoll.</p> <p>Wie die Übersichtsarbeiten von Bischof (2019, 2024) und Hessler (2021) ausweisen, haben sich verhaltenstherapeutische Interventionen (KVT) auch in Kombination mit Behavioral Self-</p>	

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Control-Trainings bewährt (z.B. UKATT, 2001).	
		PatV		Die von der PatV vorgeschlagene Änderung von Abs. 2 (Nr. 1a + b) wird befürwortet.	a) siehe Begründung zu § 27 Abs. 1/PatV	KBV: vergleiche lfd. Nr. 2 auf Seite 23 PatV: Kenntnisnahme und Dank

V. § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 3 ff (GKV-SV)

GKV-SV	KBV	PatV
Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.		
Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.“		

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
03	DGVM	§ 27 Absatz 2	GKV-SV	Wir lehnen diese Position ab.	Diese Position erscheint uns in Anbetracht der vorliegenden Evidenz nicht mehr zeitgemäß und dient nach unserer Einschätzung nicht dem Wohle der betroffenen Personen.	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. Den Ausführungen kann nicht gefolgt werden; der GKV-Spitzenverband hat sich bei der Ausgestaltung der Regelungen an den verfügbaren Leitlinien orientiert und geht davon aus, dass in aktuellen

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Leitlinien die jeweils vorliegende Evidenz Eingang gefunden hat.</p> <p>KBV: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>
05	DGPM	§ 27 Absatz 2	GKV-SV	<p>aa.) Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen in der Akutphase zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter</p>	<p>Die DGPM schließt sich der Stellungnahme und dem Änderungsvorschlag des GKV-SV an.</p> <p>Allerdings hält die DGPM eine psychotherapeutische Behandlung auch im Falle einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ausnahmsweise dann für zulässig, wenn die Psychotherapie auch unter Berücksichtigung einer körperlichen Abhängigkeit und der Eigendynamik der Substanzen aus fachärztlicher Sicht indiziert ist. Die Indikation ist fachärztlich zu stellen, wenn eine Abstinenz trotz lege artis durchgeführter Entzugsbehandlungen nicht erreicht werden kann. In diesen</p>	<p>GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme.</p> <p>KBV: vergleiche lfd. Nr. 5 auf Seite 9 sowie lfd. Nr. 2 auf Seite 23</p> <p>PatV: vgl. lfd. Nr. 6 zu III. § 27 Absatz 1).</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen.</p> <p>Im Falle einer akuten Intoxikation ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung und Richtlinientherapie mit der Patientin oder dem Patienten nicht zulässig.</p> <p>bb.) <i>Kann Suchtmittelfreiheit trotz Entzugsbehandlungen nicht hergestellt werden, ist nach fachärztlicher Indikationsstellung eine Anwendung von Psychotherapie unter ärztlich begleitetem und kontrolliertem Substanzgebrauch zulässig.</i></p>	<p>Fällen sollte eine Psychotherapie trotz Abhängigkeit unter ärztlich begleitetem und kontrollierten Substanzgebrauch möglich sein.</p>	
06	DGPPN	§ 27 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	<p>Die DGPPN befürwortet eine Flexibilisierung der Möglichkeit psychotherapeutische Versorgung auch bei</p>	<p>GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. Die einschlägigen Leitlinien verorten die Anwendung ambulanter</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Suchterkrankungen zu ermöglichen. Die Festlegung des Erreichens der Abstinenz auf die 10. Behandlungsstunde ist dabei nicht hilfreich und in vielen Fällen zu starr bemessen. PatientInnen müssen auch vollumfänglich Unterstützung finden, wenn sie den Suchtmittelgebrauch reduzieren oder krankheitsbedingt ein hohes Rezidivrisiko besteht.</p>	<p>Richtlinienpsychotherapie in die Postakutphase der Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung, also einer Phase, in der Abstinenz in der Regel schon erreicht ist. In der PT-RL setzt die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung in Einklang damit Abstinenz voraus, bzw. erlaubt sie auch, wenn keine Abstinenz vorliegt, diese aber bis zur zehnten Behandlungsstunde erreicht werden kann. Epidemiologische Studien, die die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Suchterkrankungen untersucht haben, haben eine hohe Wirksamkeit für Kurzinterventionen gefunden, daher erscheint diese Regelung auch fachlich angemessen.</p> <p>KBV: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07	DG- Sucht	§ 27 Absatz 2	GKV-SV	§ 27 Absatz 2 der GKV-SV lehnen wir ab.	Eine Begründung für die stigmatisierende Ungleichbehandlung von Suchtpatienten gegenüber anderen rezidivierenden chronischen psychischen Erkrankungen ist nicht gegeben.	GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme. Der Vorwurf einer Stigmatisierung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen ist unzutreffend. Für Menschen mit Suchterkrankungen existiert in Deutschland ein umfassendes Suchthilfesystem mit verschiedenen Hilfsangeboten im und außerhalb des SGB V, das es in dieser Form für andere psychische Erkrankungen nicht gibt. Eine Stigmatisierung oder Diskriminierung von Personen mit Substanzkonsumstörungen ist insbesondere aus der Abstinenzregel nicht abzuleiten, denn sie schließt eine Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen gerade nicht aus, vielmehr wird durch diese Regelung eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der ambulanten Richtlinienpsychotherapie

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>ermöglicht, auch dann, wenn Patientinnen und Patienten noch keine Abstinenz erreicht haben.</p> <p>KBV: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>
09	DGVT- BV	§ 27 Absatz 2	GKV-SV	<p>a) Die Beschränkung der Richtlinienpsychotherapie auf das Erreichen von Abstinenz innerhalb von max. 10 Behandlungsstunden wird abgelehnt.</p> <p>b) Die Notwendigkeit der Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung wird abgelehnt.</p>	<p>a) siehe Begründung zu § 27 Abs. 1/PatV</p> <p>b) Psychotherapeut*innen sind aufgrund ihrer Ausbildung befähigt Abhängigkeitserkrankungen zu behandeln und nach ihrem fachlichen Ermessen ein somatisches Konsil einzuholen, falls dieses jenseits des Konsiliarverfahrens notwendig ist. Eine zwingende somatische Mitbehandlung entspricht nicht den Empfehlungen einer</p>	<p>GKV-Spitzenverband: Kenntnisnahme.</p> <p>Zu a und b): Die einschlägigen Leitlinien verorten die Anwendung ambulanter Richtlinienpsychotherapie in die Postakutphase der Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung, also einer Phase, in der Abstinenz in der Regel schon erreicht ist. In der PT-RL setzt die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung in Einklang damit Abstinenz voraus, bzw. erlaubt sie auch, wenn keine Abstinenz vorliegt, diese aber bis zur zehnten Behandlungsstunde erreicht</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>individuellen Behandlungsplanung (z.B. S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen). Die ärztliche Bescheinigung der Abstinenz kann für Betroffene die Schwelle zum Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung erhöhen und als Bevormundung erlebt werden. Die Angst vor einer Therapiebeendigung bei Rückfall kann zur Verheimlichung von Rückfällen führen.</p>	<p>werden kann. Epidemiologische Studien, die die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Suchterkrankungen untersucht haben, haben eine hohe Wirksamkeit für Kurzinterventionen gefunden, daher erscheint diese Regelung auch fachlich angemessen.</p> <p>In den einschlägigen Leitlinien zur Behandlung substanzbezogener Störungen werden psychotherapeutische Interventionen im Rahmen einer multiprofessionellen Komplexbehandlung empfohlen; psychotherapeutische Interventionen sind dabei jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Richtlinienpsychotherapie. Eine somatisch-ärztliche Mitbehandlung ist bspw. insbesondere bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs (F1x.1 nach ICD-10) unerlässlich, da diese eine tatsächliche</p>

Lfd. Nr.	Institu- tion	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>c) Die Nicht-Zulässigkeit der Durchführung von probatorischen Sitzungen/Akutbehandlung/RL-PT bei akuter Intoxikation wird abgelehnt.</p>	<p>c) Die Entscheidung über die Durchführbarkeit der Sitzung bei akuter Intoxikation sollte bei dem/der Psychotherapeut*in liegen und nicht generell ausgeschlossen werden. Denn beispielsweise sind Patient*innen, die zur Behandlung einer schweren Schmerzerkrankung kontinuierlich verschreibungspflichtige Opiate einnehmen, in diesem Zustand durchaus in der Lage, einer psychotherapeutischen Sitzung zu folgen und von dieser zu profitieren. Ein/e schwer alkoholisierte/r Patient*in bspw. ist dagegen nicht fähig, sich auf eine therapeutische Sitzung zu konzentrieren. Diese Einschätzung sollte jedoch im fachlichen Ermessen des/der Behandler*in liegen.</p>	<p>Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten (z.B. Hepatitis) erfordert.</p> <p>Zu c) Es ist davon auszugehen, dass bei einer akuten Intoxikation psychotherapeutische Interventionen nur eingeschränkt wirksam sein können, da bei Patientinnen und Patienten durch den Einfluss der psychotropen Substanzen auf verschiedene kognitive Funktionen wie z.B. Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, Lernen und Erinnerung sowie Emotion und Motivation die Behandlungsfähigkeit beeinträchtigt ist.</p> <p>KBV: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Kenntnisnahmen</p>

VI. Literatur

Literatur BÄK

¹ Block, I., Loeber, S. Evidenzbasierte Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen. Nervenarzt 89, 283–289 (2018).

<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0483-7>

² "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" Dezember 2020 <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>

Zugriff am 20.11.2024

³ S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – 1. Auflage. Version 01. 2020. www.awmf.org Zugriff am 20.11.2024

Literatur BPtK

1 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (2020). Screening, Diagnose und Behandlung alkohol-bezogener Störungen.

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html> (Abgerufen am 21.11.2024)

2 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie [DG-Sucht] (2020). S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – 1. Auflage. Version 01.

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-025> (Abgerufen am 22.11.2024)

3 Batra, A., Kiefer, F., Andreas, S., Gohlke, H., Klein, M., Kotz, D., ... & Petersen, K. U. (2021). S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung, Version 3.1. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/de-tail/076-006> (Abgerufen am 19.11.2024)

4 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit [BMG], Bundesärzte-kammer [BÄK], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-kunde [DGPPN] (2016). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1. https://www.dgppn.de/_Re-sources/Persistent/7bc5737466f97d2c581e3c943bb7c9a00f86cdf6/S3-LL-Methamphetamine_leitlinienreport.pdf (Abgerufen am 18.11.2024)

5 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (2020). Screening, Diagnose und Behandlung alkohol-bezogener Störungen.

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html> (Abgerufen am 21.11.2024)

6 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit [BMG], Bundesärzte-kammer [BÄK], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-kunde [DGPPN] (2016). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1. https://www.dgppn.de/_Re-sources/Persistent/7bc5737466f97d2c581e3c943bb7c9a00f86cdf6/S3-LL-Methamphetamine_leitlinienreport.pdf (Abgerufen am 18.11.2024)

7 GOV.UK (2023, October 16). UK clinical guidelines for alcohol treatment: core elements of alcohol treatment.

<https://www.gov.uk/government/consultations/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment-core-elements-of-alcohol-treatment> (Abgerufen am 21.11.2024)

8 World Health Organization (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1> (Abgerufen am 19.11.2024)

9 Wood, E., Bright, J., Hsu, K., Goel, N., Ross, J. W., Hanson, A., ... & Rehm, J. (2023). Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. *CMAJ*, 195(40), E1364-E1379. <https://www.cmaj.ca/conten/cmaj/195/40/E1364.full.pdf> (Abgerufen am 21.11.2024)

10 World Health Organization. (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1> (Abgerufen am 19.11.2024)

11 Wood, E., Bright, J., Hsu, K., Goel, N., Ross, J. W., Hanson, A., ... & Rehm, J. (2023). Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. *CMAJ*, 195(40), E1364-E1379. <https://www.cmaj.ca/conten/cmaj/195/40/E1364.full.pdf> (Abgerufen am 21.11.2024)

12 GOV.UK (2023, October 16). UK clinical guidelines for alcohol treatment: core elements of alcohol treatment.

<https://www.gov.uk/government/consultations/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment-core-elements-of-alcohol-treatment> (Abgerufen am 21.11.2024)

13 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (2020). Screening, Diagnose und Behandlung alkohol-bezogener Störungen.

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html> (Abgerufen am 21.11.2024)

14 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie [DG-Sucht] (2020). S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – 1. Auflage. Version 01.

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-025> (Abgerufen am 22.11.2024)

15 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit [BMG], Bundesärzte-kammer [BÄK], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-kunde [DGPPN] (2016). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/7bc5737466f97d2c581e3c943bb7c9a00f86cdf6/S3-LL-Methamphetamine_leitlinienreport.pdf (Abgerufen am 18.11.2024)

16 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (2020). Screening, Diagnose und Behandlung alkohol-bezogener Störungen. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html> (Abgerufen am 21.11.2024)

17 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit [BMG], Bundesärzte-kammer [BÄK], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-kunde [DGPPN] (2016). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/7bc5737466f97d2c581e3c943bb7c9a00f86cdf6/S3-LL-Methamphetamine_leitlinienreport.pdf (Abgerufen am 18.11.2024)

18 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie [DG-Sucht] (2020). S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – 1. Auflage. Version 01. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-025> (Abgerufen am 22.11.2024)

19 GOV.UK (2023, October 16). UK clinical guidelines for alcohol treatment: core elements of alcohol treatment. <https://www.gov.uk/government/consultations/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment-core-elements-of-alcohol-treatment> (Abgerufen am 21.11.2024)

20 World Health Organization (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1> (Abgerufen am 19.11.2024)

21 Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung [DPtV] (2021). Report Psychotherapie 2021. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Re-port_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf (Zugriff am 22.11.2024).

22 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (2020). Screening, Diagnose und Behandlung alkohol-bezogener Störungen.

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html> (Abgerufen am 21.11.2024)

23 GOV.UK (2023, October 16). UK clinical guidelines for alcohol treatment: core elements of alcohol treatment.

<https://www.gov.uk/government/consultations/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/uk-clinical-guidelines-for-alcohol-treatment-core-elements-of-alcohol-treatment> (Abgerufen am 21.11.2024)

24 World Health Organization (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1> (Abgerufen am 19.11.2024)

25 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit [BMG], Bundesärztekammer [BÄK], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN] (2016). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/7bc5737466f97d2c581e3c943bb7c9a00f86cdf6/S3-LL-Methamphetamine_leitlinienreport.pdf (Abgerufen am 18.11.2024)

26 Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., ... & Rumpf, H. J. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Sucht*, 63(5), 253-259. https://eprints.lse.ac.uk/86580/1/Evans-Lacko_Stigma%20von%20Suchterkrankungen_2018.pdf (Abgerufen am 22.11.2024)

27 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS] (2019). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland: Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven – Update 2019; https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf (Abgerufen am 21.11.2024)

Literatur DGVT-BV

- Bischof, G., Lange, N., Rumpf, H-J., Preuss, U. (2019): Stellungnahme Dachgesellschaft Sucht: Reduziertes Trinken und Schadensminderung bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen. *Sucht*, 65, 115-134.
- Bischof, G. (2024): Debatte zu kontrolliertem Trinken: Was wir über kontrolliertes und reduziertes Trinken wissen und was nicht. *Suchttherapie*, 25, 136-141.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2023). Stellungnahme zum Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften. [Zugriff: 26.11.2024]. URL: https://api.bptk.de/uploads/STN_B_Pt_K_Kab_E_Can_G_d86bb1eaa2.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016). Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Methamphetamin-bezogene Störungen; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 038-024. Berlin (GER): Ärzliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). [Zugriff: 25.11.2024]. URL: <https://www.aezq.de/medien/pdf/publikationen/archiv/s3-ll-methamphetamin-bezogene-stoerungen-lang.pdf>.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie and Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2020). Medikamentenbezogene Störungen; S3-Leitlinie, Langversion 1.1 [online]. AWMF-Registernummer 038-025. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); [Zugriff: 25.11.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-025I_S3_Medikamentenbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf
- Henssler J, Müller M, Carreira H, Bschor T, Heinz A, Baethge C. (2021). Controlled drinking-non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116(8): 1973-1987. doi: 10.1111/add.15329. Epub 2020 Dec 14. PMID: 33188563.
- Hoch, E. Preuss, U. (2024): Cannabis. Konsum, Gefahr, Mythen, Nutzen. LMV, München.
- Kiefer, F., Hoffmann, S., Petersen, K.U., Batra, A. (Hrsg) (2022): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Springer, Berlin.
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence (2010): Alcohol-use disorders: Preventing the development of hazardous and harmful drinking – public health guidance (PH 24). National Institute for Health and Care Excellence, London.
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence (2011): Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
- United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT) (2001): Hypothesis, design and methods. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 11-21.

Wortprotokoll



von einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL):

Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie

Vom 17. Dezember 2024

Vorsitzender: Herr Dr. van Treeck

Beginn: 11:00 Uhr

Ende: 12:06 Uhr

Ort: Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Herr Harfst

Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (DGSPS)
Herr Dr. Bischof

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung & Suchttherapie (DG-Sucht)
Herr Prof. Dr. Mühlig

Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (VAKJP)
Frau Meisel

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
Frau Burgdorf

Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Willkommen zum Unterausschuss PPV, zur Anhörung. Ich werde zunächst die Formalitäten verlesen, nach denen diese Anhörung durchgeführt wird. Zunächst einmal schaue ich, ob alle Teilnehmer, die sich für die Anhörung angemeldet haben, anwesend sind, und dann sage ich noch etwas zum Ablauf; und Sie sagen einfach, ob Sie da sind. – Herr Harfst von der Bundespsychotherapeutenkammer, sind Sie da?

Herr Harfst (BPtK): Ich bin da, guten Morgen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Sehr schön. – Dr. Bischof von der DGSPS?

Herr Dr. Bischof (DGSPS): Ich bin da.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke. – Prof. Dr. Mühlig von der DG-Sucht?

Herr Prof. Mühlig (DG-Sucht): Ja, ist auch hier.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke. – Frau Meisel von der VAKJP?

Frau Meisel (VAKJP): Ja, ich bin anwesend.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Und Frau Burgdorf von der DGVT?

Frau Burgdorf (DGVT): Ja, bin da.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Wunderbar. – Also, von dieser Anhörung wird ein Wortprotokoll erstellt, das auch veröffentlicht wird. Wenn Sie etwas sagen möchten oder etwas sagen werden, nennen Sie bitte Ihren Namen und die Institution für das Wortprotokoll. Wenn Sie nicht sprechen, bitte stummschalten. Und wenn Sie eine Wortmeldung haben, schreiben Sie bitte ein X in den Chat, dann sagt die Geschäftsführung hier neben mir die Reihenfolge an, in der Sie dann sprechen werden.

Sie sollen jetzt nicht, was auch viel zu umfänglich wäre, die Stellungnahmen 1:1 wiederholen, sondern nur die zentralen Punkte herausheben. Sinn dieses Austausches ist, dass dann der Unterausschuss Fragen stellen kann und wir im Nachgang beraten werden, was wir machen.

Ich werde jetzt nacheinander alle Beteiligten im Anhörungsbereich abrufen, sodass Sie hintereinander vortragen werden. Im Anschluss daran werden wir vom Unterausschuss Fragen stellen. Möchten Sie beginnen, Herr Harfst?

Herr Harfst (BPtK): Herr van Treeck, das mache ich sehr gern, vielen Dank. – Ich will mich kurzfassen. In der Stellungnahme haben wir ja unsere zentralen Punkte dargelegt. Zunächst einmal begrüßen wir sehr, dass vorgesehen ist, auch konsentiert im Unterausschuss PPV, dass von der Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen abgesehen wird, sondern grundsätzlich psychotrope Substanzen und ihre Auswirkungen in den Blick genommen werden und dann Fragen der Legalität nicht mehr entscheidend sind. Das ist eine Debatte, die wir zu einem früheren Zeitpunkt auch schon mal hatten mit Blick auf die Legal Highs und Ähnliches, wo man sagen müsste, das ist eigentlich nicht zielführend, dass die juristischen Momente da eine Rolle spielen, inwieweit ein Leistungsanspruch besteht auf eine psychotherapeutische Behandlung oder nicht. Also das begrüßen wir sehr, dass diese Umstellung vorgesehen ist.

Wir unterstützen den Vorschlag der Patientenvertretung, die Abhängigkeitserkrankungen und den schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen in Abs. 1 des § 27 zu regeln. Es ist aus unserer Perspektive sachgerecht mit Blick auf das gesamte Spektrum von Patientinnen und

Patienten, die mit entsprechenden Diagnosen psychotherapeutisch zu versorgen sind, auch mit Blick darauf, dass bei den Abhängigkeitserkrankungen explizit auch Patientengruppen in den Blick genommen werden, bei denen zumindest zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns eine Abstinenz nicht realistisch erreichbar ist, aber die „Harm Reduction“ des kontrollierten Gebrauchs als Therapieziel vereinbart werden kann und eine Behandlung entsprechend initiiert ist; und dass die Regelung entfällt, dass eine Abstinenz innerhalb einer bestimmten Sitzungszahl tatsächlich erreicht werden muss.

Wir hatten in unserer Stellungnahme auch noch mal dargelegt, dass diese quantitative Vorgabe für sich genommen schon problematisch ist, wenn man sich das gesamte Spektrum der Patientinnen und Patienten und auch der verschiedenen Substanzen anschaut. Also so ein klassisches Beispiel ist sicherlich die Diazepam-Abhängigkeit, wenn da eine schwere Abhängigkeit besteht. Und bei älteren Patienten ist das ja etwas, was auch immer wieder auftritt. Dann sind zehn Sitzungen *per se* schon, selbst wenn man die Perspektive der Abstinenzerreicherung hat, zu kurz gegriffen.

Und eine Regelung in der Psychotherapierichtlinie sollte eben nicht nur den Durchschnittsfall, sondern alle Patientengruppen berücksichtigen, damit da eine leitliniengerechte Versorgung möglich ist. Und das gesagt ist es erforderlich, dass für eine Umsetzung der leitliniengerechten Behandlung auch gewährleistet ist, dass auch gerade die Patientinnen und Patienten, bei denen aktuell keine Abstinenz realistisch erreichbar ist, aber eine psychotherapeutische Behandlung eine substanzelle Besserung der Problematik erwirken kann, dass das nach der Richtlinie entsprechend auch umsetzbar ist. Und das ist aus unserer Perspektive am allerbesten realisierbar, wenn die Indikation in § 27 Abs. 1 als zehnte Indikation mit aufgeführt ist. Zumal das gar nichts daran ändert, dass natürlich bei entsprechenden Indikationen eine somatische Mitbehandlung über den Hausarzt oder auch über eine Psychiaterin entsprechend sichergestellt werden kann und die Psychotherapeuten dies entsprechend ihrer berufsrechtlichen Verpflichtungen ohnehin gewährleisten. Das vielleicht als initiales Statement vonseiten der Bundespsychotherapeutenkammer. – Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Harfst. – Dann kommen wir zu Dr. Bischof.

Herr Dr. Bischof (DGSPS): Ich möchte auch im Einzelnen unsere Stellungnahme jetzt nicht Punkt für Punkt wiederholen. Aber ergänzend möchte ich noch mal sagen: Abhängigkeitserkrankungen sind gut behandelbare Erkrankungen und gleichzeitig unter den psychischen Störungen diejenigen, die bisher am schlechtesten vom Versorgungssystem erreicht werden. Und insbesondere durch die ambulante Psychotherapie könnte sich die Chance ergeben, Betroffene früher zu erreichen. Aktuell liegt die Abhängigkeitsdauer bei Beginn der ersten Entwöhnungsbehandlung bei über 16 Jahren. Und in dem Zusammenhang finden wir eine Gleichbehandlung mit anderen psychischen Erkrankungen wichtig. Das heißt, wenn begründbar von einer Besserung der Symptomatik im Kontext einer Psychotherapie auszugehen ist, dann sollte die ohne formalisierende Regelungen wie die Zehnstundenregelung eingeführt werden, zumal die unabhängige Evaluation des Abstinenzstatus auch ein bedeutsames Hemmnis darstellt für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, überhaupt solche Patienten zu behandeln.

Weiterhin finden wir problematisch die reine Abstinenzfixierung, da wir sowohl aus epidemiologischen Studien als auch aus Behandlungsmetaanalysen wissen, dass ein substanzeller Teil der Betroffenen ein risikoarmes asymptomatics Trinkmuster übernehmen kann im Alkoholbereich. Und wir denken, wenn wir Abhängigkeiten verkürzen können, können wir auch die somatischen Folgeprobleme, die entstehen, reduzieren. Wir

wissen auch, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen aktuell unabhängig vom Behandlungsstatus eine signifikant reduzierte Lebenserwartung haben. Da würden wir auch erwarten, dass bei früheren Zugängen das substanzell gebessert werden kann.

Und wir wissen weiterhin aus schwedischen Studien, dass gerade bei jüngeren abhängigkeitserkrankten Menschen die Abstinenzvorgabe ein substanzelles Hemmnis darstellt, überhaupt Hilfe in Anspruch zu nehmen. Und in diesem Sinne würden wir die Streichung der Abstinenzregel sowie eine flexiblere Zielfindung begrüßen.

Dessen ungeachtet bleibt ja der Sachverhalt, dass im Kontext der Psychotherapie begründet werden muss, wie so eine Therapie zu einer klinischen Verbesserung führen würde. – So viel erst mal von meiner Seite.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Herr Bischof. – Jetzt Prof. Mühlig, bitte.

Herr Prof. Mühlig (DG-Sucht): Ja, ich kann mich den Argumenten weitgehend aus Sicht der DG-Sucht anschließen, die jetzt schon vorgetragen worden sind.

Ich möchte vielleicht noch einige Aspekte ergänzen. Ich bin also an allen genannten Leitlinien – Alkohol-, Tabak- und Methamphetamin-bezogene Störungen – beteiligt gewesen, habe jeweils die Kapitel zur Psychotherapie verantwortet und die Arbeitsgruppen geleitet und insofern auch einen guten Überblick bekommen über die Evidenzlage.

Und die Frage, ob Abstinenz oder kontrollierter Konsum: Hier ist aus klinischer Sicht wichtig zu unterscheiden, dass es eben viele betroffene Patienten gibt, die sehr wohl mit kontrolliertem Konsum einen Therapieerfolg erreichen können und die Abstinenz nicht zwingend notwendig ist. Aber ergänzend dazu noch mal, das ist ja schon genannt worden: Die Evidenzlage bezieht sich teilweise ausdrücklich auf Studien, die genau das als primäres Outcome gewählt haben. Also bei den Methamphetamin-Leitlinien haben wir fast keine internationale Studie gefunden, die überhaupt Abstinenz als primäres Outcome gewählt hatte. Das waren weit überwiegend Studien, die kontrollierten Konsum zum Ziel haben. Das nur noch mal als Randbemerkung für die Evidenz und die Leitlinienaussage.

Aus klinischer Sicht: Also ich bin als Leiter der Ambulanz auch selber in der Therapie tätig, behandle auch einige Suchtpatienten und kann aus unmittelbarer Anschauung noch mal sehen und belegen, dass viele Patienten eine große anfängliche Hürde haben, in die Psychotherapie zu kommen, weil Suchterkrankungen nach wie vor stigmatisierend behandelt werden und diese Hürde, nur im Zustand der Substanzmittelfreiheit überhaupt, oder zumindest nach zehn Behandlungseinheiten, dieses Angebot in Anspruch nehmen zu können, viele Patienten abschreckt, sodass wir relativ wenige dieser Patienten in der ambulanten Versorgung sehen.

In Bezug auf die wahren Prävalenzen müssten viel mehr ins Versorgungssystem gelangen. Und das ist eine, aus unserer Sicht, unnötige Hürde, die hier aufgebaut wird, mit allen bereits von Herrn Bischof und Herrn Harfst genannten Konsequenzen, dass man hier große Folgebelastungen und Schäden in Kauf nehmen muss, wenn erst spät interveniert wird.

Vielleicht noch mal eine aus klinisch-therapeutischer Sicht wichtige Anmerkung: Bei den Suchterkrankungen ist es ja so, dass mit der Chronizität die neurobiologischen Veränderungen in die Richtung leider gehen, dass ausgerechnet die Hirnregionen, die für die exekutive Kontrolle und für die Abstinenz zuständig sind, aufgrund der neurotoxischen Wirkung, zum Beispiel von Alkohol und einigen illegalen Drogen, geschädigt werden und praktisch mit jedem Jahr, in dem Patienten nicht in Behandlung kommen, die Behandlung immer schwieriger wird.

Insofern kann ich nur unterstützen: Je früher, desto besser, desto erfolgreicher. Und wir sollten zusehen, möglichst die unnötigen Hürden hier aus dem Weg zu räumen. Die DG-Sucht unterstützt also insofern die Änderungsvorschläge der Patientenvertretung hier, also die Suchterkrankung in den Abs. 1 aufzunehmen und die Abstinenzregel komplett zu streichen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Herr Prof. Mühlig. – Frau Meisel, bitte.

Frau Meisel (VAKJP): Guten Tag. Ich spreche hier für die Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, VAKJP, und wir sehen das natürlich vor allen Dingen aus dem Bereich der Jugendlichen und Kinder. Gott sei Dank betrifft es meistens keine Kinder, sondern eher die Jugendlichen.

Es wurde hier bereits mehrfach gesagt, dass es wichtig ist, tatsächlich früh einzugreifen und früh dem Suchtverhalten etwas entgegenzusetzen. Und wir finden es sehr gut, dass jetzt hier vorgesehen ist, nicht mehr zwischen legal und illegal zu unterscheiden. Also im Jugendlichenbereich ist es ja auch weiterhin so, trotz der Legalisierung des Cannabis, dass Cannabis unter 18 weiterhin illegal ist.

Aber es ist wichtig eben, dass die Psychotherapeuten, die Verantwortlichen die Entscheidung treffen können, wo vielleicht ein Entzug wirklich eine Voraussetzung ist oder was überhaupt wichtig ist für die Aufnahme und die Weiterführung der Therapie. Und wir sehen es in unserem Bereich häufig, dass in der kritischen Phase der Pubertät und dieser Transition vom Kind zum Erwachsensein psychotrope Substanzen natürlich ein großes Bedrohungspotenzial für die Jugendlichen haben, aber andererseits auch ein Stück normale Sozialisation sind, dass die irgendwie versuchen, Grenzerfahrungen zu machen, zu Peergroups dazugehören und dass es wichtig ist oder vielleicht auch so eine Art Selbstmedikamentierung ist, die dann natürlich maligne wird und sich in chronifiziertem Suchtverhalten verstetigen könnte, wenn man das nicht aufbrechen kann.

Und deshalb finden wir es ganz wichtig, dass diese Hemmschwelle, auch darüber zu sprechen – ich weiß, dass ich beispielsweise in meinem Therapievertrag immer drinstehen habe, dass Drogenkonsum nicht in der Therapie förderlich ist oder dass das ausgeschlossen ist. Und das ist dann, wenn die zum Beispiel sich auf diesen Passus beziehen – dass die sich sehr schwertun, das überhaupt zu adressieren, dass es sehr wichtig ist, möglichst frühzeitig mit den Jugendlichen oder auch Kindern eben das anzuschauen und zu schauen, welche Bedeutung das hat und wo man einschreiten muss und in welcher Form.

Und insofern finden wir das wichtig, dass es den Psychotherapeuten überlassen ist zu gucken, welche fachliche Entscheidung jetzt an dieser Stelle getroffen werden muss, um eben auch eine Chronifizierung zu verhindern. – Soweit erst mal. Danke.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Frau Meisel. – Und jetzt noch Frau Burgdorf.

Frau Burgdorf (DGVT): Danke. – Wir möchten uns auch ganz vollumfänglich den Forderungen der Bundespsychotherapeutenkammer anschließen, die auch eine sehr ausführliche Stellungnahme abgegeben hat. Und ich möchte auch noch mal ergänzend zu unserer schriftlichen Stellungnahme sagen, dass es aus unserer Sicht ein überfälliger Schritt ist, dass die Zehnstundenregelung aufgehoben wird; und dass Menschen mit Suchtproblemen, ebenso wie Menschen mit Depressionen oder Menschen, die medizinisch mit Schmerzmedikamenten, dazu gehören ja auch Opioide, behandelt werden, auch dann eben psychotherapeutisch behandelt werden können, wenn sie noch nicht abstinenz sind. Das ist uns also ein ganz wichtiger Aspekt, den wir hier auch noch mal zu Protokoll geben möchten.

Abhängigkeitserkrankungen können einen so ausgeprägten Schweregrad annehmen, dass im Einzelfall eine Abstinenz noch nicht möglich ist, eine Psychotherapie dennoch erforderlich ist. Und das ist der Aspekt, der uns zentral wichtig erscheint. Das gilt auch für Menschen, die medizinisches Cannabis konsumieren, das hatte Herr Harfst erwähnt. Wir müssen wirklich stark unterscheiden unter modernen Gesichtspunkten, welche Drogen mittlerweile legal sind. Oder auch Menschen, die zur Behandlung von ADHS Methamphetamine einnehmen. Also das ist auch noch mal ein wichtiger Aspekt aus unserer Sicht.

Wir sehen auch viele Fälle, die zeigen, dass Menschen, die von psychoaktiven Substanzen abhängig sind, durchaus gut ansprechbar sind von einer Psychotherapie und auch von Psychotherapie profitieren können. Diese Menschen sollten Zugang haben zu den Behandlungen, ebenso andere Menschen mit anderen psychischen Störungen wie Depressionen und anderen Diagnosen. Und wir sehen es deshalb als ganz dringend notwendigen Schritt, auch im Sinne einer modernen psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung, diese anstehenden Änderungen jetzt umzusetzen. Deswegen fordern wir die vollständige Aufhebung von § 27 Abs. 2 Nr. 1a der Psychotherapierichtlinie und möchten da auch noch mal auf unseren Schriftsatz verweisen. – Danke.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Frau Burgdorf. – Jetzt kommen wir zu den Fragen des Unterausschusses. Ich habe eine ganze Reihe Fragen; ich muss vielleicht erst einmal einleitend sagen, ich bin vom Fach, das macht es jetzt ein bisschen schwieriger. Also ich bin Psychiater und Psychotherapeut, ich habe in der Sucht angefangen. Ich habe auch hier in Berlin mal eine Suchtklinik geleitet in einem großen Suchthilfesystem, ich habe 20 Jahre lang an Lehrinstituten psychologische Psychotherapeuten ausgebildet. Warum sage ich das? – Also erstens kenne ich die klinische Erfahrung und zweitens habe ich eine hohe Wertschätzung erstens für diese Patientengruppe, wo es um eine bedarfsgerechte Versorgung geht, und zweitens auch für die Berufsgruppe der Psychologen und Psychotherapeuten.

Ich weiß aber auch aus 20 Jahren Supervision, wo die Limitationen des Berufs sind und wo auch Risiken für Patienten bestehen. Damit Sie ein bisschen besser verstehen, warum ich jetzt – ich fange erst mal nur mit einer Frage an und die richtet sich direkt an Sie, Frau Burgdorf: Also es gibt keine psychiatrischen Substanzen, Sie meinen vermutlich Psychopharmaka. Und Psychopharmaka sind Medikamente, die in aller Regel kein Abhängigkeitspotenzial haben. Insofern sind die völlig unterschiedlich von den Substanzen, die Sie auch noch genannt haben: Opiate und eben Suchtmittel. Und damit sind wir schon eigentlich relativ nah an einem der Themen, die ich dazu habe, und zwar: Es gibt sowas wie zustandsgebundenes Lernen; ich bin auch Verhaltenstherapeut. Und wenn Sie unter Suchtmittelkonsum oder unter Substanzeinnahme Dinge in der Psychotherapie lernen, ist die Frage: Wie kann man das in einem späteren Zustand in den Alltag übertragen, wo Sie eben nicht mehr Suchtmittel konsumieren? Denn die Abstinenz ist ja nach wie vor ein vernünftiges Ziel aus verschiedenen Gründen, die Sie auch selber genannt haben: verkürzte Lebenserwartung, Neurobiologie, die geschädigt wird. Also wie gehen Sie damit um, dass Sie im Zustand der Nichtabstinenz Psychotherapie machen, und wie übertragen Sie nachher die Erfahrungen in einen Zustand? Also wie gehen Sie um mit dem zustandsgebundenen Lernen und der Forderung nach Abstinenz bzw. Ihrer Forderung, das Thema niedriger zu hängen? Vielleicht direkt an Sie, Frau Burgdorf.

Frau Burgdorf (DGVT): Ja, ich beziehe mich hier auf die Stellungnahme, die wir mit Frau Prof. Irmgard Vogt erarbeitet haben, sie ist auch unsere Suchtexpertin im Verband. Ich selbst bin Juristin und kann deswegen jetzt unmittelbar auf Ihren Einwand nicht eingehen.

Es ist uns wichtig, dass wir das insgesamt betrachten, dass die psychotherapeutische Versorgung eben hier mit diesen Themen auf eine moderne Weise auch umgeht, dass wir uns den gesellschaftlichen Entwicklungen auch nicht verschließen können und dass natürlich diese medizinischen Fragen, die Sie ansprechen, natürlich auch geklärt sein müssen. Vielleicht kann es ja auch in der Richtlinie geklärt werden, klarere Vorgaben zu machen an die Kollegen, das heißt, an die Behandler. Aber diese Zehnstundenregelung kann derzeit nicht mehr gehalten werden. Und wir müssen das auch aus einer Grauzone herausholen, aus der psychotherapeutischen Versorgung. Mehr kann ich dazu nicht sagen. Wenn Sie jetzt auf diese einzelnen Wirkstoffe eingehen, dazu hatten wir uns auch, glaube ich, nicht im Detail geäußert in der Stellungnahme. Also das muss ich jetzt zurückweisen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Herr Mühlig hat sich schon gemeldet, er ist näher dran fachlich. Herr Mühlig, bitte.

Herr Prof. Mühlig (DG-Sucht): Genau, ich könnte kurz darauf eingehen. Also zunächst mal müssen wir auseinanderhalten Zustand der Dauerabstinenz und Zustand während der Therapiestunde. Es ist ja nicht gleichzusetzen, dass jetzt jemand, der noch nicht die Totalabstinenz erreicht hat, jetzt in jeder Therapiestunde im Substanzmittelrausch auftritt. Und dann würde ja sowieso diese Regelung greifen, dass wir aus klinischer Sicht die Therapiefähigkeit und Ansprechbarkeit zu berücksichtigen haben. Und das mache ich in der Regel auch bei zum Beispiel Cannabiskonsumenten, wenn ich den Eindruck habe, die sind jetzt nicht therapiefähig oder die haben das amotivationale Syndrom, dann sind die für die Therapie noch nicht geeignet und müssen tatsächlich abstinent werden. Es gibt auch andere Fälle, wo das eben nicht gegeben ist, und dann ist alles gut. Also das als Vorbemerkung.

Jetzt die eigentliche Frage, zustandsabhängiges Lernen: Ja, das stimmt. Das heißt aber im Umkehrschluss nicht, dass, wenn man etwas lernt in einem bestimmten Zustand, wie hier zum Beispiel, dass noch vielleicht eine Nachwirkung, Substanzkonsum in der Therapiestunde vorhanden ist, dass man jetzt gar nichts lernen könnte in der Therapiestunde, es ist nur etwas eingeschränkt. Also wenn Sie sich die Studienlage mal angucken, die Experimente, dann ist die Erinnerungsfähigkeit in diesem gleichen Zustand verbessert, aber im Umkehrschluss ja nicht komplett aufgehoben. Also es ist eine etwas suboptimale Bedingung vielleicht, aber nicht eine, die rechtfertigt, jetzt hier den Substanzkonsum komplett auszuschließen.

Und dann hängt es natürlich, wie Sie sicherlich auch wissen, von der jeweiligen Substanz ab und von vielen anderen Faktoren, Setting usw. Das ist ja in Wirklichkeit ein sehr komplexes Geschehen. Und diese formalistische Herangehensweise, Totalabstinenz immer vorauszusetzen für jede Therapiefähigkeit und Lernfähigkeit, halte ich nicht für sachgerecht. – Danke schön.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Vielen Dank, Herr Prof. Mühlig. – Frau Meisel hat sich auch noch gemeldet.

Frau Meisel (VAKJP): Ich würde jetzt eher so aus der Praxis sagen: Natürlich macht es schon weniger Sinn, mit einem Patienten, der high oder noch immer unter Alkoholeinfluss ist, therapeutisch zu arbeiten. Das wäre da an der Stelle aber ein Ziel, das für die auch klarzumachen. Also das erlebe ich tatsächlich auch in der Praxis, dass die selber den Unterschied auch mitbekommen. Aber es ist eben wichtig, dass man überhaupt das identifizieren und herausarbeiten kann, um dann einfach auch diese entsprechende Motivation jetzt speziell für Jugendliche zu fördern, zu sehen: So komme ich nicht weiter. Und ich würde, nachdem die zwei-, dreimal in solch einem Zustand da sind, auch sagen, so mache ich keine Therapie mit dir, also dann kannst du das nächste Mal bitte wieder nüchtern

ankommen. – Ich glaube, das ist schon noch mal wichtig. Aber erst mal muss man überhaupt mit denen diesen Unterschied herausarbeiten, gerade bei Jugendlichen, finde ich. Das wollte ich noch ergänzen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Die KBV hat sich auch gemeldet.

KBV: Ja, wunderbar. – Ich habe noch mal eine Frage in die Runde. Also wir haben jetzt viel darüber gesprochen, welche Möglichkeiten wir im ambulanten Bereich haben. Und auch das Diskriminierungspotenzial ist in einigen Stellungnahmen und jetzt auch angesprochen worden.

Ich habe noch mal die Frage: Was passiert denn eigentlich mit den Patienten, mal angenommen, sie würden in der achten oder neunten Sitzung aus der ambulanten Psychotherapie herausgehen? Also wie sind denn Ihrer Erfahrung nach die weiteren Verläufe?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke für Ihre Frage. – Also ich weiß gar nicht, ob man Daten dazu hat. Wer möchte antworten aus dem Kreis der Anzuhörenden? – Herr Mühlig. Herr Bischof, Entschuldigung, Sie haben schon angefangen. Ja, jetzt sehe ich Sie, Herr Bischof.

Herr Dr. Bischof (DGSPS): Also nach meinem Erfahrungsstand ist es so, dass die Behandlung bei dem von Ihnen genannten Beispiel dann einfach beendet wird und dass dann im Nachhinein auch erst mal ohne Weiteres nicht mehr viel passiert.

Ich wollte vor allen Dingen auch noch mal zu dem Aspekt der – also zum einen wurde ja schon genannt – –

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Entschuldigung, Herr Bischof, darf ich da noch mal nachhaken, denn das erschreckt mich jetzt ein bisschen. Für mich war eigentlich selbstverständlich, wenn jemand mit dem einen Therapiemodul nicht weiterkommt, ein Patient, dass man dann eine bedarfsgerechte Weiterversorgung, zum Beispiel eine Entzugsbehandlung, organisiert. Gibt es Daten dazu? Also das erschreckt mich jetzt ein bisschen, dass Sie sagen, die Therapie wird einfach beendet. Wir haben ja ein sehr dichtes Suchthilfesystem und dann findet keine Weiterleitung statt?

Herr Dr. Bischof (DGSPS): Na ja, es wird mit Sicherheit empfohlen. Wir wissen ja aber auch, dass wir im Moment pro Jahr ungefähr 10 % der Betroffenen im Alkoholbereich überhaupt erreichen mit dem Suchthilfesystem. Und dann ist natürlich die spannende Frage, wie weit der Patient oder die Patientin sich dann in weitergehende Behandlung begibt. Und dazu sind mir keine Daten bekannt.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Also wie gesagt, das erschreckt mich sehr, denn ich bin immer davon ausgegangen, dass man bedarfsgerecht dann das richtige Behandlungsmodul sucht. Und das gehört für mich auch eigentlich zu Psychotherapeuten, sowohl zu psychologischen als auch zu Ärzten, dazu, dass man sich um den Patienten als Ganzes kümmert. – Herr Prof. Mühlig hat sich auch noch dazu gemeldet.

Herr Prof. Mühlig (DG-Sucht): Ja. Also ich möchte das noch mal bejahen, was Sie gerade vermuten: Es gibt tatsächlich keine Daten dazu. Wir haben für unseren Bereich in Chemnitz mal versucht, das herauszubekommen, wie diese Behandlungspfade laufen. Und es wird leider auch überhaupt nicht dokumentiert. Diese Schnittstellen funktionieren halt an der Stelle auch nicht ideal. Was wir alle sicherlich machen, die niedergelassenen Psychotherapeuten und wir in der Ambulanz, ist, dass wir den Patienten anraten, dann noch mal in die Suchtberatung zu gehen oder eine Entzugsbehandlung vorzuschalten.

Nun muss man aber auch wissen – also ich will nicht Eulen nach Athen tragen –, aber es ist

natürlich auch so, dass nicht jeder Patient, der in die ambulante Psychotherapie kommt, jetzt eine Entzugsbehandlung noch braucht. Die sind ja häufig schon in einem Zustand, wo sie ein paar Aufhörsversuche gemacht haben, wo sie vielleicht unregelmäßig konsumieren, auch kontrolliert schon konsumieren, also reduziert haben. Die sind ja nicht alle jetzt in dem Extremzustand der Abhängigkeit – wenn die zu uns kommen jedenfalls nicht –, sondern die landen ja dann tatsächlich schon eher in dem stationären Bereich oder im suchtspezifischen Bereich.

Die, die zu uns kommen, sind ja in erster Linie, das habe ich vorhin noch vergessen zu sagen, auch Patienten mit psychischer Komorbidität. Die kommen ja häufig, weil sie auch eine andere Problematik haben, und die steht dann sogar im Vordergrund, und dann stellt sich heraus, dass sie zusätzlich eine Abhängigkeit haben. Und diese Abhängigkeit ist aber möglicherweise gar nicht so ausgeprägt, dass jetzt zwingend eine Entzugsbehandlung vorgeschaltet werden muss. Insofern macht es auch keinen Sinn, sie an der Stelle dorthin zu schicken, sondern wir würden sie gern aufnehmen und direkt behandeln.

So, und wenn jetzt aber dieses Kriterium greift und die sind nach zehn Stunden nicht abstinenz, dann wird ihnen in der Regel angeraten, noch mal einen anderen Versuch zu machen im Suchthilfesystem selbst. Und das ist suboptimal, weil dann diese anderen Störungsbilder eben dort auch nicht mitbehandelt werden. Das ist ja genau dieses Dilemma, das wir häufig haben: Die Suchtpatienten werden von Niedergelassenen häufig nicht genommen aufgrund dieser ganzen Hürden und Barrieren, haben sowieso schon eine hohe Barriere, überhaupt Hilfe in Anspruch zu nehmen. Und wenn sie im Suchtbereich landen, werden ihre psychischen Komorbiditäten nicht angemessen behandelt, weil wiederum die Suchtberater nicht fachkompetent sind in der Behandlung der anderen psychischen Störungen, sodass sie immer wieder, so berichten sie uns das jedenfalls, durch das Raster fallen und hierhin gehen und dahin gehen und kriegen nirgendwo die wirklich adäquate ganzheitliche kohärente Behandlung. Das könnten wir machen in der ambulanten Psychotherapie, aber es steht dann häufig eben dieses Abstinenzgebot im Weg und das in vielen Fällen, nicht in allen, aber in vielen Fällen eben unnötigerweise und nicht sachgerecht. Das ist der Punkt, auf den wir da hinauswollen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Prof. Mühlig. – Zu „ganzheitlich“ habe ich noch eine Frage, aber der GKV-SV hat sich gemeldet.

GKV-SV: Ich würde gern noch mal ein anderes Thema anreißen und habe eine Frage an die BPtK, also an Herrn Harfst. Die BPtK führt an verschiedenen Stellen ihrer Stellungnahme aus, dass durch das Konsiliarverfahren und die berufsrechtlichen Verpflichtungen bereits hinreichend sichergestellt sei – ich zitiere –:

„dass im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Behandlung der substanzbezogenen Störung bei Bedarf in Kooperation mit der Haus- oder Fachärzt*in eine indizierte somatische bzw. ärztliche Vor- oder Mitbehandlung erfolgen kann. Eine darüberhinausgehende Regelung in der Psychotherapierichtlinie, die eine verpflichtende somatisch-ärztliche Vor- oder Mitbehandlung bei allen substanzbezogenen Störungen vorschreibt, ist unter fachlichen und versorgungsbezogenen Gesichtspunkten nicht sachgerecht.“

– Zitatende.

Dieser Darstellung steht eine Pressemitteilung in der Bundespsychotherapeutenkammer vom 28.05.2019 gegenüber, in der es schon im Titel heißt „ärztlicher Konsiliarbericht häufig

unpräzise und nichtssagend“. Im Text folgt dann – ich zitiere –:

„Das bisherige Verfahren, die ‚konsiliarische Pflichtberatung‘, ist jedoch oft das Papier nicht wert, auf dem es steht. Der konsiliarische Bericht der Ärzte ist viel zu häufig unpräzise oder nichtssagend. Deshalb brauchen Psychotherapeuten das Recht, an ihre ärztlichen Kollegen gezielt Fragen stellen zu dürfen.“

Das bisherige konsiliarische Verfahren ist eine meist überflüssige Belastung der Patienten, weil die Psychotherapeuten nicht die Informationen erhalten, die sie benötigen. Der Konsiliarbericht kann deshalb abgeschafft und durch eine Überweisung, wie sie auch zwischen Ärzten üblich ist, ersetzt werden.

Die Ärzteschaft besteht allerdings weiter auf konsiliarische Berichte, die – wie wir alle wissen – für die psychotherapeutische Behandlung unbrauchbar sind.“

– Zitatende.

Wie passen diese verschiedenen Aussagen der BPtK zur Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, insbesondere zum Konsiliarbericht, zusammen? Und sind die bestehenden Regelungen vor dem Hintergrund dieser Pressemitteilung überhaupt ausreichend?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Ich glaube, an Herr Harfst richtete sich diese Frage?

Herr Harfst (BPtK): Die richtete sich an mich, genau. – GKV-SV, vielen Dank für die Frage. Was, glaube ich, auch unsere Pressemitteilung, die Sie zitieren, deutlich macht: dass auf dem normativen Wege, auch über die Bestimmung der Richtlinie hier, die entscheidende Kooperation nicht sichergestellt wird. Das ist letztendlich die Tätigkeit der behandelnden Psychotherapeuten aufgrund ihrer berufsrechtlichen Verpflichtung und ihres berufsethischen Handelns und das, was notwendig ist für eine leitliniengerechte Versorgung.

Und der Konsiliarbericht ist an vielen Stellen zunächst einmal nur ein Anknüpfungspunkt für die entsprechende Kooperation, die in dem einzelnen Fall dann gegebenenfalls erforderlich ist. Und das ist letztendlich der entscheidende Punkt: auch die Richtlinienregelung – dass es da heißt „nach“ oder „neben einer somatisch-ärztlichen“ – führt ja auch nicht zu der Form von kontinuierlicher Kooperation, kann das auch nicht in dem Sinne vorschreiben, die in vielen Fällen dann wiederum geboten ist. Und wir haben uns eben seinerzeit, und das gilt nach wie vor, sehr dafür ausgesprochen, dass, um eine gezieltere Kommunikation zwischen mitbehandelnden somatischen Ärzten und den Psychotherapeuten zu gewährleisten, da eben auch diese klassische Überweisungsmöglichkeit besteht. In der tatsächlichen Versorgungsrealität behilft man sich dann eben mit den anderen Kommunikationswegen, die da bestehen, um da eine vernünftige Kooperation hinzukriegen.

Und wir haben das ja in anderen Kontexten auch schon besprochen. Also wenn Sie an die KSV-Psych-Richtlinie denken und wenn da Fallkonferenzen stattfinden, dann ist es sicherlich noch mal ein geeigneter Rahmen, in dem da eine intensive Kooperation stattfinden kann.

Und ich mag auch gern an der Stelle noch mal verweisen auf die aktuelle Initiative zur Änderung der Ärzte-ZV mit der neuen Ermächtigungsgrundlage, die ja auch gerade die Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen in den Blick genommen hat, wo eben dann auch so eine Kooperationsvereinbarung zwischen Einrichtung der Suchthilfe und den zu ermächtigenden Psychotherapeuten vorgesehen ist, dass das eben eine Form von Kooperation ist, die da für die Versorgung, auch für eine angemessene psychotherapeutische Versorgung von dieser Patientengruppe, die vielfach nicht gut erreicht wird heute, geeignet

ist.

Und ich glaube, diese Instrumente, das jetzt regeln zu wollen darüber, dass man eine Indikation in den Abs. 2 belässt und da dann ein Satz dazu steht, dass „neben“ und „nach“ einer somatisch-ärztlichen Behandlung eine psychotherapeutische Behandlung initiiert sein kann, das hilft für den Teil von Kooperationsnotwendigkeiten letztendlich nicht.

Und das Defizit, das es bei dem klassischen Konsiliarverfahren gibt, das muss man zur Kenntnis nehmen. Da gab es ja auch im GVSG in der letzten Fassung, die beraten wurde im Gesundheitsausschuss, eine Regelung, die vorgesehen hat, dass, wenn eine Überweisung stattgefunden hat zu Psychotherapeuten, man dann auf das Konsiliarverfahren verzichten kann, weil es eben darauf ankommt, dass die entscheidenden Informationen miteinander ausgetauscht werden und man nicht irgendwie einen weiteren formalen Akt des Konsiliarverfahrens vollziehen muss.

Und die entscheidende Kooperation zwischen den ärztlichen Kollegen und den Psychotherapeuten findet eben jenseits der eigentlichen Richtlinienregelung der gesetzlichen Vorgaben zum Konsiliarbericht statt.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Harfst. – Ich möchte gleich mal da nachhaken, denn es gibt ja eine Vielzahl von Dingen, die psychische Auffälligkeiten generieren können: Medikamente, somatische Erkrankungen. Und damit verbunden, wenn man das – dafür braucht man ja eine Ausbildung, um die zu erkennen. Das weiß ich wirklich aus 20 Jahren Supervision, die haben psychologische Psychotherapeuten schlicht einfach nicht.

Und die Frage ist auch eine haftungsrechtliche. Wenn man jetzt auf das Instrument des Konsiliarberichtes verzichtet, selbst wenn er an der einen oder anderen Stelle ausbaufähig ist, wie gehen Sie mit der Frage um? Also wenn irgendeine Erkrankung übersehen wird, die tatsächlich mit der psychischen Auffälligkeit in Verbindung steht, dann stehen Sie doch völlig im luftleeren Raum und blank, was Haftungsrecht angeht. Also wollen Ihre Kolleginnen und Kollegen das wirklich haben? Ich meine, wenn sie den Arzt zwischengeschaltet haben, hat der ja zumindest draufgeguckt und sich damit beschäftigt. Und Sie stehen dann ohne Ausbildung mit einem übersehenen Problem möglicherweise da. Wie gehen Sie damit um?

Herr Harfst (BPtK): Also muss ich noch mal korrigieren: Das ist ja gar nicht die Situation, um die es hier geht, sondern das ist ja – da hat ein Arzt bereits draufgeguckt. Da hat schon eine entsprechende Diagnostik stattgefunden, und dann eine Überweisung zur psychotherapeutischen Mitbehandlung, das ist es dann in dem Kontext. Und für diese Situation ist der Vorschlag, auf den Konsiliarbericht - noch mal sozusagen eine zusätzliche Schleife hin und zurück - zu verzichten. Also es geht ja überhaupt gar nicht um die Fragestellung, ob eine somatische Abklärung durch einen Arzt in den Konstellationen stattfindet. Genauso ist die Situation, wenn ein Patient nach einer stationären Behandlung wegen einer Suchterkrankung, einer psychischen Erkrankung entlassen wird und da entsprechend die ganze somatische Abklärung stattgefunden hat. Dann ist es doch nicht zielführend, noch mal ein Konsiliarverfahren durchzuführen, wo jemand sozusagen schon in einer Intensität somatisch diagnostisch untersucht worden ist, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens nie realisierbar ist. Das sind doch die Konstellationen, über die wir hier reden. Und wir reden gar nicht davon, dass wir haftungsrechtlich in eine schwierige Konstellation kommen. Denn es ist weiterhin gegeben, dass im Kontext der diagnostischen Abklärung auch eine ärztliche Untersuchung mit stattgefunden hat.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Also es ist immer sichergestellt, dass vor jeder

Psychotherapie ein Arzt diesen Bereich abklärt? Nein, oder?

Herr Harfst (BPtK): Das ist ja gegeben. Also wenn eine Überweisung – also das ist sozusagen die Konstellation noch. Also wenn eine Überweisung von einem ärztlichen Kollegen zu einem Psychotherapeuten für eine psychotherapeutische Mitbehandlung erfolgt, dann hat die initiale Diagnostik durch den somatischen Arzt – obwohl, das kann gegebenenfalls auch ein Psychiater gewesen sein – bereits stattgefunden. Und genauso ist es, wenn ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen worden ist und da die Indikation gestellt worden ist für eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung. Das sind doch die Konstellationen, wo das jeweils gewährleistet ist. Und insofern sehe ich diese andere Konstellation gar nicht, wo das vollständig entfallen könnte.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Also es gibt keine Patienten – aber es gibt doch Patienten, die einfach direkt Psychotherapie machen, ohne von einem Arzt zu kommen, oder nicht? Die haben doch einen Direktzugang seit 1999. Also Entschuldigung, dass ich noch mal nachhake, vielleicht stehe ich auch irgendwo auf dem Schlauch. Die PatV will das beantworten?

PatV: Nein, ich wollte einfach nur bitten, dass wir zum Thema zurückkehren und die Anhörung fortsetzen, und zwar, dass andere dann auch Beiträge leisten.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Der Konsiliarbericht ist ja auch Teil der Stellungnahmen. – Die KBV.

KBV: Vielleicht gehen wir noch mal auf das Thema der Kooperation ein, auch weg vom Konsiliarverfahren. Ich würde gern Herrn Mühlig fragen, aber gern auch andere, die sich berufen fühlen, was aus Ihrer Sicht aus den Leitlinien an Empfehlungen hervorgeht in Bezug auf die Kooperation zwischen dem psychotherapeutischen und dem ärztlichen Bereich. Gibt es da irgendwelche Hinweise?

Herr Prof. Mühlig (DG-Sucht): Ja, vielleicht nicht so explizit, wie wir das jetzt hier erwarten würden, aber es wird schon immer wieder in den Empfehlungen darauf abgehoben, dass eine interdisziplinäre Behandlung bei dieser Gruppe von Störungsbildern gewollt ist, angestrebt wird – und das vor allem, wenn man sich die Leitlinie jetzt noch mal in dieser Phasenspezifität anschaut, ja bei den schweren Fällen von Abhängigkeit eben die Akutbehandlung und die Postakutbehandlung unterscheiden wird, das wurde ja auch bereits in dem Schriftverkehr ausgeführt. Und in diesem Regelfall sind natürlich die Ärzte dann in der Entzugsphase hauptamtlich oder primär beteiligt und dann geht es in die anderen Phasen.

Nun haben wir aber tatsächlich auch Sonderfälle, wo, wie ich es vorhin gesagt habe, die akuten Abhängigkeitssymptomatiken nicht so ausgeprägt sind, dass ja in jedem Fall ein Entzug vorgeschaltet werden muss. Insofern kann das schon passieren, dass Patienten auch direkt zum Psychotherapeuten kommen – also bei uns kommt das vor. Und in diesem Fall würden wir dann nach den bisherigen Regelungen tatsächlich auch die Patienten noch mal zu einer ärztlichen Begleitbehandlung schicken, wenn die noch nicht stattgefunden haben sollte. Das sind sicherlich wenige Fälle, eher der Ausnahmefall, aber es kann im Prinzip vorkommen.

So, und die Leitlinien sagen genau das: also dass das eben erwünscht ist und dass, wenn jetzt in diesem Ausnahmefall – dass eben hier bei schweren Abhängigkeiten diese Phasen nicht komplett durchlaufen werden sind am Anfang mit der Entzugsbehandlung, dass dann eine ärztliche Begleitbehandlung dennoch sinnvoll ist, zum Beispiel auch jetzt nach den bisherigen Regelungen, auch um die Abstinenz festzustellen, also zu screenen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Herr Prof. Mühlig. – Jetzt habe ich hier Frau

Meisel und dann Frau Burgdorf. Frau Burgdorf zuerst? – Okay, Frau Burgdorf möchte.

Frau Burgdorf (DGVT): Ja, danke. – Ich wollte noch auf den GKV-SV eingehen und ihn aufklären über die Regelung im SGB V. Also da ist ja der Konsiliarbericht geregelt, eindeutig in § 28 Abs. 3. Und das ist eben, wie Herr Harfst sagte: Wir haben es bei der Überweisung, ist der Arzt, die Ärztin mit drin, und wir haben natürlich auch bei jeder psychotherapeutischen Behandlung diesen Konsiliarbericht, die Pflicht. Und spätestens nach der probatorischen Sitzung hat der Konsiliarbericht – muss der eingeholt werden. Das heißt, wir haben immer das Auge darauf, ob da eine somatische Erkrankung vorliegt und ob es eben hier auch Ausschlussgründe gibt. Also da können wir Sie ganz arg beruhigen, GKV-SV, das ist gesetzlich geregelt.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Der GKV-SV direkt dazu.

GKV-SV: Frau Burgdorf, es ist sehr freundlich, dass Sie mir die Regelungen, die wir hier in diesem Gremium beschließen, erläutern, mir sind diese Regelungen natürlich bewusst. Ich hatte eine Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer vorgelesen und dort fiel mir insbesondere der Satz „deshalb brauchen Psychotherapeuten das Recht, an ihre ärztlichen Kollegen gezielt Fragen stellen zu dürfen“ ins Auge, wo eben die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten dann eben doch nicht so optimal läuft. Dass der Konsiliarbericht natürlich eine Voraussetzung ist, auch wenn im GVSG neue Regelungen dazu gefasst worden sind, die natürlich nicht beschlossen sind, das ist uns durchaus bekannt. – Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt Frau Meisel. Ich weiß nicht, auf was Sie antworten wollen – oder ob sich das erledigt hat.

Frau Meisel (VAKJP): Eigentlich hat es sich erledigt. Aber ich wollte auch noch mal sagen, dass – natürlich auch im Laufe einer Behandlung, wenn man plötzlich den Verdacht hat, dass es noch körperliche Ursachen hat, selbst wenn die nicht im Konsiliarbericht stehen – wir natürlich Patienten an Ärzte oder zu weiteren Untersuchungen auch verweisen. Denn es ist leider tatsächlich so, dass die Konsiliarberichte häufig nicht sehr aussagekräftig sind und da einfach nur eine Unterschrift drunter steht. Also ich hatte schon häufiger welche, wo gar nichts drinstand. Und im Kinder- und Jugendlichenbereich finde ich es aber zum Beispiel wichtig, dass die Kinder regelmäßig zu den U-Untersuchungen gehen. Also auf soweas wird schon Wert gelegt und das gehört auch zur psychotherapeutischen Arbeit dazu.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Vielen Dank, Frau Meisel. – GKV-SV, hatten Sie noch eine Frage?

GKV-SV: Ja, ich habe noch eine Frage an alle hier vertretenen Organisationen. In der Ihnen sicherlich bekannten S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, Version 20, findet sich unter 3.2.3.7. mit dem Titel „Indikationen für ambulanten Entzug“ folgende Ausführung – ich zitiere –:

„Eine ambulante Entgiftung oder Entzugsbehandlung sollte nur angeboten werden durch ÄrztInnen mit:

1. ausreichenden Kenntnissen in der Alkoholentgiftung und
2. der Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen inklusive Verhaltensbeobachtung und
3. organisatorischer Sicherstellung einer 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes.“

– Zitatende.

Zudem wird ausgeführt – ich zitiere wieder –:

„Bislang liegt keine ausreichende Evidenz vor, nach der sich klare Indikationskriterien für eine ausschließlich teilstationär durchgeführte Entzugsbehandlung herausarbeiten ließen. Derzeit würde man die teilstationäre Behandlung eher im Sinne einer ganztägig ambulanten Entzugsbehandlung einordnen.“

– Zitatende.

Kann ein ambulanter Entzug, der engmaschige klinische Kontrolluntersuchungen und die Sicherstellung einer 24-Stunden-Erreichbarkeit eines Notdienstes voraussetzt, in der ambulanten Psychotherapie überhaupt stattfinden? Und wenn ja: Ist hierfür nicht gerade die Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen unabkömmllich?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Herr Bischof hat sich gemeldet dazu.

Herr Dr. Bischof (DGSPS): Genau. – Ich glaube, an der Stelle ist ganz wichtig, dass wir nicht Äpfel mit Birnen vergleichen. Das, was Sie eben zitiert haben, bezieht sich auf die Entzugsbehandlung, das heißt, den körperlichen Entzug. Epidemiologisch ist extrem wichtig zu sagen, dass wir aus verschieden groß angelegten Studien wissen, dass die Mehrheit der Menschen, die die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllen, kein körperliches Entzugssyndrom haben. Ich denke, das ist auch eine entscheidende Gruppe, über die wir im Kontext von ambulanter Psychotherapie sprechen. Ich selber würde auch sagen, wenn akutmedizinischer Bedarf besteht, dann ist der selbstverständlich vorrangig, das ist ja überhaupt nicht die Frage, über die wir hier diskutieren. Sondern die entscheidende Frage ist ja eigentlich eher, wenn Menschen psychotherapiefähig sind – was für mich auch bedeutet, nicht entzügig sind –, dass dann natürlich auch unter Abklärung der medizinischen Parameter eine ambulante Psychotherapie stattfinden kann, die in dem Sinne, wie bei anderen psychischen Störungen ebenfalls, vergleichbar gehandhabt wird.

Und zum Aspekt der Diagnostik wollte ich noch mit einwerfen, dass anders als bei anderen psychischen Erkrankungen es ja im Regelfall nicht ein kausales Agens gibt, welches Konsumverhalten triggert, und dass die Diagnostik etwaiger zugrunde liegender Symptome ja am besten auch im Zustand der Karenz erfolgt, also dass von daher gehend da eigentlich auch die Option besteht, dass, wenn die Klienten erst mal angebunden sind an Suchtbehandlung, dann im Grunde genommen auch noch mal eine bessere Klärung von Komorbiditäten, die bei abhängigkeitserkrankten Menschen im Schnitt bei mehr als 70 % der Fälle vorliegen, vorgenommen werden können.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Ich habe gleich auch noch mal eine Frage, und zwar, ich glaube, die geht auch an Dr. Bischof: Sie haben eben gesagt, das zurecht: es gibt viele Suchtkranke, viele werden nicht erreicht durch das System. Andererseits haben wir ja im Suchtbereich ein ausgebauteres Hilfesystem als für jede andere psychische Erkrankung, mit Beratungsstellen, mit Adoptionsphasen, zum Teil mit Nahtlosigkeitsverfahren in einzelnen Ländern. Aber wir haben ein sehr dichtes System und es gibt ja eine Besonderheit bei Sucht im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen, nämlich dass doch das Suchtmittel selbst ein Therapiehindernis ist, weil es eine positive Verstärkung macht, Glücksgefühle und die Leute eben oft eine Zeitlang brauchen, bis sie in Abwägung dann dazu kommen, dass sie es vielleicht doch besser lassen. Und das ist ja ein wesentlicher Faktor, der es von anderen psychischen Erkrankungen unterscheidet.

Und jetzt meine eigentliche Frage: Sie sind alle vom Fach, Sie kennen das. Aber der normale Psychotherapeut ist ja darin, zumindest nach meiner bisherigen persönlichen Erfahrung, überhaupt nicht darauf ausgebildet. Das heißt, die kennen die psychische Erkrankung, wo jemand kommt, hat ein Leiden und will es abgestellt haben. Bei Sucht gibt es Ambivalenzen und unterschiedliche Motivationszustände, auch sehr viel externe Motivation.

Also meine Frage ist letztlich: Wenn Sie das so machen wollen in der Psychotherapie, wie wollen Sie dieses Wissen wirklich in die Fläche kriegen, dass die Therapeuten, die ja diese Patienten dann alle kriegen, auch ausreichend vorbereitet sind auf diese Besonderheit dieser Subgruppe? Wenn Sie das nicht vorbereiten, geht es ja absehbar schief. Wie ist Ihre Antwort dazu? Wie gesagt, Sie kennen sich da ja gut aus, aber nicht jeder Kollege hat ja Ihren Wissensstand.

Herr Dr. Bischof (DGSPS): Jetzt ist die Frage, ob ich darauf antworten soll oder Stephan Mühlig.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Das kann auch Prof. Mühlig.

Herr Prof. Mühlig (DG-Sucht): Also, Herr Dr. van Treeck, diese Annahme, dass die nicht ausgebildet seien, muss ich an der Stelle korrigieren. Denn in der Psychotherapeutenausbildung, in der ich ja auch tätig bin – jetzt nicht nur nach dem neuen Modell, sondern auch nach dem alten Ausbildungsmodell –, gebe ich zum Beispiel Kurse zur Suchtbehandlung. Und die werden gleichgewichtig dort vermittelt wie alle anderen psychischen Störungen, also da gibt es überhaupt keinen Unterschied. Insofern besitzen Psychotherapeuten sehr wohl die Fachkompetenz der Entwöhnungsbehandlung; wir reden jetzt über Entwöhnungsbehandlung.

Und ich möchte noch mal den anderen Punkt von Herrn Bischof ausdrücklich betonen, diese sozusagen Verwechslung von dem Erfüllen von Kriterien von Abhängigkeit auf der einen Seite und dem Auftreten von Entzugssyndromen auf der anderen Seite. Das ist, glaube ich, genau das Missverständnis, das hier gerade in der Diskussion war. Nicht jeder Patient, der die Abhängigkeitskriterien notwendigerweise erfüllt – hat eine Indikation für den Entzug, weil er gar kein Entzugssyndrom aufweist. Eher die Minderheit der langjährigen User mit erfüllten Abhängigkeitskriterien hat ein neurobiologisches Entzugssyndrom und braucht eben diese Akutphase der Behandlung, wie wir sie in der Leitlinie definiert haben. Und viele brauchen das eben nicht, weil genau diese Symptomatik hier gar nicht vorliegt. Und die können selbstverständlich gleich in die Psychotherapie kommen und müssten dann dort lernen, von der Substanz loszukommen oder sie zumindest sehr kontrolliert einzunehmen.

Und insofern noch mal dieser Hinweis, dass diese Trennung hier entscheidend ist. Und Psychotherapeuten, die im Rahmen ihrer Ausbildung die Suchtbehandlung genauso lernen wie die Depressionsbehandlung und die Angstbehandlung und die Behandlung anderer Störungen, Traumabehandlung zum Beispiel, sind dazu absolut fachgerecht ausgebildet.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Also die ICD-10-Merkmale können Sie hier im Unterausschuss als bekannt voraussetzen bei Abhängigkeitserkrankungen. – Die KBV.

Herr Dr. Bischof (DGSPS): Ja, erst noch mal – –

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Entschuldigung, Herr Bischof. KBV, Sie haben eine neue Frage? Ich muss Herrn Bischof leider noch vorziehen, den ich gerade übersehen habe. – Danke.

Herr Dr. Bischof (DGSPS): Ich wollte nur noch ergänzend – also neben einer grundsätzlichen Zustimmung zu dem, was Stephan Mühlig gesagt hat – sagen, dass zum einen natürlich auch eine Stärkung der Weiterbildung im Suchtbereich etwas ist, worauf wir immer achten. Wir

haben zum Beispiel auch das Curriculum Suchtpsychologie entwickelt, das gut nachgefragt wird, auch von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

Und ansonsten: Wenn ich das wieder vergleiche mit anderen psychischen Störungen, also wenn ein ambulanter Kollege oder eine ambulante Kollegin sich nicht hinreichend qualifiziert fühlt, Abhängigkeitserkrankungen zu behandeln, würde ich davon ausgehen, dass er oder sie die Patienten weiterverweist, genauso wie es zum Beispiel bei der Behandlung von Menschen mit somatoformen Störungen, oder so, wo auch Kolleginnen und Kollegen teilweise nicht so spezialisiert darauf sind, erfolgt.

Tatsächlich denke ich auch, dass die Bereitschaft bei den ambulant tätigen Kolleginnen und Kollegen eher noch gefördert werden sollte, abhängigkeitserkrankte Menschen zu behandeln, und dass durchaus auch schon eine ganze Reihe an Expertise vorhanden ist.

Und die Ambivalenz, die Sie angesprochen haben: Da gibt es natürlich schon spezielle Merkmale von Abhängigkeitserkrankungen, von denen ich denke, dass wir sie aber bei anderen psychischen Erkrankungen genauso finden, also Stichwort beispielsweise Essstörungen oder Behavioral Activation bei Depression, und dass natürlich ein Kernmerkmal auch einer guten psychologischen Psychotherapie darin besteht, Ambivalenzen zu bearbeiten.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt aber die KBV.

KBV: Ich kann mir einen kleinen Kommentar nicht verkneifen. Ich denke, es sind ja Nebelkerzen, wenn wir jetzt anfangen, dieses Thema, wo es ja um die abhängigkeitserkrankten Patienten gehen soll – wenn wir da jetzt über den Ausbildungsstand, über Vermutungen, wohlgemerkt, der Psychotherapeuten uns langhangeln. Deswegen habe ich noch mal eine Frage und ich glaube, das ist die entscheidende: Welche Hürden sind denn für die Patienten da? Also das wäre noch mal meine Frage. Wenn heute sich jemand mit einer Alkoholabhängigkeit oder mit einer Diazepam-Medikamentenabhängigkeit entscheidet „okay, ich möchte dieses Problem in den Griff bekommen“, was sind denn da die Hürden für die Patienten im Moment? Und was muss der ambulante Bereich anbieten, damit die Leute nicht – und das habe ich schon ein Stück weit aus den vorherigen Fragen herausgehört – in Drehtüreffekte kommen oder Verlagerungen, wo etwas angeraten wird und die Leute dann mit einer kleinen Empfehlung sozusagen losgeschickt werden? Das ist noch mal meine Frage: Also was kann Hürden reduzieren für die Patienten?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, KBV. – Wer möchte antworten? – Herr Bischof hat die Hand gehoben.

Herr Dr. Bischof (DGSPS): Ich denke, eine substanzelle Hürde ist natürlich die Stigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen, die wir hier und heute natürlich nicht ohne Weiteres überwinden können. Aber ich denke, dass wichtig wäre, deutlich zu machen, dass eben auch ambulante Psychotherapie ein angemessenes Behandlungskonzept ist, das auch wirksam ist. Und da ist dann auch ein bisschen Social Marketing gefragt.

Und der zweite Aspekt, was ich schon eingangs erwähnt hatte, ist natürlich gerade in Bezug auf Alkoholkonsumstörung, die ja die am meisten verbreitete Störungsform ist, dass eine individuellere Therapiezielplanung, die auch kontrollierten Konsum beinhaltet, etwas sein könnte, was nach empirischen Daten die Schwelle deutlich herabsenken könnte, ohne die Wirksamkeit von Therapie in irgendeiner Form negativ zu beeinflussen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Herr Bischof. – Herr Mühlig und Herr Harfst, Sie wollten auch noch beide.

Herr Prof. Mühlig (DG-Sucht): Die konkrete Frage zur Herabsenkung von Hürden geht genau in diese Richtung: dass jetzt hier unnötigerweise durch diese Abstinenzregel Patienten abgeschreckt werden, zum einen, weil viele es nicht richtig verstehen und denken, Sucht könnte gar nicht behandelt werden in der ambulanten Psychotherapie, und zum anderen, weil diese relativ große Gruppe derjenigen, die ja gar kein Abstinenzziel haben muss, sondern kontrollierten Konsum, ausgegrenzt wird. Und das ist in doppelter Weise stigmatisierend und auch diskriminierend, weil diese Personengruppe ja Anspruch haben sollte auf Therapie und in diesem Fall auch adäquate Ziele verfolgen würde, die leitliniengerecht sind, die absolut den Leitlinien folgen, dürfen aber nicht behandelt werden, weil sie formal die Abhängigkeitskriterien erfüllen. Also diese Teilgruppe der Patienten ist genau die, die dann abgeschreckt ist und nicht kommen kann. Und hier könnte die Hürde durch diese Aufhebung der Abstinenzregel deutlich gesenkt werden und man könnte genau die erreichen. Und ich betone immer noch mal: Die haben ja zu 70, 80 % teilweise, psychische Komorbidität, die dürfen wir gar nicht behandeln, solange die nicht abstinent sind. Und das ist eben ein doppeltes Dilemma: dass wir also viele Patienten mit massiven psychischen Problemen und anderen Diagnosen auch nicht behandeln können, solange sie nicht abstinent sind, wenn zusätzlich noch eine Abhängigkeit, also eine Doppeldiagnose vorliegt. Und auch bei jenen, die das nicht hätten, wäre es aber ein Problem, weil ja nicht *per se* die totale Abstinenz Behandlungsziel sein muss. Also die Hürde kann man senken, indem man genau diesen Passus streicht.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Kurze Nachfrage: Sie haben gesagt, Sie dürfen die gar nicht behandeln. Sie dürfen sie ja behandeln, nur eben eine gewisse Zeit, bis Abstinenz erreicht ist – oder habe ich da was falsch verstanden?

Herr Prof. Mühlig (DG-Sucht): In dem Fall, dass sie die Abstinenz nicht erreichen, dürfen sie halt auch in Bezug auf die anderen Störungsbilder nicht behandeln und das ist halt ein Dilemma.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt hat sich zunächst Herr Harfst gemeldet und dann hat die PatV auch eine Frage.

Herr Harfst (BPtK): Also meine Voredner haben das schon treffend beschrieben. Vielleicht nur als Ergänzung noch: Es ist jetzt nicht nur so, dass Patienten solange behandelt werden können quasi bis zur zehnten Sitzung, wenn dann Abstinenz erreicht wird, sondern das ist ja tatsächlich initial die Schwelle schon. Also wenn ich einen Patienten in der Sprechstunde habe, dann kann ich die Behandlungsindikation nach den Vorgaben der Richtlinie nur stellen, wenn ich mit hinreichender Erfolgswahrscheinlichkeit davon ausgehen kann, dass dann auch bis zur zehnten Sitzung die Abstinenz erreicht worden ist. Also das ist nicht einfach ein „ich behandle mal bis zur zehnten Sitzung und dann kann ich gucken, ob Abstinenz erreicht worden ist“, sondern ich muss initial diese Prognose stellen. Und das ist etwas, was tatsächlich sowohl in den Köpfen der Patienten eine Zugangsschwelle erhöht als auch bei den Psychotherapeuten, die natürlich genau da immer gucken: Welches Problem kriege ich? Kann ich wirklich davon ausgehen, dass ich innerhalb der zehn Stunden die Abstinenz erreichen kann? – Und das hat natürlich eine deutliche Auswirkung darauf, ob dann tatsächlich ein Therapieplatz angeboten werden kann, ob die Indikation für eine ambulante Psychotherapie gestellt wird oder nicht. Und insofern ist tatsächlich eine Änderung der Richtlinienregelung an der Stelle, dass die Abstinenzregel fällt und explizit auch „Harm Reduction“, kontrollierter Gebrauch, als ein Therapieziel aufgeführt wird. Das ist etwas, was substanziell die Zugangsschwellen absenken kann und für eine bessere Versorgung von suchtkranken Patienten sorgen kann.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Kollege Harfst. – Jetzt Ihre Frage, PatV.

PatV: Also gerade am Anfang ist das, glaube ich, sehr abschreckend, diese Zehnstundenregelung. Und ich könnte mir sehr gut vorstellen, dass da auch viele Menschen dann einfach wieder gehen und dadurch eben im Endeffekt gar keine Behandlung kriegen. Was sollen die dann machen? Also warum müssen es unbedingt zehn Stunden sein? Man könnte das ja vielleicht auch erhöhen auf 30 Stunden, oder so.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): An wen geht Ihre Frage?

PatV: An jeden, der sich zuständig fühlt – oder an die Leute, die einfach dagegen sind, dass diese Regelung abgeschafft wird. Also der GKV-SV zum Beispiel.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Aber der Ausschuss hier fragt die Anzuhörenden, nicht umgedreht. Deswegen habe ich das noch mal so formuliert. Herr Bischof würde was dazu sagen, aber vermutlich etwas Ähnliches. – Herr Bischof.

Herr Dr. Bischof (DGSPS): Na ja, ich wollte in erster Linie noch mal sagen: Wie gesagt, es gibt eine gute Evidenz, dass im Endeffekt mehr Menschen mit einer Livetime-Geschichte von vor allen Dingen Alkoholabhängigkeit einen asymptotischen niedrigen Alkoholkonsum beibehalten. Von daher gehend glaube ich, dass es schon auch um den Begriff der Abstinenz geht, also sozusagen, der wäre für mich auch nach 30 Stunden noch irgendwo etwas, was ich nicht glaube, was man festschreiben sollte, sondern es sollte darum gehen, die Störung zu überwinden. Und die Störung ist zwar assoziiert mit dem Konsum, sie ist aber nicht identisch mit jeder Form von Konsum. Und an der Stelle möchte ich immer noch sagen: Also aus meiner klinischen Erfahrung würde ich Betroffenen durchaus zur Abstinenz raten, es ist aber nicht meine Entscheidung. Und ich glaube, entscheidend ist, wenn jemand an der Stelle seine Erkrankung überwinden möchte, dass ich da natürlich auch gucken muss, wie will der das machen. Und da sind wir auch beim Dilemma der derzeitigen Regelungen: dass man nämlich sagen muss, wenn jemand eine Veränderungsmotivation hat, die aber nicht auf Abstinenz rausläuft und ich ihm dann sagen muss „na ja, vom Prinzip her kann ich dich erst behandeln, wenn du Abstinenz als Ziel verfolgst“, dann ist das etwas, was meines Erachtens auch von meinem Psychotherapieverständnis her absurd ist, wenn ich so tun müsste mit einem Patienten, wie, dass wir gemeinsam an einem Ziel arbeiten, das er gar nicht verfolgt. Und dementsprechend finde ich da eine Öffnung wichtig, immer vor dem Hintergrund, dass begründungspflichtig natürlich sein muss, wieso Ressourcen der Versichertengemeinschaft aufgewendet werden sollten für die Behandlung einer Person. Aber das ist dann, denke ich, im Einzelfall begründungspflichtig, so wie es ja auch in der Antragstellung erfolgt.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Herr Bischof. – Der GKV-SV.

GKV-SV: Wir haben noch eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung & -therapie, also an Prof. Mühlig. Die Frequenzen bei einer vertragspsychotherapeutischen Behandlung gemäß SGB V sind ja sehr niedrig, durchschnittlich kann man davon ausgehen, dass nur alle zwei Wochen eine Behandlung stattfindet. Welche Frequenz einer psychotherapeutischen Behandlung sehen Sie als erforderlich an, wenn wir beispielsweise über Alkohol oder Benzodiazepin-Abhängigkeit sprechen?

Herr Prof. Mühlig (DG-Sucht): Ja, hallo, GKV-SV, gute Frage. Also idealerweise wäre natürlich eine höherfrequente Behandlung vorzuziehen. Allerdings, wenn Sie die Frage so formulieren, wie Sie es getan haben, benötigte es ja empirische Daten, um das wirklich beantworten zu können. Wenn wir davon ausgehen, dass in geringer Zahl jetzt schon Patienten mit Substanzabhängigkeit in der ambulanten Psychotherapie behandelt werden, dann werden sie

dort auch unter den gegebenen Bedingungen ja erfolgreich behandelt. Nur: Es mangelt tatsächlich an konkreten Daten, die genau diese Verläufe untersuchen und das belegen könnten. Mit ist allerdings nicht bekannt, dass die Abbruchquoten jetzt tatsächlich signifikant höher wären als bei anderen Störungsbildern. Insofern gehe ich davon aus, auch aus meiner eigenen klinischen Erfahrung, dass diese Frequenz, auch wenn sie nicht ideal ist, in den meisten Fällen hinreichen sollte, um zu einem Therapieerfolg zu kommen.

Und immer wieder möchte ich betonen, dass die allermeisten Patienten, die wir jedenfalls in der klinischen Praxis sehen, eben eine psychische Komorbidität aufweisen und man phasenweise auch andere Störungsbilder stärker in den Mittelpunkt stellt in der Behandlung und die Suchtbehandlung damit synchronisiert.

Und die Frage ist, das sind aber wirklich klinisch-therapeutische Entscheidungen, ob man die jetzt vorzieht, ganz am Anfang behandelt. Das ist häufig so und manchmal ist auch – oder in durchaus substanziellen Anteilen von Fällen ist auch die Abstinenz tatsächlich anzustreben. Wie Herr Bischof das sagte, machen wir das auch, wir empfehlen das eigentlich grundsätzlich. Aber wenn es nicht erreicht wird, gibt es immer noch die Option, trotzdem eine Psychotherapie erfolgreich durchzuführen.

Und, um Ihre Frage jetzt noch mal auf den Punkt zu bringen: Das funktioniert, nach klinischer Erfahrung jedenfalls, auch in der jetzt nicht idealen Frequenz von einmal in zwei Wochen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor. – Gibt es weitere Fragen oder Anmerkungen? – GKV-SV.

GKV-SV: Wir haben noch eine abschließende Frage an die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, also an Frau Burgdorf. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme: Die Entscheidung über die Durchführbarkeit der Sitzung bei akuter Intoxikation sollte bei dem/der Psychotherapeut:in liegen und nicht generell ausgeschlossen werden. – Uns würde vor dem Hintergrund Ihrer Position interessieren, wie Sie die Wirksamkeit der Behandlung einschätzen, wenn eine Patientin oder ein Patient mit akuter Intoxikation zur Behandlung erscheint. Vielleicht können Sie in diesem Kontext auch auf die folgenden beiden Punkte eingehen: erstens, wie Sie den Einfluss der psychotropen Substanzen auf verschiedene kognitive Funktionen, zum Beispiel Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, Lernen und Erinnerungen sowie Emotionen und Motivation, einschätzen und zweitens, ob in diesem Zustand tatsächlich eine Richtlinientherapie möglich ist oder ob nicht eher Gesprächsleistungen, die in diesem Zusammenhang ja weiterhin vorgesehen sind, die angebrachten Leistungen sind.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, GKV-SV.

Frau Burgdorf (DGVT): Muss ich passen. Ich bin hier, wie gesagt, als Juristin. Ich bin nicht Psychotherapeutin. Und wir haben uns hier bei der Stellungnahme auf verschiedene fachliche Beratungen verlassen. Ich hatte schon Frau Prof. Vogt – Herr Mühlig, Sie kennen sie wahrscheinlich auch – zitiert. Das heißt, ich kann Ihre Fragen hier nicht mündlich beantworten.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann darf ich mich sehr herzlich bedanken, dass Sie sich so viel Zeit genommen haben, dass Sie so engagiert vorgetragen haben, und darf mich an der Stelle bedanken, Ihnen auf Wiedersehen wünschen und noch einen schönen weiteren Tag! Vielen Dank zusammen!

Schluss der Anhörung: 12:06 Uhr

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Anpassung in § 27

Vom 21. August 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. August 2025 beschlossen, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAnz. S. 1399), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 15. August 2024 (BAnz AT 31.10.2024 B5) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie wird wie folgt geändert:

GKV-SV/KBV	PatV
	<ol style="list-style-type: none">1. In Absatz 1 wird<ol style="list-style-type: none">a) in Nummer 9 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt undb) folgende Nummer 10 angefügt: „10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst.“

GKV-SV/KBV	PatV
In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:	<ol style="list-style-type: none">2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:<ol style="list-style-type: none">a) Nummer 1a wird aufgehobenb) Nummer 1b wird Nummer 1.
„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst,	
im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit, d.h. bei bestehender Abstinenz.	
Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann in der Kurzzeittherapie zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von 12 Behandlungsstunden erreicht werden kann.	

GKV-SV/KBV	PatV
<p>Kann Abstinenz nicht bis zum Ende von 12 Behandlungsstunden erreicht werden, können weitere Behandlungsstunden nur dann durchgeführt werden, wenn mit der Patientin oder dem Patienten im Rahmen der weiteren Behandlungsplanung das konkrete Vorgehen abgestimmt und das Erreichen von Abstinenz als vorrangiges Therapieziel formuliert wird. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz ist nach Ablauf der Kurzzeittherapie in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und ist bei einer Umwandlung in Langzeittherapie dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen.</p>	
<p>Kann Abstinenz im Rahmen der Kurzzeittherapie nicht erreicht werden, ist der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin verpflichtet, den Patienten oder die Patientin über alternative Behandlungsmöglichkeiten wie Entzugsbehandlung oder Entwöhnungsbehandlung und die nachfolgend möglicherweise sinnvolle Wiederaufnahme der Richtlinientherapie zu beraten.“</p>	
<p>II. § 34 Absatz 1a wird wie folgt neu gefasst:</p> <p>„In den Fällen des § 27 Absatz 2 Nummer 1a Sätze 3 bis 7 entfällt jede weitere Leistungspflicht zur Fortführung der ambulanten Therapie, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit entfallen, die Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit nicht bis zum Ende von 24 Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation der Gutachterin oder dem Gutachter nicht vorgelegt werden kann.“</p>	<p>II. § 34 Absatz 1a wird aufgehoben.</p>

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. August 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Anpassung in § 27

Vom 21. August 2025

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
[PatV: 2.1 Verschiebung des Anwendungsbereichs „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ von § 27 Absatz 2 Nummer 1a nach § 27 Absatz 1 Nummer 10.....	2
[GKV-SV/KBV: 2.1] [PatV: 2.2] Klarstellungen zum Anwendungsbereich nach [PatV: derzeit] § 27 Absatz 2 Nummer 1a	4
3. Würdigung der Stellungnahmen	9
4. Bürokratiekostenermittlung	10
5. Verfahrensablauf	10

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V 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; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren.

Gemäß 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO) soll der G-BA zudem im Rahmen seiner Beobachtungspflicht überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben, und begründeten Hinweisen nachgehen, dass die Entscheidungen nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Seit Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) zum 1. April 2024 können Erwachsene in Deutschland legal Cannabis konsumieren. Cannabis gilt seither für Erwachsene nicht mehr als illegale Droge, weiterhin aber für Kinder und Jugendliche. Abhängigkeitserkrankungen (Abhängigkeitssyndrom, Schädlicher Gebrauch), die sich auf legal erhältliche Drogen beziehen, zählten bislang nicht zu dem in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) definierten Anwendungsbereich der Abhängigkeitserkrankungen (§ 27 Absatz 1 Nummer 1). Vor diesem Hintergrund war eine Überprüfung der Vorgaben der PT-RL zeitnah erforderlich. Im Ergebnis wird die Verknüpfung des Anwendungsbereichs Abhängigkeitserkrankungen zu gesetzlichen Festlegungen zur Illegalität bzw. Legalität von Drogen aufgehoben.

Darüber hinaus übermittelte die Bundespsychotherapeutenkammer dem G-BA am 11. Oktober 2022 das Positionspapier „Ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen“, in dem sie an den G-BA appelliert, dass der Anwendungsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente) unter § 27 Absatz 1 Nummer 1 (neu) verortet werden und die bisher geltenden Vorgaben zur Abstinenz aufgehoben werden sollen. Im Rahmen der Beratungen zu diesem Beschluss wurden diese Hinweise überprüft und die Vorgaben zur Abstinenz beziehungsweise zur Suchtmittelfreiheit angepasst. Im Ergebnis bleibt eine Vorgabe zur Erreichung von Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz bestehen, wird jedoch in Anlehnung an Empfehlungen relevanter Leitlinien umgestaltet.

[PatV: 2.1 Verschiebung des Anwendungsbereichs „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ von § 27 Absatz 2 Nummer 1a nach § 27 Absatz 1 Nummer 10]

Die bisher unter § 27 Absatz 2 Nummer 1a geführte Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen [...]“ wird als neue Nummer 10 zu § 27 Absatz 1 Nummer 10 verschoben. Der G-BA hat die Regelung überprüft und unter Heranziehung des Positionspapiers der Bundespsychotherapeutenkammer sowie auch im Einklang mit den S3-

Leitlinien „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“¹, sowie „Methamphetamine-bezogene Störungen“², festgestellt, dass auch im Vergleich zu den in Absatz 1 aufgeführten Indikationen keine hinreichende fachliche Begründung gegeben ist, die Anwendung von Psychotherapie für die Indikation der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen durch weitergehende Regelungen einzuschränken. Die Regelungsziele, namentlich die Prüfung der Indikation durch ärztlich somatische Beurteilung und die leitliniengerechte Zielsetzung der Psychotherapie (Erreichen der Abstinenz oder der Reduktion des Substanzgebrauchs) werden sowohl durch die Regelungen der Richtlinie als auch durch berufsrechtliche Regelungen hinreichend sichergestellt. Die Erforderlichkeit, die Indikation der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen weiter unter Absatz 2 Nr. 1a mit einschränkenden Ausführungen zum Therapieziel aufzuführen ist nicht mehr gegeben.

Eine zusätzliche verpflichtende somatisch ärztliche Mitbehandlung ist fachlich nicht mehr zu rechtfertigen. Schon während der Probatorik erfolgt eine differenzialdiagnostische Abgrenzung des Krankheitsbilds, Indikationsstellung und Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren sowie eine Einschätzung zur Prognose. Dazu gehört auch die Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten. Die ärztlich somatische Beurteilung der Versicherten oder des Versicherten vor Beginn der Psychotherapie ist durch das Konsiliarverfahren nach § 32 Psychotherapie-RL gewährleistet.

Während der Psychotherapie ist die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut aufgrund der berufsrechtlichen Vorgaben zudem ohnehin verpflichtet „Kollegen, Ärzte oder Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe in Absprache mit dem Patienten hinzuzuziehen, wenn weitere Informationen oder Fähigkeiten erforderlich sind“ (§ 5 Absatz 6 MBO³). Damit ist dies eine den Sorgfaltspflichten unterfallende Verpflichtung und zudem klinische Entscheidung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten, die oder der aufgrund ihrer oder seiner Ausbildung befähigt ist, psychische Erkrankungen – zu denen psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gehören – zu behandeln. Eine darüberhinausgehende Regelung in der PT-RL, die eine verpflichtende somatisch-ärztliche Vor- oder Mitbehandlung bei allen substanzbezogenen Störungen vorschreibt, ist aus fachlicher und versorgungsbezogener Sicht nicht sachgerecht. Vielmehr würde sie eine zusätzliche und vermeidbare Hürde darstellen, die den Zugang zur ambulanten Psychotherapie für eine ohnehin unversorgte Patientengruppe erschwert.

¹ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-SUCHT), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 076-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 30.10.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-001_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf.

² Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Methamphetamine-bezogene Störungen; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 038-024. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2016. [Zugriff: 13.06.2025] URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamine_lang.pdf. Die Leitlinie zu Methamphetamine-bezogenen Störungen ist im November 2021 abgelaufen, eine Aktualisierung ist nicht geplant.

³ Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen in der Fassung des Beschlusses des 24. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin am 17. Mai 2014, zuletzt geändert auf dem 40. Deutschen Psychotherapeutentag in Stuttgart am 14. Mai 2022. [Zugriff 08.07.2025] URL: https://api.bptk.de/uploads/Muster_Berufsordnung_der_B_Pt_K_412a6bcb36.pdf

Für all jene Fälle, in denen die Psychotherapie aufgrund eines schädlichen Suchtmittelgebrauchs begonnen wird und noch keine Abhängigkeit vorliegt, sich die Frage eines Entzugs – mit ggf. ärztlich somatischer Begleitung der Versicherten oder des Versicherten – also nicht einmal stellt, bedeutet die Regelung überdies einen fachlich nicht zu rechtfertigenden Umgang mit insbesondere hausärztlichen Ressourcen.

Bei Suchterkrankungen handelt es sich nach wie vor um hochgradig stigmatisierende Erkrankungen, wodurch es zu Hemmungen in der Inanspruchnahme von Hilfe, insbesondere auch in Form ambulanter psychotherapeutischer Versorgung kommt. Die Aufhebung der verpflichtenden ärztlich somatischen Mitbehandlung stellt den Abbau einer fachlich nicht erforderlichen Hürde dar, die zudem von einem Teil der Betroffenen nicht nur als bevormundend erlebt wird, sondern die überdies eine zusätzliche Barriere für die Aufnahme einer Psychotherapie ausgerechnet für einen Personenkreis darstellt, der von einer gravierenden psychischen Erkrankung betroffen ist. Die mit dem Empfehlungsgrad „Klinischer Konsenspunkt“ (KKP) versetzte Empfehlung des Einbeugs von Hausärztinnen und Hausärzten in die Versorgung erkrankter Patientinnen und Patienten in der aktuellen S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen ist genau in diesem Sinne als Handlungsempfehlung zu verstehen, die erfahrungsgemäß einer bestmöglichen Versorgung den Weg bahnen, im Einzelfall jedoch eben auch unberücksichtigt bleiben kann, wenn sie fachlich nicht vonnöten oder aufgrund der hochindividuellen Persönlichkeit und Lebensgeschichte sowie -situation der Betroffenen oder des Betroffenen der Versorgungsqualität abträglich ist. Die S3-Leitlinie zu Metamphetamin-bezogenen Störungen unterstreicht diese Herangehensweise an die an der Versorgung zu beteiligenden Leistungserbringer, indem sie mehrfach den individuellen Charakter der Behandlungsplanung herausstellt.]

**[GKV-SV/KBV: 2.1] [PatV: 2.2] Klarstellungen zum Anwendungsbereich nach [PatV: derzeit]
§ 27 Absatz 2 Nummer 1a**

Der bisher in der Regelung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a enthaltene Klammerzusatz „(Alkohol, Drogen und Medikamente)“ wird für die geänderte Regelung infolge einer Prüfung der psychotropen Substanzen, die vom Anwendungsbereich umfasst sind, nicht mehr aufgenommen. Gemäß der vormals geltenden Beschlusslage zählten Abhängigkeitserkrankungen, die sich auf legal erhältliche Drogen beziehen, nicht zu den in der PT-RL definierten Anwendungsbereichen, da sich der Begriff „Drogen“ auf als illegal geltende Drogen bzw. Suchtmittel bezog⁴. Eine Behandlung dieser Erkrankungen mit den in der PT-RL definierten Leistungen war daher nicht möglich. Hiervon ausgenommen waren Alkohol und Medikamente; die Behandlung hiermit verbundener Abhängigkeitserkrankungen war auch bisher bereits möglich und entsprechend in der PT-RL ausgewiesen.

Die Verknüpfung der Definition des Anwendungsbereichs „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ mit externen und sich im Wandel befindlichen gesetzlichen Bestimmungen ist sachfremd und wird mit der vorliegenden Anpassung der PT-RL aufgegeben. Auch in Kapitel F der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10) wird nicht zwischen illegalen und legalen Drogen unterschieden. So kann sich das Abhängigkeits-syndrom auf einen einzelnen Stoff (z. B. Alkohol, Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B.

⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Klarstellung zu § 22 Absatz 2 Nr. 1a und redaktionelle Änderung in § 24 Absatz 3 Satz 3 vom 15. Oktober 2015 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2015 [Zugriff: 13.06.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3404/2015-10-15_PT-RL_Klarstellung-%C2%A722-2-1a_TrG.pdf.

opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen beziehen. Zur Überprüfung der Diagnosekriterien (z. B. Konsumdrang oder Kontrollverlust) der im Anwendungsbereich der PT-RL enthaltenen Diagnosen⁵ des Abhängigkeitssyndroms (F1x.2) bzw. des schädlichen Gebrauchs (F1x.1) ist die Art der Substanz nachrangig, da für alle Substanzgruppen die jeweils gleichen Diagnosekriterien gelten.

Entsprechend erfolgt mit dem Beschluss eine Aktualisierung der Definition des Anwendungsbereichs Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, die unter anderem aufgrund der Teillegalisierung von Cannabis erforderlich geworden ist. Die Differenzierung zwischen legalen und illegalen Substanzen ist vor diesem Hintergrund nicht mehr sachgerecht. Vom Anwendungsbereich sind alle psychotropen Substanzen mit Ausnahme von Tabak, Nikotin und Koffein umfasst, unabhängig davon, ob diese als illegal gelten oder nicht. Dieser umfasst damit auch Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Cannabinoide, Medikamente oder durch sogenannte neue psychoaktive Substanzen. Mit der Anpassung wird lediglich klargestellt, dass auch pflanzliche Stoffe, die psychotrop wirken (z. B. Pilze, Peyote, Kratom), flüchtige Lösungsmittel und andere legal erhältliche Stoffe sowie künftige Stoffgruppen, die noch nicht vom Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (NpSG) vom 21. November 2016 umfasst sind, dem Anwendungsbereich Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zugeordnet sind. Der G-BA wird sich zu einem späteren Zeitpunkt mit den Substanzen Tabak, Nikotin und Koffein befassen; zur Klarstellung wird die derzeit gültige Beschlusslage zu diesen Substanzen in § 27 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL ergänzt.

[GKV-SV/KBV: 2.2] [PatV: 2.3] Klarstellung des Einsatzes von Richtlinienpsychotherapie in der Suchtbehandlung

[GKV-SV/KBV:

Einbettung der ambulanten Psychotherapie in das Suchthilfesystem

Zur Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen ist in den letzten 150 Jahren in Deutschland ein sehr differenziertes Suchthilfesystem entstanden. Es existiert eine Vielzahl verschiedener Angebote, Behandlungen und Leistungen mit unterschiedlichsten gesetzlichen Regelungen, Kosten- und Leistungsträgern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg. Die Suchthilfe umfasst sowohl ambulante, stationäre sowie kombinierte Therapieangebote und Leistungen zur Teilhabe. Teilweise handelt es sich um niederschwellige, auch kostenfrei zugängliche Angebote (z.B. Suchtberatung, Prävention oder Selbsthilfe), für andere Betreuungs- und insbesondere Behandlungsmaßnahmen ist die Bewilligung von Kosten- und Leistungsträgern erforderlich (z.B. medizinische Entgiftungsbehandlung, Entwöhnung in einer Reha-Klinik). Es existieren außerdem Hilfesysteme mit besonderen Schwerpunkten auf verschiedene Lebenswelten (Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, betriebliche Gesundheitsförderung, u.v.m.).

⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Präzisierung der Indikation „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ und eine redaktionelle Änderung vom 14. April 2011 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2011. [Zugriff: 13.06.2025] URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1633/2011-04-14_Pr%C3%A4zisierung%20zur%20Indikation%20Sucht_TrG.pdf

Einen Überblick über das Suchthilfesystem in Deutschland findet man z.B. in einer Publikation der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen aus dem Jahr 2019⁶. In der genannten Publikation wird deutlich, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung im gesamten Suchthilfesystem einen Baustein darstellt und insgesamt zahlreiche Behandlungs- und Beratungsangebote existieren, die in verschiedenen Phasen einer Suchtbehandlung relevant sein können. So wird in der Publikation festgestellt, „dass im deutschen Suchthilfesystem für (fast) jeden Hilfebedarf ein passendes Angebot zu finden ist [...]\“. Zu den Aufgaben von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehört es, zu prüfen, ob eine ambulante Psychotherapie ein geeignetes Mittel der Behandlung sein kann und, ob ggf. weitere Maßnahmen des Suchthilfesystems vorab, ergänzend oder parallel zur ambulanten Psychotherapie zur Erreichung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz erforderlich sind.]

Alle:

Vorgaben zur Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz

Der Gesetzgeber hat dem G-BA mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung die Kompetenz eingeräumt, Regelungen zu treffen, die „leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren“ (§ 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V). Vor diesem Hintergrund wurden zur Überprüfung der Vorgaben zur Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz hierfür einschlägige Leitlinien zur fachlichen Fundierung, sowie eine Literaturrecherche zu den deutschen S3-Leitlinien von der Fachberatung Medizin des G-BA vom 24. Oktober 2023 herangezogen.

Im deutschen Sprachraum sind mit Stand Juni 2025 drei AWMF-Leitlinien aktuell, die sich mit Diagnostik und Behandlung von Suchterkrankungen befassen, nämlich eine Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen⁷, eine Leitlinie zu medikamentenbezogenen Störungen⁸ und eine Leitlinie zu Rauchen und Tabakabhängigkeit⁹. Die S3-Leitlinie zu Rauchen und Tabakabhängigkeit wurde hier nicht weiter berücksichtigt, da sich der G-BA zu einem späteren Zeitpunkt mit dieser Substanzgruppe befassen wird. Eine Leitlinie zu Methamphetamin-bezogenen Störungen¹⁰ ist im November 2021 abgelaufen, eine Aktualisierung ist nicht geplant¹¹. Die Leitlinie mit Stand 2016 ist weiterhin abrufbar. Da eine aktualisierte Fassung zum Zeitpunkt der Be-

⁶ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland: Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven; Update 2019 [online]. Hamm (GER): DHS; 2019. [Zugriff: 13.06.2025]. URL: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf

⁷ vgl. Fußnote 1.

⁸ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Medikamentenbezogene Störungen; S3-Leitlinie, Langversion 1.1 [online]. AWMF-Registernummer 038-025. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 13.06.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-025I_S3_Medikamentenbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf.

⁹ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-SUCHT). Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 076-006. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 13.06.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-006I_S3_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf.

¹⁰ vgl. Fußnote 2.

¹¹ Die Gültigkeit der S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ ist im November 2021 abgelaufen und eine Aktualisierung ist derzeit nicht geplant. Damit Interessierte den Stand von 2016 nutzen können, ist die Leitlinie nach wie vor abrufbar und wird vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) weiterhin zur Verfügung gestellt. Deshalb ist davon auszugehen, dass die im Jahr 2016 veröffentlichten Erkenntnisse zur Behandlung von Methamphetamin-bezogenen Störungen unverändert Einsatz finden. Aus diesem Grunde wurde diese Leitlinie hier ebenfalls berücksichtigt.

schlussfassung nicht vorlag, bietet die abgelaufene Fassung auch weiterhin eine fachlich fundierte Orientierung. Zwei weitere Leitlinien zu Suchterkrankungen sind angemeldet, jedoch noch nicht veröffentlicht¹².

[GKV-SV/KBV:

In den herangezogenen S3-Leitlinien zu den Substanzklassen Alkohol, Medikamente und Metamphetamin wird Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz als „primäres“ oder „übergeordnetes“ Therapieziel beschrieben, Konsumreduktion zur Schadensminimierung kann nur in bestimmten Fällen Therapieziel sein. Das zielgerichtete und frühzeitige Anstreben der Suchtmittelfreiheit für eine psychotherapeutische Behandlung ist vor dem Hintergrund der körperlichen Abhängigkeit und Eigendynamik von Substanzen nach wie vor primär indiziert, denn hiermit werden direkte Einflüsse der konsumierten Substanzen auf Kognition und Verhalten adressiert, die den Fortgang einer Psychotherapie behindern können.

Bei der Auswertung der Leitlinien ist als Limitierung zu berücksichtigen, dass derzeit nicht für alle Substanzkonsumstörungen Leitlinien vorliegen. Daher wurden die Anpassungen der Regelungen der Richtlinie in Anlehnung an die vorhandenen Empfehlungen der Leitlinien getroffen und berücksichtigen in ihren Begrenzungen gleichzeitig die teilweise fehlenden Empfehlungen zum Umgang mit Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz für eine Reihe von Substanzen.

Damit wird auch in der Akutphase, d.h. bei fehlender Suchtmittelfreiheit, eine Behandlung im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie ermöglicht, sofern aufgrund der psychotherapeutischen Einschätzungen anzunehmen ist, dass eine Abstinenz bis zum Ende der 12. Behandlungsstunde im Rahmen der Kurzzeittherapie erreicht werden kann. Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass das Erreichen der Abstinenz bis zu diesem Zeitpunkt nicht möglich ist, können weitere 12 Behandlungsstunden im Rahmen der Kurzzeittherapie nur dann durchgeführt werden, wenn das Erreichen von Suchtmittelfreiheit weiterhin als primäres Therapieziel formuliert und angestrebt wird und die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut mit der Patientin oder dem Patienten konkrete Schritte zur Erreichung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz vereinbart hat.

Die Suchtmittelfreiheit ist, wie bereits zuvor in der Richtlinie geregelt, durch eine ärztliche Bescheinigung, die nicht von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten selbst ausgestellt wurde, nachzuweisen und im Falle eines Antrags auf Umwandlung von Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen. Der Nachweis der Suchtmittelfreiheit erfolgt zum Beispiel im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Kann Abstinenz bis zum Ende der 24. Behandlungsstunde nicht erreicht und die psychotherapeutische Behandlung somit nicht fortgesetzt werden, ist es eine Aufgabe der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten die Patientin oder den Patienten über eine geeignete Anschlussversorgung zu informieren und eine Anschlussbehandlung anzustoßen.

In Fällen, in denen eine ambulante Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen angewendet wird und noch keine Suchtmittelfreiheit erreicht ist, ist durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten sicherzustellen, dass eine Richtlinientherapie nur durchgeführt wird, wenn die Patientin oder der Patient nicht intoxikiert zum Termin erscheint. Es ist unklar, inwiefern bei einer akuten Intoxikation psychotherapeutische Interventionen wirksam sein können, da psychotrope Substanzen einen Einfluss auf verschiedene kognitive Funktionen wie z.B. Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, Lernen und Erinnerung sowie Emotion und Motivation haben können. Eine psychotherapeutische Arbeit im Sinne der Richtlinientherapie ist in diesen Fällen daher nicht vorgesehen.]

¹²vgl. S3-Leitlinie „Behandlung Cannabisbezogener Störungen“, AWMF-Registernummer 076 – 005 und S3-Leitlinie „Opioidbezogene Störungen“, AWMF-Registernummer 076 – 012

[PatV:

In den S3-Leitlinien zu den Substanzklassen Alkohol, Medikamente und Metamphetamin¹³ werden bei den meisten Substanzen sowohl die Abstinenz von Substanzen als auch die Reduktion des Substanzgebrauchs als Therapieziele formuliert. Zudem wird stets betont, dass die Therapieziele individuell mit der Patientin bzw. dem Patienten vereinbart werden sollen. In der Gesamtschau ist das leitliniengerechte Therapieziel der Behandlung einer psychischen und Verhaltensstörung bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch psychotrope Substanzen in der Regel die Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz, dieses wird für viele Ausprägungen der Abhängigkeitserkrankungen als „primäres“ oder „übergeordnetes“ Therapieziel beschrieben. Bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs oder bei bestimmten Schweregraden der Abhängigkeitserkrankung kann auch die Reduktion gleichwertiges Therapieziel sein. Beispielsweise beschreibt die S3-Leitlinie zur Substanzklasse Alkohol, dass im Falle der Behandlung alkoholbezogener Störungen eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden soll, wenn die Erreichung von Abstinenz zum Therapiezeitpunkt nicht möglich ist oder schädlicher bzw. riskanter Konsum vorliegt.

In den S3-Leitlinien zu den Substanzklassen Alkohol, Medikamente und Metamphetamin konnten keine Aussagen zu einer eingeschränkten Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen ohne vollständige Abstinenz identifiziert werden.

In der PT-RL wurde der Zustand der Abstinenz bzw. der Suchtmittelfreiheit bislang als Voraussetzung für die Durchführung von Psychotherapie verstanden und nicht als Therapieziel. Abweichend davon war die Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann.

Dies steht im Widerspruch zu den Empfehlungen in den S3-Leitlinien. Psychotherapeutische Interventionen sind nach den oben genannten Leitlinien in fast jedem Stadium einer Abhängigkeit wichtig und erfolgversprechend. Das gilt zum Beispiel für psychotherapeutische Methoden zur Förderung der Motivation oder zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartungen, im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung, als Teil der Komplexbehandlung in der Entwöhnung oder auch als eigenständige ambulante Behandlung im Postakutstadium. Eine Vorgabe, in welchem Zeitraum Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz oder kontrollierter Substanzgebrauch erreicht werden soll, findet sich in den Leitlinien nicht. Allerdings wird betont, dass der Erfolg der Behandlung katamnestisch überprüft werden soll. Dem G-BA sind zudem keine weiteren Studien bekannt, die für einen bestimmten Zeitraum sprechen, in dem Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz erreicht werden soll.

Um die Leitlinienempfehlungen umzusetzen, ist es notwendig, die Begrenzungen in der PT-RL aufzuheben. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können so gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten individuelle Therapieziele festlegen und den Empfehlungen aus den S3-Leitlinien im individuellen Behandlungsfall folgen, wenn hierfür ein längerer Zeitraum als wie bisher zehn Behandlungsstunden benötigt wird oder eine vollständige Abstinenz von dem Suchtmittel oder den Suchtmitteln nicht angestrebt werden kann. Die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ist gemäß den Leitlinien dabei – soweit im individuellen Einzelfall möglich – das Therapieziel der Wahl. Eine Reduktion des Substanzgebrauchs ist Therapieziel der Wahl, wenn Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz aus psychotherapeutischer Sicht - unter Einbezug des Krankheitsgeschehens und der Ressourcen der Patientinnen und Patienten - nicht indiziert ist beziehungsweise derzeit noch nicht erreicht werden kann.

¹³ Siehe Fußnote 2

Das zielgerichtete und frühzeitige Anstreben der Suchtmittelfreiheit für eine psychotherapeutische Behandlung kann vor dem Hintergrund der körperlichen Abhängigkeit und Eigendynamik von Substanzen nach wie vor primär indiziert sein. Denn hiermit werden direkte Einflüsse auf Kognition und Verhalten adressiert, die den Fortgang einer Psychotherapie behindern können.

Es wird in diesem Zusammenhang auf bereits bestehende qualitätssichernde Regelungen verwiesen, die zur Verhütung etwaiger Schäden durch die Eigendynamik der Substanz beitragen: Dies betrifft neben dem Konsiliarverfahren oder dem Antrags- und Gutachterverfahren, in dessen Rahmen auch Therapieziele wie Suchtmittelfreiheit oder Reduktion des Substanzerbrauchs überprüft werden können, insbesondere die Vorgaben in § 27 Absatz 3 PT-RL, die Psychotherapie unter bestimmten Bedingungen ausschließen, z. B. dann, wenn bei der Patientin oder dem Patienten die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind.]

[GKV-SV/KBV:

Anpassung von § 34 Absatz 1a PT-RL (Folgeregelung)

Die Änderung des § 34 Absatz 1a PT-RL ist eine Folgeänderung zur Anpassung an den geänderten § 27 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL.]

[PatV:

Aufhebung von § 34 Absatz 1a PT-RL (Folgeregelung)

§ 34 Absatz 1a PT-RL sieht derzeit das Entfallen der Leistungspflicht vor, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit entfallen, die Abstinenz tatsächlich nicht bis zum Ende von zehn Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation zum Nachweis der Abstinenz gemäß § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 2 und 3 PT-RL nicht vorgelegt werden kann. Vor dem Hintergrund der Aufhebung der bestehenden Regelungen zum Vorliegen beziehungsweise Erreichen der Abstinenz bei Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen sind als Folgeänderung auch die Regelungen des § 34 Absatz 1a PT-RL aufzuheben. Einer alternativen Regelung bedarf es in diesem Zusammenhang nicht.]

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen ausgewertet und gewürdigt. Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel C der Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
17.10.2024	G-BA	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
07.11.2024	UA PPV	Schriftlicher Beschluss: Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
17.12.2024	UA PPV	Mündliche Anhörung
23.07.2025	UA PPV	Abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
21.08.2025	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie

Berlin, den 21. August 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Fließtext zur Anpassung in § 27 PT-RL – Vergleichsfassung

[...]

GKV-SV/KBV	PatV
§ 27 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie	
<p>(1) Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinie bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;2. Angststörungen und Zwangsstörungen;3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;5. Essstörungen;6. Nichtorganische Schlafstörungen;7. Sexuelle Funktionsstörungen;8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.	<p>(1) Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinie bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;2. Angststörungen und Zwangsstörungen;3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;5. Essstörungen;6. Nichtorganische Schlafstörungen;7. Sexuelle Funktionsstörungen;8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend;10. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst.

GKV-SV/KBV	PatV
<p>(2) Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:</p>	
<p>1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. (Alkohol, Drogen und Medikamente), Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise d.h. bei bestehender Abstinenz.</p>	<p>1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente), im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz.</p>
<p>³Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann in der Kurzzeittherapie zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn 12 Behandlungsstunden erreicht werden kann. ⁴Kann Abstinenz nicht bis zum Ende von 12 Behandlungsstunden erreicht werden, können weitere Behandlungsstunden nur dann durchgeführt werden, wenn mit der Patientin oder dem Patienten im Rahmen der weiteren Behandlungsplanung das konkrete Vorgehen abgestimmt und das Erreichen von Abstinenz als vorrangiges Therapieziel formuliert wird. ⁵Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz ist nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist der Kurzzeittherapie in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. ⁶Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. ⁷Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und ist bei einer Umwandlung in Langzeittherapie dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen.</p>	<p>Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Therapeutin oder von dem Therapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen.</p>

GKV-SV/KBV	PatV
<p>Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden</p>	
Kann Abstinenz im Rahmen der Kurzzeittherapie nicht erreicht werden, ist die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut verpflichtet, die Patientin oder den Patienten über alternative Behandlungsmöglichkeiten wie Entzugsbehandlung oder Entwöhnungsbehandlung und die nachfolgend möglicherweise sinnvolle Wiederaufnahme der Richtlinientherapie zu beraten.	
1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, 2. (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit.	1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, 2. (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit.

[...]

GKV-SV/KBV	PatV
§ 34 Antragsverfahren	
<i>Folgedissens zu § 27</i>	
<p>[...]</p> <p>(1a) In den Fällen des § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 2 und 3 Sätze 3 bis 7 entfällt jede weitere Leistungspflicht zur Fortführung der ambulanten Therapie, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit entfallen, die Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit tatsächlich nicht bis zum Ende von zehn 24 Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation der Gutachterin oder dem Gutachter nicht vorgelegt werden kann.</p> <p>[...]</p> <p>[...]</p>	<p>[...]</p> <p>(1a) In den Fällen des § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 2 und 3 entfällt jede weitere Leistungspflicht zur Fortführung der ambulanten Therapie, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit entfallen, die Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit tatsächlich nicht bis zum Ende von zehn Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation nach § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 2 und 3 nicht vorgelegt werden kann.</p> <p>[...]</p>



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Ausschließlich über Behördenpostfach

Glinkastraße 35
10117 Berlin

Postanschrift:
11055 Berlin

Tel. +49 30 18 441-4514

bearbeitet von:
Dr. Josephine Tautz

Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungs-
programme (DMP), Allgemeine
medizinische Fragen in der GKV"

213@bmg.bund.de

www.bundesgesundheitsministerium.de

**Betreff: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V
vom 21. August 2025**

Bezug: Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Anpassung in § 27

Geschäftszeichen: 60704#00004

Berlin, 21.10.2025

Seite 1 von 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 21. August 2025 über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

Hinweis zu unseren Datenschutzinformationen:

Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten sind in der Datenschutzerklärung des BMG zu finden: www.bundesgesundheitsministerium.de „Stichwort: Datenschutz“ ([Bundesgesundheitsministerium Datenschutz](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)). Sollten Sie keinen Internetzugang haben, kann die Information auf dem Postweg zugesandt werden.

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Anpassung in § 27

Vom 21. August 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. August 2025 beschlossen, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAnz. S. 1399), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 15. August 2024 (BAnz AT 31.10.2024 B5) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. § 27 der Psychotherapie-Richtlinie wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 wird die Nummer 1a wie folgt neu gefasst:

„1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Psychische und Verhaltensstörungen ausschließlich aufgrund des Substanzgebrauchs von Tabak, Nikotin oder Koffein sind nicht umfasst, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit, das heißt bei bestehender Abstinenz.

Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann in der Kurzzeittherapie zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von 12 Behandlungsstunden erreicht werden kann. Kann Abstinenz nicht bis zum Ende von 12 Behandlungsstunden erreicht werden, können weitere Behandlungsstunden nur dann durchgeführt werden, wenn mit der Patientin oder dem Patienten im Rahmen der weiteren Behandlungsplanung das konkrete Vorgehen abgestimmt und das Erreichen von Abstinenz als vorrangiges Therapieziel formuliert wird. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz ist nach Ablauf der Kurzzeittherapie in einer nicht von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Psychotherapeutin oder von dem Psychotherapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und ist bei einer Umwandlung in Langzeittherapie dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen.

Kann Abstinenz im Rahmen der Kurzzeittherapie nicht erreicht werden, ist der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin verpflichtet, den Patienten oder die Patientin über alternative Behandlungsmöglichkeiten wie Entzugsbehandlung oder Entwöhnungsbehandlung und die nachfolgend möglicherweise sinnvolle Wiederaufnahme der Richtlinientherapie zu beraten.“

II. § 34 Absatz 1a wird wie folgt neu gefasst:

„In den Fällen des § 27 Absatz 2 Nummer 1a Satz 3 bis 7 entfällt jede weitere Leistungspflicht zur Fortführung der ambulanten Therapie, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit entfallen, die Absti-

nenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit nicht bis zum Ende von 24 Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation der Gutachterin oder dem Gutachter nicht vorgelegt werden kann.“

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. August 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Anpassung in § 27

Vom 21. August 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Klarstellungen zum Anwendungsbereich nach § 27 Absatz 2 Nummer 1a	2
2.2	Klarstellung des Einsatzes von Richtlinienpsychotherapie in der Suchtbehandlung	3
3.	Würdigung der Stellungnahmen	6
4.	Bürokratiekostenermittlung	6
5.	Verfahrensablauf	6

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V 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; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren.

Gemäß 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO) soll der G-BA zudem im Rahmen seiner Beobachtungspflicht überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben, und begründeten Hinweisen nachgehen, dass die Entscheidungen nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Seit Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) zum 1. April 2024 können Erwachsene in Deutschland legal Cannabis konsumieren. Cannabis gilt seither für Erwachsene nicht mehr als illegale Droge, weiterhin aber für Kinder und Jugendliche. Abhängigkeitserkrankungen (Abhängigkeitssyndrom, Schädlicher Gebrauch), die sich auf legal erhältliche Drogen beziehen, zählten bislang nicht zu dem in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) definierten Anwendungsbereich der Abhängigkeitserkrankungen (§ 27 Absatz 1 Nummer 1). Vor diesem Hintergrund war eine Überprüfung der Vorgaben der PT-RL zeitnah erforderlich. Im Ergebnis wird die Verknüpfung des Anwendungsbereichs Abhängigkeitserkrankungen zu gesetzlichen Festlegungen zur Illegalität bzw. Legalität von Drogen aufgehoben.

Darüber hinaus übermittelte die Bundespsychotherapeutenkammer dem G-BA am 11. Oktober 2022 das Positionspapier „Ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen“, in dem sie an den G-BA appelliert, dass der Anwendungsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente) unter § 27 Absatz 1 Nummer 1 (neu) verortet werden und die bisher geltenden Vorgaben zur Abstinenz aufgehoben werden sollen. Im Rahmen der Beratungen zu diesem Beschluss wurden diese Hinweise überprüft und die Vorgaben zur Abstinenz beziehungsweise zur Suchtmittelfreiheit angepasst. Im Ergebnis bleibt eine Vorgabe zur Erreichung von Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz bestehen, wird jedoch in Anlehnung an Empfehlungen relevanter Leitlinien umgestaltet.

2.1 Klarstellungen zum Anwendungsbereich nach § 27 Absatz 2 Nummer 1a

Der bisher in der Regelung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a enthaltene Klammerzusatz „(Alkohol, Drogen und Medikamente)“ wird für die geänderte Regelung infolge einer Prüfung der psychotropen Substanzen, die vom Anwendungsbereich umfasst sind, nicht mehr aufgenommen. Gemäß der vormalen geltenden Beschlusslage zählten Abhängigkeitserkrankungen, die sich auf legal erhältliche Drogen beziehen, nicht zu den in der PT-RL definierten Anwendungsbereichen, da sich der Begriff „Drogen“ auf als illegal geltende Drogen bzw. Suchtmittel bezog¹. Eine Behandlung dieser Erkrankungen mit den in der PT-RL definierten Leistungen war daher

¹ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Klarstellung zu § 22 Absatz 2 Nr. 1a und redaktionelle Änderung in § 24 Absatz 3 Satz 3 vom 15. Oktober 2015 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2015 [Zugriff: 13.06.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3404/2015-10-15_PT-RL_Klarstellung-%C2%A722-2-1a_TrG.pdf.

nicht möglich. Hiervon ausgenommen waren Alkohol und Medikamente; die Behandlung hiermit verbundener Abhängigkeitserkrankungen war auch bisher bereits möglich und entsprechend in der PT-RL ausgewiesen.

Die Verknüpfung der Definition des Anwendungsbereichs „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ mit externen und sich im Wandel befindlichen gesetzlichen Bestimmungen ist sachfremd und wird mit der vorliegenden Anpassung der PT-RL aufgegeben. Auch in Kapitel F der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10) wird nicht zwischen illegalen und legalen Drogen unterschieden. So kann sich das Abhängigkeitssyndrom auf einen einzelnen Stoff (z. B. Alkohol, Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen beziehen. Zur Überprüfung der Diagnosekriterien (z. B. Konsumdrang oder Kontrollverlust) der im Anwendungsbereich der PT-RL enthaltenen Diagnosen² des Abhängigkeitssyndroms (F1x.2) bzw. des schädlichen Gebrauchs (F1x.1) ist die Art der Substanz nachrangig, da für alle Substanzgruppen die jeweils gleichen Diagnosekriterien gelten.

Entsprechend erfolgt mit dem Beschluss eine Aktualisierung der Definition des Anwendungsbereichs Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, die unter anderem aufgrund der Teillegalisierung von Cannabis erforderlich geworden ist. Die Differenzierung zwischen legalen und illegalen Substanzen ist vor diesem Hintergrund nicht mehr sachgerecht. Vom Anwendungsbereich sind alle psychotropen Substanzen mit Ausnahme von Tabak, Nikotin und Koffein umfasst, unabhängig davon, ob diese als illegal gelten oder nicht. Dieser umfasst damit auch Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Cannabinoide, Medikamente oder durch sogenannte neue psychoaktive Substanzen. Mit der Anpassung wird lediglich klargestellt, dass auch pflanzliche Stoffe, die psychotrop wirken (z. B. Pilze, Peyote, Kratom), flüchtige Lösungsmittel und andere legal erhältliche Stoffe sowie künftige Stoffgruppen, die noch nicht vom Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (NpSG) vom 21. November 2016 umfasst sind, dem Anwendungsbereich Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zugeordnet sind. Der G-BA wird sich zu einem späteren Zeitpunkt mit den Substanzen Tabak, Nikotin und Koffein befassen; zur Klarstellung wird die derzeit gültige Beschlusslage zu diesen Substanzen in § 27 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL ergänzt.

2.2 Klarstellung des Einsatzes von Richtlinienpsychotherapie in der Suchtbehandlung

Einbettung der ambulanten Psychotherapie in das Suchthilfesystem

Zur Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen ist in den letzten 150 Jahren in Deutschland ein sehr differenziertes Suchthilfesystem entstanden. Es existiert eine Vielzahl verschiedener Angebote, Behandlungen und Leistungen mit unterschiedlichsten gesetzlichen Regelungen, Kosten- und Leistungsträgern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg. Die Suchthilfe umfasst sowohl ambulante, stationäre sowie kombinierte Therapieangebote und Leistungen zur Teilhabe. Teilweise handelt es sich um niederschwellige, auch kostenfrei zugängliche Angebote (z.B. Suchtberatung, Prävention oder Selbsthilfe), für andere Betreuungs- und insbesondere Behandlungsmaßnahmen ist die Bewilligung von Kosten- und Leistungsträgern erforderlich (z.B. medizinische Entgiftungsbehandlung, Entwöhnung in einer

² Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Präzisierung der Indikation „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ und eine redaktionelle Änderung vom 14. April 2011 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2011. [Zugriff: 13.06.2025] URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1633/2011-04-14_Pr%C3%A4zisierung%20zur%20Indikation%20Sucht_TrG.pdf

Reha-Klinik). Es existieren außerdem Hilfesysteme mit besonderen Schwerpunkten auf verschiedene Lebenswelten (Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, betriebliche Gesundheitsförderung, u.v.m.).

Einen Überblick über das Suchthilfesystem in Deutschland findet man z.B. in einer Publikation der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen aus dem Jahr 2019³. In der genannten Publikation wird deutlich, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung im gesamten Suchthilfesystem einen Baustein darstellt und insgesamt zahlreiche Behandlungs- und Beratungsangebote existieren, die in verschiedenen Phasen einer Suchtbehandlung relevant sein können. So wird in der Publikation festgestellt, „dass im deutschen Suchthilfesystem für (fast) jeden Hilfebedarf ein passendes Angebot zu finden ist [...]“⁴. Zu den Aufgaben von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehört es, zu prüfen, ob eine ambulante Psychotherapie ein geeignetes Mittel der Behandlung sein kann und, ob ggf. weitere Maßnahmen des Suchthilfesystems vorab, ergänzend oder parallel zur ambulanten Psychotherapie zur Erreichung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz erforderlich sind.

Vorgaben zur Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz

Der Gesetzgeber hat dem G-BA mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung die Kompetenz eingeräumt, Regelungen zu treffen, die „leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren“ (§ 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V). Vor diesem Hintergrund wurden zur Überprüfung der Vorgaben zur Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz hierfür einschlägige Leitlinien zur fachlichen Fundierung, sowie eine Literaturrecherche zu den deutschen S3-Leitlinien von der Fachberatung Medizin des G-BA vom 24. Oktober 2023 herangezogen.

Im deutschen Sprachraum sind mit Stand Juni 2025 drei AWMF-Leitlinien aktuell, die sich mit Diagnostik und Behandlung von Suchterkrankungen befassen, nämlich eine Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen⁵, eine Leitlinie zu medikamentenbezogenen Störungen⁶ und eine Leitlinie zu Rauchen und Tabakabhängigkeit⁷. Die S3-Leitlinie zu Rauchen und Tabakabhängigkeit wurde hier nicht weiter berücksichtigt, da sich der G-BA zu einem späteren Zeitpunkt mit dieser Substanzgruppe befassen wird. Eine Leitlinie zu Methamphetamin-bezogenen Störungen ist im November 2021 abgelaufen, eine Aktualisierung ist nicht geplant⁸. Die Leitlinie mit

³ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland: Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven; Update 2019 [online]. Hamm (GER): DHS; 2019. [Zugriff: 13.06.2025]. URL: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf

⁴ Ebenda, S. 5.

⁵ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-SUCHT), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 076-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); Aktualisierte Version 2020. [Zugriff: 19.08.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-001_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2025-01-verlaengert.pdf.

⁶ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Medikamentenbezogene Störungen; S3-Leitlinie, Langversion 1.1 [online]. AWMF-Registernummer 038-025. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 19.08.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-025I_S3_Medikamentenbezogene-Stoerungen_2025-08-abgelaufen.pdf.

⁷ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-SUCHT). Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 076-006. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 13.06.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-006I_S3_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf.

⁸ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Stand 2016 ist weiterhin abrufbar. Da eine aktualisierte Fassung zum Zeitpunkt der Beschlussfassung nicht vorlag, bietet die abgelaufene Fassung auch weiterhin eine fachlich fundierte Orientierung. Zwei weitere Leitlinien zu Suchterkrankungen sind angemeldet, jedoch noch nicht veröffentlicht⁹.

In den herangezogenen S3-Leitlinien zu den Substanzklassen Alkohol, Medikamente und Metamphetamin wird Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz als „primäres“ oder „übergeordnetes“ Therapieziel beschrieben, Konsumreduktion zur Schadensminimierung kann nur in bestimmten Fällen Therapieziel sein. Das zielgerichtete und frühzeitige Anstreben der Suchtmittelfreiheit für eine psychotherapeutische Behandlung ist vor dem Hintergrund der körperlichen Abhängigkeit und Eigendynamik von Substanzen nach wie vor primär indiziert, denn hiermit werden direkte Einflüsse der konsumierten Substanzen auf Kognition und Verhalten adressiert, die den Fortgang einer Psychotherapie behindern können.

Bei der Auswertung der Leitlinien ist als Limitierung zu berücksichtigen, dass derzeit nicht für alle Substanzkonsumstörungen Leitlinien vorliegen. Daher wurden die Anpassungen der Regelungen der Richtlinie in Anlehnung an die vorhandenen Empfehlungen der Leitlinien getroffen und berücksichtigen in ihren Begrenzungen gleichzeitig die teilweise fehlenden Empfehlungen zum Umgang mit Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz für eine Reihe von Substanzen.

Damit wird auch in der Akutphase, d.h. bei fehlender Suchtmittelfreiheit, eine Behandlung im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie ermöglicht, sofern aufgrund der psychotherapeutischen Einschätzungen anzunehmen ist, dass eine Abstinenz bis zum Ende der 12. Behandlungsstunde im Rahmen der Kurzzeittherapie erreicht werden kann. Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass das Erreichen der Abstinenz bis zu diesem Zeitpunkt nicht möglich ist, können weitere 12 Behandlungsstunden im Rahmen der Kurzzeittherapie nur dann durchgeführt werden, wenn das Erreichen von Suchtmittelfreiheit weiterhin als primäres Therapieziel formuliert und angestrebt wird und die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut mit der Patientin oder dem Patienten konkrete Schritte zur Erreichung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz vereinbart hat.

Die Suchtmittelfreiheit ist, wie bereits zuvor in der Richtlinie geregelt, durch eine ärztliche Bescheinigung, die nicht von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten selbst ausgestellt wurde, nachzuweisen und im Falle eines Antrags auf Umwandlung von Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen. Der Nachweis der Suchtmittelfreiheit erfolgt zum Beispiel im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Kann Abstinenz bis zum Ende der 24. Behandlungsstunde nicht erreicht und die psychotherapeutische Behandlung somit nicht fortgesetzt werden, ist es eine Aufgabe der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten die Patientin oder den Patienten über eine geeignete Anschlussversorgung zu informieren und eine Anschlussbehandlung anzustoßen.

In Fällen, in denen eine ambulante Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen angewendet wird und noch keine Suchtmittelfreiheit erreicht ist, ist durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten sicherzustellen, dass eine Richtlinientherapie

Methamphetamin-bezogene Störungen; S3-Leitlinie, Langversion [online]. AWMF-Registernummer 038-024. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2016. [Zugriff: 13.06.2025] URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamine_lang.pdf. Die Leitlinie zu Methamphetamin-bezogenen Störungen ist im November 2021 abgelaufen, eine Aktualisierung ist nicht geplant. Damit Interessierte den Stand der Leitlinie von 2016 nutzen können, ist diese nach wie vor abrufbar und wird vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) weiterhin zur Verfügung gestellt. Deshalb ist davon auszugehen, dass die im Jahr 2016 veröffentlichten Erkenntnisse zur Behandlung von Methamphetamin-bezogenen Störungen unverändert Einsatz finden. Aus diesem Grunde wurde diese Leitlinie hier ebenfalls berücksichtigt.

⁹vgl. S3-Leitlinie „Behandlung Cannabisbezogener Störungen“, AWMF-Registernummer 076 – 005 und S3-Leitlinie „Opioidbezogene Störungen“, AWMF-Registernummer 076 – 012.

nur durchgeführt wird, wenn die Patientin oder der Patient nicht intoxikiert zum Termin erscheint. Es ist unklar, inwiefern bei einer akuten Intoxikation psychotherapeutische Interventionen wirksam sein können, da psychotrope Substanzen einen Einfluss auf verschiedene kognitive Funktionen wie z.B. Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, Lernen und Erinnerung sowie Emotion und Motivation haben können. Eine psychotherapeutische Arbeit im Sinne der Richtlinientherapie ist in diesen Fällen daher nicht vorgesehen.

Anpassung von § 34 Absatz 1a PT-RL (Folgeregelung)

Die Änderung des § 34 Absatz 1a PT-RL ist eine Folgeänderung zur Anpassung an den geänderten § 27 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen ausgewertet und gewürdigt. Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel C der Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
17.10.2024	G-BA	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
07.11.2024	UA PPV	Schriftlicher Beschluss: Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
17.12.2024	UA PPV	Mündliche Anhörung
23.07.2025	UA PPV	Abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
21.08.2025	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie

Berlin, den 21. August 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken