

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PT-RL: EMDR als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen und Umstrukturierung der Anlage 1

Vom 16. Oktober 2014

### Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung .....	2
2.1	Beschreibung der Methode.....	2
2.2	Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit.....	2
2.3	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Vorsorgungskontext.....	4
2.3.1	Aktuelle Versorgungssituation .....	4
2.3.2	Einschätzung der medizinischen Notwendigkeit im ambulanten Vorsorgungskontext .....	4
2.4	Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit .....	4
2.5	Einbindung der EMDR in die Psychotherapie-Richtlinie .....	5
3	Würdigung der Stellungnahmen .....	6
4	Bürokratiekostenermittlung.....	6
5	Verfahrensablauf .....	6
6	Fazit.....	7

## **1 Rechtsgrundlagen**

Auf der Grundlage des § 135 Abs. 1 SGB V überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Abs. 2 Satz 1 SGB V, einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue ärztliche Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden darf.

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit der Patientenvertretung am 27.01.2011 einen Antrag gemäß § 135 Abs. 1 SGB V zur Prüfung der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen vorgelegt.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hatte zuvor die EMDR bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörungen wissenschaftlich anerkannt.

## **2 Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Beschreibung der Methode**

Bei EMDR handelt es sich um eine standardisierte psychotherapeutische Behandlungsmethode, die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen zielt (vgl. Kapitel B 3 der Zusammenfassenden Dokumentation). Das methodische Vorgehen gliedert sich nach der Begründerin der Methode, Francine Shapiro, in acht Phasen. Diese umfassen Anamnese und Behandlungsplanung, Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten, Bewertung, Desensibilisierung, Verankerung, Körper-Test, Abschluss sowie Überprüfung. Das Kernstück der Behandlung bildet die „Desensibilisierung“. Dabei soll durch kurzzeitiges In-Kontakttreten mit der belastenden Erinnerung bei gleichzeitiger bilateraler Stimulation (i.d.R. rhythmische Augenbewegungen aber auch Töne oder kurze Berührungen z.B. des Handrückens) die Blockierung der Verarbeitung der belastenden Erinnerung aufgehoben und eine zügige Verarbeitung ermöglicht werden.

### **2.2 Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit**

In die sektorenübergreifende Bewertung wurden 12 Primärstudien sowie zwei Übersichtsarbeiten eingeschlossen. Um den Effekt der EMDR aus den zumeist kleinen Studien besser einschätzen zu können, wurde in der Arbeitsgruppe zudem eine eigene Metaanalyse durchgeführt.

Die Metaanalyse zeigte eine statistisch signifikante Überlegenheit der EMDR gegenüber einer indikationsunspezifischen und -spezifischen Kontrollbehandlung nach Abschluss der Therapie. Allerdings wies ein Großteil der Primärstudien methodische und inhaltliche Limitationen auf. Insgesamt lässt sich auf Basis der Ergebnisse ein deutlicher Hinweis auf einen Nutzen der EMDR gegenüber einer unspezifischen und spezifischen Therapie ableiten.

Für EMDR als Behandlungsmethode bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD: F43.1) hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei der sektorenübergreifenden

Bewertung einen deutlichen Hinweis auf einen Nutzen festgestellt. Die PTBS stellt eine psychische Erkrankung dar, die mit hoher Symptombelastung, hoher Chronifizierungsneigung und hoher Komorbidität zu anderen psychischen Erkrankungen einhergeht. Die Prävalenz der PTBS kann in Abhängigkeit von der Art des Traumas bis zu 50% erreichen.

Die PTBS ist eine spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen. In der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, der „Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)“ ist sie im Kapitel V unter F43.1 gelistet. Sie wird dort als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß“ beschrieben. Es kann sich dabei um ein einmaliges oder auch um mehrere traumatische Ereignisse handeln (wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, Vergewaltigung, gewalttätigen Angriffen auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlägen, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politischer Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfällen oder dem Erhalten der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), welche die eigene Person oder auch beobachtete Personen erleben. Als typische Merkmale der PTBS werden im ICD-10-GM „das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls des Betäubtseins und emotionaler Stumpfheit auftreten“ beschrieben. Weiterhin werden „Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten“ sowie „ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen“ als Charakteristika der PTBS genannt. Mit den v.g. Symptomen treten auch häufig Angst und Depression sowie Suizidgedanken auf. Die vorbeschriebene Symptomatik beginnt verzögert nach dem traumatisch Erlebten (wenige Wochen bis Monate, manchmal auch deutlich länger). (vgl.: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlqm2014/block-f40-f48.htm>)

Epidemiologische Untersuchungen berichten über eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen (am häufigsten Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder –sucht, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) zwischen 50 bis 100%.

Gemäß der „Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F43.1“ der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF Register-Nr.051/010; <http://www.awmf.org>) ist die Häufigkeit von PTBS abhängig von der Art des Traumas: „ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung, ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen, ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern, ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern, ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome).“ Als Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten werden zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5% – 2 %) angegeben. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder wird als wesentlich höher eingeschätzt und eine hohe Chronifizierungsneigung konstatiert.

Nach sektorenübergreifender, und somit einheitlicher, Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der neuen Methode EMDR (s. Kapitel B der Zusammenfassenden Dokumentation) ist gemäß des 2. Kapitels Abschnitt 2 § 7 Abs. 1b der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses eine sektorspezifische Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Methode der EMDR im ambulanten Versorgungskontext durchzuführen.

## **2.3 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit im Versorgungskontext**

### **2.3.1 Aktuelle Versorgungssituation**

Die Methode der EMDR gehört derzeit im Bereich der ambulanten Versorgung nicht zu den gemäß Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Behandlungsmethoden, während sie in der stationären Akut- und Rehabilitationsbehandlung bei gegebener Indikation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zur Anwendung kommt.

Schon jetzt stellt die PTBS (gemäß Abschnitt D. „Anwendungsbereiche“, § 22 Abs. 1 Nr. 4 der Psychotherapie-Richtlinie) eine Indikation zur Anwendung auch von ambulanter Psychotherapie zu Lasten der GKV dar. Bei gegebenem Behandlungsbedarf können gesetzlich Krankenversicherte, die an einer PTBS leiden, ambulant mit traumaspezifischen Methoden im Rahmen der in der Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Behandlungsverfahren behandelt werden.

### **2.3.2 Einschätzung der medizinischen Notwendigkeit im ambulanten Versorgungskontext**

Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der Schwere der zu behandelnden Erkrankung der PTBS sowie der aktuellen Versorgungssituation wird neben den bereits bestehenden Behandlungsalternativen im ambulanten Bereich eine medizinische Notwendigkeit der EMDR gesehen.

Die Aufnahme dieser weiteren traumaspezifischen Behandlungsmethode in die Psychotherapie-Richtlinie stellt eine Verbesserung der ambulanten Versorgung dar. Erkrankten Versicherten, die bisher nicht oder nicht ausreichend auf die bereits vorhandenen Methoden ansprachen, steht damit eine weitere wirksame psychotherapeutische Methode zur Behandlung der PTBS zur Verfügung.

## **2.4 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit**

Gemäß 2. Kapitel § 10 Abs. 2 Nr. 3 VerfO erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einer Methode insbesondere auf der Basis von Unterlagen zur Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten, zur Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten, zur Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekosten-Abwägung, und zur Kosten-Nutzenabwägung im Vergleich zu anderen Methoden.

Keine der identifizierten Studien enthielt explizite Untersuchungen zu den v.g. ökonomischen Aspekten. Aus einigen Studien ließen sich Hinweise entnehmen, dass es sich bei EMDR im Vergleich zu anderen Behandlungen um eine kostengünstigere Methode handelt. So fanden bspw. Marcus, Marquis und Sakai (1997), dass Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung, die mit EMDR behandelt wurden, weniger Therapiestunden und weniger Psychopharmaka benötigten, als die jeweils mit Einzelpsychotherapie ohne EMDR, Medikation und/ oder Gruppentherapie behandelten Kontrollgruppen.

Anzumerken ist, dass die bestehenden Stundenkontingente durch die Anwendung der EMDR im Rahmen einer Richtlinien-Therapie nicht erweitert werden. Es ist nicht zu erwarten, dass zusätzliche Kosten durch die Einführung der EMDR entstehen. Plausibel erscheint hingegen, dass es durch die Wirksamkeit dieser Methode eher zur Verkürzung der Behandlung kommen könnte.

Zusammengefasst stehen dem G-BA derzeit keine belastbaren Daten zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zur Verfügung. Auf eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit muss daher verzichtet werden.

## 2.5 Einbindung der EMDR in die Psychotherapie-Richtlinie

EMDR ist eine störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungsmethode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Gemäß dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeutengesetz kann EMDR bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung als wissenschaftlich anerkannt gelten. Eine wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen für den Bereich der posttraumatischen Belastungsstörungen war seitens des WBP wegen nicht ausreichender Studienlage nicht erfolgt. Entsprechend den Ergebnissen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie war vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der Patientenvertretung ein Antrag gemäß § 135 SGB V zur Prüfung der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode der Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen gestellt worden.

Nach sektorenübergreifender Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit sowie nach sektorspezifischer Bewertung der Wirtschaftlichkeit und der Notwendigkeit im ambulanten Versorgungskontext kann festgestellt werden, dass die neue Methode der EMDR die Bedingungen des § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie erfüllt.

Auf der Basis der Ergebnisse der Nutzenbewertung und unter Einbeziehung der Stellungnahmen sowie der Empfehlungen der S3 Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ der AWMF und insbesondere wegen der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen erscheint eine Integration der Methode EMDR in den jeweiligen Behandlungsplan eines Richtlinienverfahrens geboten. So können komorbid bestehende psychische Erkrankungen ebenfalls ausreichend diagnostiziert und mitbehandelt werden, ohne dass ein Therapeutenwechsel und/ oder ein neues Antragsverfahren notwendig werden. Eine solche Einbindung erscheint auch vor dem Hintergrund der bisherigen Studienergebnisse, die eine Wirksamkeit der EMDR nach Behandlungsende belegen, jedoch kaum Erkenntnisse hinsichtlich der Nachhaltigkeit dieser Behandlungsergebnisse über einen längeren Zeitraum liefern, sinnvoll. Im Rahmen der Einbindung der neuen Methode in eines der Psychotherapie-Richtlinienverfahren besteht die Möglichkeit, die Behandlungsergebnisse der EMDR zu stabilisieren und weiter auszubauen sowie vorhandene komorbide psychische Erkrankungen mitzubehandeln.

Aufgrund der Herkunft der EMDR aus der Verhaltenstherapie - Shapiro selbst bezeichnet EMDR als „.....kognitive, verhaltenspsychologische ... Therapie“ (Shapiro 1998, S. 87) - erscheint die neue Methode gut in ein umfassendes verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept integrierbar. Einer Anwendung der EMDR im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die auf die Bearbeitung von aktualisierten Konflikten ausgerichtet und bei der das therapeutische Vorgehen regressionsbegrenzend und zielorientiert ist, steht gemäß den Stellungnahmen und nach fachlicher Abwägung in der AG ebenfalls nichts entgegen. Aufgrund des unterschiedlichen Störungs- und Therapieverständnisses von EMDR und analytischer Psychotherapie stellte sich die Frage der Kompatibilität der neuen Methode mit dem Richtlinien-Verfahren der analytischen Psychotherapie. Diesbezüglich bestanden sowohl in den Stellungnahmen als auch in der AG unterschiedliche Auffassungen. Zur Klärung derselben wurde in der AG am 11.06.2014 eine Expertenanhörung durchgeführt. Diese führte zu dem Ergebnis, dass die EMDR bei der Indikation posttraumatische Belastungsstörung auch im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes in der analytischen Psychotherapie Anwendung finden kann. Dies soll jedoch nur im Rahmen eines modifizierten, regressionsbegrenzenden Vorgehens im Sitzen mit niedriger Frequenz erfolgen und nicht im Setting der klassischen analytischen Psychotherapie im Liegen.

Gemäß den Ergebnissen des Bewertungsverfahrens nach § 135 Abs. 1 SGB V und der v.g. Ausführungen ist die neue Methode der EMDR in Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie verortet. Der besseren Übersicht halber wurde in der Anlage 1 noch eine redaktionelle Umstrukturierung vorgenommen und zwar unter einer neuen Nummer I. wird aufgeführt, welche weiteren Verfahren, Methoden und Techniken unter welchen Bedingungen

Anwendung finden können. Unter der neuen Nummer II. sind diejenigen Verfahren, Methoden und Techniken gelistet, die die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfüllen.

Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus, d.h. eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR). Das Nähere ist entsprechend § 27 in der Psychotherapie-Vereinbarung zu bestimmen.

### 3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation unter Abschnitt D dokumentiert.

Nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses ergibt sich aus den Stellungnahmen folgender Änderungsvorschlag in Bezug auf die geplante Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:

In der neuen Nummer I.3 der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie wird folgendes ergänzt (Fettdruck):

**[Die Anwendung setzt eine hinreichende fachliche Befähigung voraus], d.h. eine Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode EMDR. Das Nähere ist entsprechend § 27 in der Psychotherapie-Vereinbarung zu bestimmen.**

### 4 Bürokratiekostenermittlung

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

### 5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
27.01.2011		Antrag des GKV-Spitzenverbands gemeinsam mit der Patientenvertretung
17.02.2011	Plenum	Antragsannahme und Beauftragung des UA MB mit sektorenübergreifender Bewertung
09.06.2011	UA MB	Beschluss zur Veröffentlichung der Ankündigung der Bewertung u. Beschluss des Fragenkataloges
06.07.2011		Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger
31.05.2011- 14.01.2014	AG EMDR (UA MB)	Sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit
27.02.2014	UA MB	Kenntnisnahme der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit
25.02.2014	AG EMDR	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und

23.04.2014	(UA PT)	Wirtschaftlichkeit, Bürokratiekostenermittlung
11.06.2014	AG EMDR (UA PT)	Expertenanhörung zum Thema „Kompatibilität EMDR mit analytischer Psychotherapie“ Erarbeitung des Beschlusssentwurfes und der Tragenden Gründe
22.07.2014	UA PT	Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 SGB V im schriftlichen Verfahren
22.07.2014	UA PT	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 92 Abs. 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V (einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften) im schriftlichen Verfahren
01.09.2014	AG EMDR (UA PT)	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
10.09.2014	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) u. Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen, abschließende Beratung des Beschlusssentwurfes u. der Tragenden Gründe
16.10.2014	Plenum	Beschlussfassung
16.12.2014	BMG	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
02.01.2015	BAnz	Veröffentlichung des Beschlusses
03.01.2015		Inkrafttreten des Beschlusses und der Richtlinienänderung

## 6 Fazit

Bei der Methode der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) handelt es sich um eine standardisierte psychotherapeutische Behandlungsmethode, die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen zielt. Für EMDR als Behandlungsmethode im Rahmen einer Einzeltherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gemäß der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD; German Modification) in der aktuellen Fassung wurde ein deutlicher Hinweis auf Nutzen konstatiert.

Vor dem Hintergrund der Schwere, der Prävalenz sowie des Verlaufs der PTBS (siehe Zusammenfassende Dokumentation B-2.4) sieht der G-BA im ambulanten Bereich eine medizinische Notwendigkeit der EMDR als weiterer Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der bereits zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter zugelassenen Psychotherapieverfahren.

Berlin, den 16. Oktober 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken