

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PT-RL: § 22 Absatz 2 Nummer 4

Vom 16. Oktober 2014

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1.	Neufassung des Anwendungsbereiches „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL in „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“	3
2.2.	Beibehaltung der Einordnung des Anwendungsbereiches „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 PT-RL	3
2.2.1	Berufsrechtliche Aspekte	4
2.2.2	Fachliche Aspekte	5
2.2.3	Arbeitsergebnis der AG des Unterausschuss Psychotherapie	5
3	Bürokratiekostenermittlung	6
4	Verfahrensablauf	6
4.1	Beratungsablauf in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses	6
4.2	Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V	8
5	Fazit	9
6	Anhang Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	10
6.1	Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren	10
6.2	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren	11
6.3	Eingegangene schriftliche Stellungnahmen	19
6.4	Mündliche Anhörung und Wortprotokoll	33

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 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.

2 Eckpunkte der Entscheidung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V. (DDPP) haben sich mit Schreiben vom 10. Mai 2012 bzw. 14. Mai 2012 an den G-BA gewandt und vorgeschlagen, die Indikation „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in § 22 Absatz 2 Nr. 4 Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) dahingehend zu überprüfen, ob sie noch dem aktuellen Stand der Forschung und der publizierten evidenzbasierten Behandlungsleitlinien entspricht. Sie verweisen auf eine inzwischen umfangreiche Evidenz für den Nutzen psychotherapeutischer Behandlung bei der Diagnosegruppe „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ [F20 - F29 des ICD-10) und regen an,

1. in § 22 Abs. 1 Nr. 10 (neu) „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ zu ergänzen und zugleich
2. § 22 Abs. 2 Nr. 4 „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ ersatzlos zu streichen.

Die Schreiben der BPtK und des DDPP wurden vom Unterausschuss Psychotherapie erstmals in seiner Sitzung am 29. August 2012 beraten. Dabei wurde zwischen folgenden zwei Anliegen der BPtK und des DDPP unterschieden:

1. Umformulierung des Anwendungsbereiches „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“,
2. Einordnung des Anwendungsbereiches „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ in § 22 Absatz 1 PT-RL statt in § 22 Absatz 2 PT-RL.

Der Unterausschuss Psychotherapie hat sich in insgesamt sechs Sitzungen mit den fachlichen und rechtlichen Implikationen dieser Vorschläge befasst und in seiner Sitzung am 4. Dezember 2013 eine Expertenanhörung zu der Fragestellung durchgeführt.

Eine in der Unterausschuss-Sitzung vom 4. Dezember 2013 eingerichtete Arbeitsgruppe hat die Ergebnisse der Expertenanhörung fachlich ausgewertet und folgenden Beschlusssentwurf erarbeitet:

Die Psychotherapie-Richtlinie wird in Abschnitt D: „Anwendungsbereiche“ in § 22 „Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“ unter Abs. 2 Nr. 4 wie folgt gefasst

„Schizophrene und affektive psychotische Störungen.“

2.1. Neufassung des Anwendungsbereiches „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL in „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“

Die bisherige Festlegung in § 22 Absatz 2 Nr. 4 der PT-RL ermöglichte bereits die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Versicherten mit psychotischen Störungen, einschließlich der Schizophrenie, sowie von schizotypen und wahnhaften Störungen. Der explizite Bezug auf die Behandlung von Begleit-, Folge oder Residualsymptomatik wurde zunehmend als Einschränkung verstanden, welche eine ambulante psychotherapeutische Behandlung von Versicherten mit psychotischen Störungen verhindere und darüber hinaus nicht mehr dem aktuellen Stand der Erkenntnis entspreche. Durch die Neufassung soll zum einen klargestellt werden, dass psychotische Störungen mit ambulanter Psychotherapie behandelt werden können, wenn die sonstigen Bedingungen der Psychotherapie-Richtlinie (insbesondere §§ 1-4) erfüllt sind. Zum anderen soll dem Sachverhalt klärend Rechnung getragen werden, dass auch die Kern- bzw. Akutsymptomatik psychotischer Störungen durch Richtlinien-Psychotherapie behandelt werden kann.

Der Vorschlag der BPTK sowie der DDPP bezog sich auf die Indikationen unter Kapitel F20 – F 29 ICD 10 („Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“). Der damals in § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL gewählte Indikations-Begriff „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ war jedoch inhaltlich weiter gefasst gewesen als das Kapitel F20 – F 29 der ICD 10. Er beinhaltete neben den Schizophrenien auch die bipolaren Störungen, die als affektive psychotische Störung einzuordnen und unter Kapitel F3 der ICD 10 aufgeführt sind. Dieser Tatsache trägt die Neufassung „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ Rechnung.

2.2. Beibehaltung der Einordnung des Anwendungsbereiches „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 PT-RL

§ 22 PT-RL zu „Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“ gliedert sich in fünf Absätze, die der folgenden inneren Logik folgen:

Absatz 1 führt neun Indikationsbereiche zur Anwendung von Psychotherapie auf, bei denen Psychotherapie als alleiniger oder zumindest überwiegend alleiniger Behandlungsansatz gelten kann.

Absatz 2 führt aus, bei welchen Indikationen Psychotherapie als eine Komponente eines komplexeren Behandlungskonzeptes bzw. in Kooperation mit somatisch-ärztlicher Behandlung in Frage kommt. In der Einleitung zu Absatz 2 des § 22 PT-RL heißt es deshalb:

„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.“

Die Absätze 3 - 5 schließlich definieren, bei welchen Sachverhalten Psychotherapie nicht als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Frage kommt.

Die BPTK und DDPP haben in ihren Schreiben vom Mai 2012 eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie dahingehend gefordert, dass die Indikation Schizophrenie unter § 22 Absatz 1 PT-RL aufgeführt werden solle. Die BPTK hat dies zum einen mit den zentralen Empfehlungen der britischen NICE-Guideline „Schizophrenia“ und der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der DGPPN begründet. Zum anderen wurde der Antrag insbesondere damit begründet, dass Patienten, die eine medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika ablehnen oder bei denen eine entsprechende Pharmakotherapie ohne Erfolg geblieben ist, nach den Vorgaben von § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL von der ambulanten Psychotherapie ausgeschlossen seien.

Der Unterausschuss Psychotherapie hat sowohl die berufsrechtlichen, als auch die fachlichen Implikationen der von der BPTK und DDPP vorgeschlagenen Änderungen umfassend geprüft.

2.2.1 Berufsrechtliche Aspekte

Der Unterausschuss Psychotherapie hat die Frage beraten, ob es berufsrechtliche Regelungen gibt, die einer Aufnahme der Schizophrenie als primärer Indikation in die Psychotherapie-Richtlinie entgegenstehen könnten. In seiner Sitzung am 13. März 2013 hat der Unterausschuss Psychotherapie vereinbart, die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und beide Kammern in ihrer Funktion als Geschäftsführung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie um Stellungnahme zu bitten, ob es berufsrechtliche Gründe gibt, die einer primären psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, mit schizotypen und wahnhaften Störungen durch Psychologische Psychotherapeuten bzw. bei Kindern und Jugendlichen auch durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entgegenstehen oder diese einschränken.

Die BPtK kommt in ihrer Stellungnahme vom 15.5.2013 zu dem Schluss, dass es keine berufsrechtlichen Regelungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gebe, die einer primären psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, einer schizotypen oder einer wahnhaften Störung entgegenstehen oder diese einschränken. Die derzeit vorgegebene Einschränkung der Indikation der psychotischen Erkrankungen in § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL auf die psychische Begleit- Folge- und Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen sei aus fachlicher Sicht nicht zu rechtfertigen. Auf Grund der derzeitigen Regelungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seien diese berufsrechtlich und fachlich qualifiziert, Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen zu diagnostizieren und mit den anerkannten Psychotherapieverfahren zu behandeln. Ebenso seien Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie aufgrund der Vorgaben in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern berufsrechtlich für die psychotherapeutische Behandlung der Schizophrenie qualifiziert. Für die Behandlung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Unterkapitel F2 des ICD-10 „Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen“ bedürfe es auch keiner Zusatzqualifikation, die der G-BA in seinen Richtlinien regeln sollte, da die Vermittlung der hierfür erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten bereits Bestandteil der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sei.

Die BÄK kommt in einer „medizinisch-wissenschaftlichen Bewertung des Vorschlages“ der BPtK und des DDPP zu dem Schluss, dass weder die Studienlage noch die empfohlene klinische Praxis eine „Primärindikation“ im Sinne einer ausschließlich psychotherapeutischen Behandlung schizophrener, schizotyper und wahnhafter Störungen rechtfertigen würden. Vielmehr gehöre die Behandlung schizophrener, schizotyper und wahnhafter Störungen in den Bereich der (fach-) ärztlichen Psychotherapie.

In einer weiteren „berufsrechtlichen Bewertung des Vorschlages“ der BPtK und des DDPP führt die BÄK aus, dass die umfassende medizinische Qualifikation, die für die Behandlung von Patienten mit Schizophrenie und Psychosen notwendig sei, in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht vermittelt werde. Lediglich Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie würden über die erforderliche Qualifikation zur Behandlung dieser Erkrankungen verfügen. Schizophrenie bedürfe in jedem Fall einer ärztlichen Diagnostik und Behandlung. Für ihre Therapie von Folge-, Begleit- und Residualsymptomatik durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten sei immer auch die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten erforderlich. Insofern sei die Regelung einer Zusatz-Qualifikation durch den G-BA nicht erforderlich.

Aus den genannten Gründen lehnt die BÄK den vorliegenden Vorschlag zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ab.

2.2.2 Fachliche Aspekte

Zur Erörterung der fachlichen Aspekte insbesondere der ambulanten Behandlung von psychotischen Störungen und des derzeitigen Standes der diesbezüglichen Erkenntnisse hat der Unterausschuss Psychotherapie in seiner Sitzung am 04.12.2013 eine Expertenanhörung durchgeführt. Dabei wurden die Experten auf Vorschlag der beiden Bänke und der Patientenvertretung benannt.

Von allen angehörten Experten wurde die Auffassung vertreten, dass Menschen mit Schizophrenie einen besseren Zugang zu qualifizierter Psychotherapie erhalten sollten.

Die Experten wiesen jedoch darauf hin, dass es sich bei dem Krankheitsbild der Schizophrenie um eine Erkrankung handle, die in der Regel eine wesentliche somatische Komponente habe und eine Komplexbehandlung erfordere. Dies bedeute, dass im Idealfall die Behandlung sowohl mit Antipsychotika als auch mit Psychotherapie in enger Abstimmung zwischen Psychotherapeuten und Psychiatern erfolgen sollte. In der Mehrzahl der Studien, auf die sich die Experten bezogen, seien die Patienten in psychiatrischer Behandlung gewesen und hätten zu einem überwiegenden Anteil auch eine antipsychotische Medikation erhalten. Allerdings wiesen einige Experten auch auf Studien hin, in denen Patienten rein psychotherapeutisch, d.h. insbesondere ohne entsprechende Medikation, erfolgreich behandelt worden seien. Zusätzlich betonten einige der Experten, dass auch bei Patienten, die eine psychiatrische bzw. medikamentöse Behandlung ablehnen, eine Indikation für ambulante Psychotherapie gegeben sein könne.

Die Verbesserung der Versorgung, die die Experten forderten, bezog sich insbesondere auf einen leichteren Zugang zu qualifizierter Psychotherapie.

Als Idealbehandlung stellten alle Experten eine multiprofessionelle Komplexbehandlung, insbesondere psychiatrisch und psychotherapeutisch, unter Einbeziehung von Medikamenten, dar.

2.2.3 Arbeitsergebnis der AG des Unterausschuss Psychotherapie

Zur weiteren Bearbeitung der Fragestellung hat der Unterausschuss Psychotherapie in seiner Sitzung am 04. Dezember 2013 eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Die Arbeitsgruppe hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen der Experten ausgewertet und diskutiert.

Im Ergebnis kamen die AG-Mitglieder übereinstimmend zu dem Schluss, dass die bisherige Formulierung von § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL missverständlich sei und einer Klarstellung bedürfe, da die Kernsymptomatik der Schizophrenie bereits jetzt mit ambulanter Psychotherapie behandelt werden könne.

Im Hinblick auf die Einordnung des Indikationsbereiches sprachen sich die KBV und der GKV-SV dafür aus, diesen unter Absatz 2 des § 22 PT-RL zu belassen. Damit würde der Tatsache weiterhin Rechnung getragen, dass die Behandlung von psychotischen Störungen immer nach oder gleichzeitig mit einer ärztlich somatischen Behandlung zu erfolgen habe.

Die Patientenvertretung vertrat dagegen die Position, dass der Indikationsbereich „Psychotische Störungen“ unter § 22 Absatz 1 PT-RL einzuordnen sei. Es gebe keinen fachlichen Grund für die Vorgabe, dass die ambulante Psychotherapie neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung erfolgen müsse. Auch unter Absatz 1 seien Krankheiten aufgeführt, die leitliniengerecht einer ärztlichen/medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung bedürften, z.B. schwere Depressionen.

Die AG hat die Position der Patientenvertretung eingehend diskutiert und sich mehrheitlich für die Beibehaltung des Anwendungsbereiches in § 22 Absatz 2 PT-RL ausgesprochen, da unter Absatz 1 diejenigen Anwendungsbereiche aufgeführt seien, die grundsätzlich rein psychotherapeutisch behandelt werden können, z.B. affektive Störungen. Dem widerspreche nicht, dass beispielsweise schwere Depressionen – als eine Indikation innerhalb des Anwendungsbereiches „Affektive Störungen“ – leitliniengerecht auch medikamentös zu behandeln seien. Im Hinblick auf den Anwendungsbereich „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 PT-RL wurde auf die somatische Komponente bei psychotischen Störungen verwiesen. Die Verortung des Anwendungsbereiches in Absatz 2 sei passend, weil einerseits die gleichzeitige oder vorherige somatisch ärztliche Behandlung vorgegeben werde, andererseits aber keine zu engen Vorgaben zur Fachkunde des Arztes oder zur Art der Behandlung gemacht würden. In der Regel solle die psychotherapeutische Behandlung allerdings in einem psychiatrischen Gesamtbehandlungskonzept erfolgen.

Alle Mitglieder der AG waren der Meinung, es sollte die Möglichkeit des Zugangs zur Richtlinien-Psychotherapie für diejenigen Einzelfälle bestehen, in denen Patienten eine psychiatrische bzw. medikamentöse Behandlung ablehnen. Dieser Gesichtspunkt wird aus Sicht der KBV und des GKV-SV dadurch erfüllt, dass die Neufassung des Indikationsbereiches in § 22 Absatz 2 PT-RL verbleibt, da die Psychotherapie damit neben oder nach einer somatischen Behandlung stattfindet. Dies könne somit auch eine hausärztliche Behandlung oder eine somatische Behandlung durch einen anderen Arzt sein, sofern der Patient psychiatrische bzw. medikamentöse Behandlung ablehne.

Gemäß den geltenden Leitlinien zur Behandlung von psychotischen Störungen bleibe es jedoch dabei, dass im Idealfall eine Kombinationsbehandlung von Psychopharmaka und Psychotherapie in Abstimmung der Therapeuten untereinander stattfinden sollte. Die vorstehende Argumentation gilt nach fachlicher Abwägung in der AG über den Begriff „psychotische Störungen“ auch für die bipolaren Störungen, welche ebenfalls in § 22 Absatz 2 Satz 4 PT-RL eingeordnet werden.

3 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.

4 Verfahrensablauf

4.1 Beratungsablauf in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
10.05.2012		Schreiben der Bundespsychotherapeutenkammer
14.05.2012		Schreiben des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e. V.
29.08.2012	UA PT	Bauftragung der Abt. Recht zur Prüfung der Frage, in welcher Form berufsrechtliche Vorgaben die

		Ausgestaltung der PT-RL im Hinblick auf die Behandlung psychotischer Erkrankungen einschränken könnten.
21.11.2012	UA PT	Diskussion der Stellungnahme der Abteilung Recht
13.03.2013	UA PT	Bitte um Stellungnahme der BÄK und BPtK in ihrer Funktion als Geschäftsführung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu der Frage, ob es berufsrechtliche Gründe gibt, die einer primären psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, mit schizotypen und wahnhaften Störungen durch Psychologische Psychotherapeuten bzw. bei Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entgegenstehen oder diese einschränken.
04.06.2013	UA PT	Auswertung der Stellungnahmen der BÄK sowie der BPtK. Vereinbarung, dass eine Expertenanhörung durchgeführt wird zu der Frage, ob die Indikation „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in § 22 Absatz 2 PT-RL noch dem aktuellen Stand der Forschung und der publizierten evidenzbasierten Behandlungsleitlinien entspricht.
18.09.2013	UA PT	Abstimmung Fragenkatalog zur Expertenanhörung
04.12.2013	UA PT	Expertenanhörung Einrichtung einer AG „Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4“ zur Erarbeitung konkreter Vorschläge für eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie
11.03.2014	AG Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4	Erarbeitung konkreter Vorschläge für eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie in Bezug auf Indikation zu § 22 Abs. 2 Nr. 4
28.04.2014	AG Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4, Redaktionsgruppe	Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
26.06.2014	UA PT	Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 SGB V im schriftlichen Verfahren
22.08.2014	AG Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
10.09.2014	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) u. Würdigung der Stellungnahmen, abschließende Beratung der Beschlussentwürfe u. der Tragenden Gründe
16.10.2014	Plenum	Beschlussfassung
16.12.2014	BMG	Nichtbeanstandung nach Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
29.12.2014	BAnz	Veröffentlichung des Beschlusses
30.12.2014		Inkrafttreten des Beschlusses und der Richtlinienänderung

4.2 Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V

Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V wurden in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der Verfo durchgeführt. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die eingeleiteten Stellungnahmeverfahren und die eingegangenen Stellungnahmen.

Gesetzliche Grundlage	Stellungnahmeberechtigte	Einleitung des SN-Verfahrens	Fristende
§ 91 Abs. 5	Bundesärztekammer	26.06.2014	25.07.2014
§ 91 Abs. 5	Bundespsychotherapeutenkammer	26.06.2014	25.07.2014

Sowohl die Bundesärztekammer als auch die Bundespsychotherapeutenkammer stimmen einer Umformulierung des Anwendungsbereiches in § 22 Abs. 2 Nr. 4 gemäß der Beschlussvorlage zu.

Hinsichtlich der Einordnung des Anwendungsbereiches in § 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie bestehen unterschiedliche Auffassungen zwischen der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer: Die Bundesärztekammer bestätigt diese Einordnung. Die Bundespsychotherapeutenkammer votiert hingegen dafür: „..., die Aufteilung der Indikationen in die Absätze 1 und 2 § 22 Psychotherapie-Richtlinie grundsätzlich aufzugeben, die bisher in Absatz 2 aufgeführten Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie unter Absatz 1 zu ergänzen und den Absatz 2 ersatzlos zu streichen.“ (Stellungnahme der BPtK vom 25.7.2014, S. 10).

Diese Fragestellung war weder Gegenstand des Schreibens der BPtK vom 10.05.2012 noch der Beratungen im Unterausschuss Psychotherapie. Der Vorschlag der BPtK geht somit über den Beschlussentwurf hinaus. Auch im Hinblick auf die von der BPtK gewünschte Verortung der schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen im Absatz 1 des § 22 der Psychotherapie-Richtlinie hält der Unterausschuss Psychotherapie an der im Beschlussentwurf vorgesehenen Verortung in Absatz 2 fest. Die Gründe für diese Beibehaltung sind in den Tragenden Gründen unter Nr. 2.2 ausführlich erläutert.

Die Aussage der BPtK: „Mit der Beibehaltung der Einordnung des Anwendungsbereichs „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie, wird dem oben genannten Anliegen der Experten und der Mitglieder der AG, auch für diejenigen Patienten einen Zugang zur Psychotherapie zu schaffen, die eine psychiatrische bzw. medikamentöse Behandlung (noch) ablehnen, gerade nicht Rechnung getragen.“ trifft nach Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie nicht den Sachverhalt. Der Unterausschuss Psychotherapie verweist in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen in Nr. 2.2.3 der Tragenden Gründe.

Diejenigen Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden mit Schreiben vom 25.07.2014 zur Anhörung am 10.09.2014 eingeladen. Dabei hat folgende Organisation/Institution die Gelegenheit zur mündlichen Stellungnahme wahrgenommen:

Bundespsychotherapeutenkammer

5 Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss spricht sich nach Würdigung der Stellungnahmen dafür aus, die Psychotherapie-Richtlinie in Abschnitt D: „Anwendungsbereiche“ in § 22 „Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“ unter Abs. 2 Nr. 4 wie folgt zu ändern:

„Schizophrene und affektive psychotische Störungen.“

Berlin, den 16. Oktober 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

6 Anhang Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

6.1 Beschlusssentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Beschlussesentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: § 22 Absatz 2 Nr. 4

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie), zuletzt geändert am 18. April 2013 (BAnz AT 18.06.2013 B 6), wie folgt zu ändern:

I. In § 22 Absatz 2 wird die Nummer 4 wie folgt gefasst:

„4. Schizophrene und affektive psychotische Störungen.“

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 Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PT-RL: § 22 Absatz 2 Nr. 4

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
1.1	Neufassung des Anwendungsbereiches „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL in „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“	3
1.2	Beibehaltung der Einordnung des Anwendungsbereiches „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 PT-RL	3
1.2.1	Berufsrechtliche Aspekte	4
1.2.2	Fachliche Aspekte.....	5
1.2.3	Arbeitsergebnis der AG des Unterausschuss Psychotherapie	5
2	Bürokratiekostenermittlung.....	6
3	Verfahrensablauf.....	6
	Beratungsablauf in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses	6
	Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V.....	7
4	Fazit.....	8

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 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.

Eckpunkte der Entscheidung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und der Dachverband Deutschsprachiger Psychosen/ Psychotherapie e.V. (DDPP) haben sich mit Schreiben vom 10. Mai 2012 bzw. 14. Mai 2012 an den G-BA gewandt und vorgeschlagen, die Indikation „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in § 22 Absatz 2 Nr. 4 Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) dahingehend zu überprüfen, ob sie noch dem aktuellen Stand der Forschung und der publizierten evidenzbasierten Behandlungsleitlinien entspricht. Sie verweisen auf eine inzwischen umfangreiche Evidenz für den Nutzen psychotherapeutischer Behandlung bei der Diagnosegruppe „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ [F20 - F29 des ICD-10) und regen an,

1. in § 22 Abs. 1 Nr. 10 (neu) „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ zu ergänzen und zugleich
2. § 22 Abs. 2 Nr. 4 „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ ersatzlos zu streichen.

Die Schreiben der BPTK und des DDPP wurden vom Unterausschuss Psychotherapie erstmals in seiner Sitzung am 29 August 2012 beraten. Dabei wurde zwischen folgenden zwei Anliegen der BPTK und des DDPP unterschieden:

1. Umformulierung des Anwendungsbereiches „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“,
2. Einordnung des Anwendungsbereiches „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ in § 22 Absatz 1 PT-RL statt in § 22 Absatz 2 PT-RL.

Der Unterausschuss Psychotherapie hat sich in insgesamt sechs Sitzungen mit den fachlichen und rechtlichen Implikationen dieser Vorschläge befasst und in seiner Sitzung am 4. Dezember 2013 eine Expertenanhörung zu der Fragestellung durchgeführt.

Eine in der Unterausschuss-Sitzung vom 4. Dezember 2013 eingerichtete Arbeitsgruppe hat die Ergebnisse der Expertenanhörung fachlich ausgewertet und folgenden Beschlussentwurf erarbeitet:

Die Psychotherapie-Richtlinie wird in Abschnitt D: „Anwendungsbereiche“ in § 22 „Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“ unter Abs. 2 Nr. 4 wie folgt gefasst

„Schizophrene und affektive psychotische Störungen.“

1.1 Neufassung des Anwendungsbereiches „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL in „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“

Die bisherige Festlegung in § 22 Absatz 2 Nr. 4 der PT-RL ermöglichte bereits die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Versicherten mit psychotischen Störungen, einschließlich der Schizophrenie, sowie von schizotypen und wahnhaften Störungen. Der explizite Bezug auf die Behandlung von Begleit-, Folge oder Residualsymptomatik wurde zunehmend als Einschränkung verstanden, welche eine ambulante psychotherapeutische Behandlung von Versicherten mit psychotischen Störungen verhindere und darüber hinaus nicht mehr dem aktuellen Stand der Erkenntnis entspreche. Durch die Neufassung soll zum einen klargestellt werden, dass psychotische Störungen mit ambulanter Psychotherapie behandelt werden können, wenn die sonstigen Bedingungen der Psychotherapie-Richtlinie (insbesondere §§ 1-4) erfüllt sind. Zum anderen soll dem Sachverhalt klärend Rechnung getragen werden, dass auch die Kern- bzw. Akutsymptomatik psychotischer Störungen durch Richtlinien-Psychotherapie behandelt werden kann.

Der Vorschlag der BPTK sowie der DDPP bezog sich auf die Indikationen unter Kapitel F20 – F 29 ICD 10 („Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“). Der damals in § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL gewählte Indikations-Begriff „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ war jedoch inhaltlich weiter gefasst gewesen als das Kapitel F20 – F 29 der ICD 10. Er beinhaltete neben den Schizophrenien auch die bipolaren Störungen, die als affektive psychotische Störung einzuordnen und unter Kapitel F3 der ICD 10 aufgeführt sind. Dieser Tatsache trägt die Neufassung „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“ Rechnung.

1.2 Beibehaltung der Einordnung des Anwendungsbereiches „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 PT-RL

§ 22 PT-RL zu „Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“ gliedert sich in fünf Absätze, die der folgenden inneren Logik folgen:

Absatz 1 führt neun Indikationsbereiche zur Anwendung von Psychotherapie auf, bei denen Psychotherapie als alleiniger oder zumindest überwiegend alleiniger Behandlungsansatz gelten kann.

Absatz 2 führt aus, bei welchen Indikationen Psychotherapie als eine Komponente eines komplexeren Behandlungskonzeptes bzw. in Kooperation mit somatisch-ärztlicher Behandlung in Frage kommt. In der Einleitung zu Absatz 2 des § 22 PT-RL heißt es deshalb:

„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.“

Die Absätze 3 - 5 schließlich definieren, bei welchem Sachverhalten Psychotherapie nicht als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Frage kommt.

Die BPTK und DDPP haben in ihren Schreiben vom Mai 2012 eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie dahingehend gefordert, dass die Indikation Schizophrenie unter § 22 Absatz 1 PT-RL aufgeführt werden sollte. Die BPTK hat dies zum einen mit den zentralen Empfehlungen der britischen NICE-Guideline „Schizophrenia“ und der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der DGPPN begründet. Zum anderen wurde der Antrag insbesondere damit begründet, dass Patienten, die eine medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika ablehnen oder bei denen eine entsprechende Pharmakotherapie ohne Erfolg geblieben ist, nach den Vorgaben von § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL von der ambulanten Psychotherapie ausgeschlossen seien.

Der Unterausschuss Psychotherapie hat sowohl die berufsrechtlichen, als auch die fachlichen Implikationen der von der BPTK und DDPP vorgeschlagenen Änderungen umfassend geprüft.

1.2.1 Berufsrechtliche Aspekte

Der Unterausschuss Psychotherapie hat die Frage beraten, ob es berufsrechtliche Regelungen gibt, die einer Aufnahme der Schizophrenie als primärer Indikation in die Psychotherapie-Richtlinie entgegenstehen könnten. In seiner Sitzung am 13. März 2013 hat der Unterausschuss Psychotherapie vereinbart, die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und beide Kammern in ihrer Funktion als Geschäftsführung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie um Stellungnahme zu bitten, ob es berufsrechtliche Gründe gibt, die einer primären psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, mit schizotypen und wahnhaften Störungen durch Psychologische Psychotherapeuten bzw. bei Kindern und Jugendlichen auch durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entgegenstehen oder diese einschränken.

Die BPTK kommt in ihrer Stellungnahme vom 15.5.2013 zu dem Schluss, dass es keine berufsrechtlichen Regelungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gebe, die einer primären psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, einer schizotypen oder einer wahnhaften Störung entgegenstehen oder diese einschränken. Die derzeit vorgegebene Einschränkung der Indikation der psychotischen Erkrankungen in § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL auf die psychische Begleit- Folge- und Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen sei aus fachlicher Sicht nicht zu rechtfertigen. Auf Grund der derzeitigen Regelungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seien diese berufsrechtlich und fachlich qualifiziert, Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen zu diagnostizieren und mit den anerkannten Psychotherapieverfahren zu behandeln. Ebenso seien Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie aufgrund der Vorgaben in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern berufsrechtlich für die psychotherapeutische Behandlung der Schizophrenie qualifiziert. Für die Behandlung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Unterkapitel F2 des ICD-10 „Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen“ bedürfe es auch keiner Zusatzqualifikation, die der G-BA in seinen Richtlinien regeln sollte, da die Vermittlung der hierfür erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten bereits Bestandteil der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sei.

Die BÄK kommt in einer „medizinisch-wissenschaftlichen Bewertung des Vorschlages“ der BPTK und des DDPP zu dem Schluss, dass weder die Studienlage noch die empfohlene klinische Praxis eine „Primärindikation“ im Sinne einer ausschließlich psychotherapeutischen Behandlung schizophrener, schizotyper und wahnhafter Störungen rechtfertigen würden. Vielmehr gehöre die Behandlung schizophrener, schizotyper und wahnhafter Störungen in den Bereich der (fach-) ärztlichen Psychotherapie.

In einer weiteren „berufsrechtlichen Bewertung des Vorschlages“ der BPTK und des DDPP führt die BÄK aus, dass die umfassende medizinische Qualifikation, die für die Behandlung von Patienten mit Schizophrenie und Psychosen notwendig sei, in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht vermittelt werde. Lediglich Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie würden über die erforderliche Qualifikation zur Behandlung dieser Erkrankungen verfügen. Schizophrenie bedürfe in jedem Fall einer ärztlichen Diagnostik und Behandlung. Für ihre Therapie von Folge-, Begleit- und Residualsymptomatik durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sei immer auch die interprofessionelle Zusammenarbeit mit

Ärzten erforderlich. Insofern sei die Regelung einer Zusatz-Qualifikation durch den G-BA nicht erforderlich.

Aus den genannten Gründen lehnt die BÄK den vorliegenden Vorschlag zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ab.

1.2.2 Fachliche Aspekte

Zur Erörterung der fachlichen Aspekte insbesondere der ambulanten Behandlung von psychotischen Störungen und des derzeitigen Standes der diesbezüglichen Erkenntnisse hat der Unterausschuss Psychotherapie in seiner Sitzung am 04.12.2013 eine Expertenanhörung durchgeführt. Dabei wurden die Experten auf Vorschlag der beiden Bänke und der Patientenvertretung benannt.

Von allen angehörten Experten wurde die Auffassung vertreten, dass Menschen mit Schizophrenie einen besseren Zugang zu qualifizierter Psychotherapie erhalten sollten.

Die Experten wiesen jedoch darauf hin, dass es sich bei dem Krankheitsbild der Schizophrenie um eine Erkrankung handele, die in der Regel eine wesentliche somatische Komponente habe und eine Komplexbehandlung erfordere. Dies bedeute, dass im Idealfall die Behandlung sowohl mit Antipsychotika als auch mit Psychotherapie in enger Abstimmung zwischen Psychotherapeuten und Psychiatern erfolgen sollte. In der Mehrzahl der Studien, auf die sich die Experten bezogen, seien die Patienten in psychiatrischer Behandlung gewesen und hätten zu einem überwiegenden Anteil auch eine antipsychotische Medikation erhalten. Allerdings wiesen einige Experten auch auf Studien hin, in denen Patienten rein psychotherapeutisch, d.h. insbesondere ohne entsprechende Medikation, erfolgreich behandelt worden seien. Zusätzlich betonten einige der Experten, dass auch bei Patienten, die eine psychiatrische bzw. medikamentöse Behandlung ablehnen, eine Indikation für ambulante Psychotherapie gegeben sein könne.

Die Verbesserung der Versorgung, die die Experten forderten, bezog sich insbesondere auf einen leichteren Zugang zu qualifizierter Psychotherapie.

Als Idealbehandlung stellten alle Experten eine multiprofessionelle Komplexbehandlung, insbesondere psychiatrisch und psychotherapeutisch, unter Einbeziehung von Medikamenten, dar.

1.2.3 Arbeitsergebnis der AG des Unterausschuss Psychotherapie

Zur weiteren Bearbeitung der Fragestellung hat der Unterausschuss Psychotherapie in seiner Sitzung am 04. Dezember 2013 eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Die Arbeitsgruppe hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen der Experten ausgewertet und diskutiert.

Im Ergebnis kamen die AG-Mitglieder übereinstimmend zu dem Schluss, dass die bisherige Formulierung von § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL missverständlich sei und einer Klarstellung bedürfe, da die Kernsymptomatik der Schizophrenie bereits jetzt mit ambulanter Psychotherapie behandelt werden könne.

Im Hinblick auf die Einordnung des Indikationsbereiches sprachen sich die KBV und der GKV-SV dafür aus, diesen unter Absatz 2 des § 22 PT-RL zu belassen. Damit würde der Tatsache weiterhin Rechnung getragen, dass die Behandlung von psychotischen Störungen immer nach oder gleichzeitig mit einer ärztlich somatischen Behandlung zu erfolgen habe.

Die Patientenvertretung vertrat dagegen die Position, dass der Indikationsbereich „Psychotische Störungen“ unter § 22 Absatz 1 PT-RL einzuordnen sei. Es gebe keinen fachlichen Grund für die Vorgabe, dass die ambulante Psychotherapie neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung erfolgen müsse. Auch unter Absatz 1 seien

Krankheiten aufgeführt, die leitliniengerecht einer ärztlichen/medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung bedürften, z.B. schwere Depressionen.

Die AG hat die Position der Patientenvertretung eingehend diskutiert und sich mehrheitlich für die Beibehaltung des Anwendungsbereiches in § 22 Absatz 2 PT-RL ausgesprochen, da unter Absatz 1 diejenigen Anwendungsbereiche aufgeführt seien, die grundsätzlich rein psychotherapeutisch behandelt werden können, z.B. affektive Störungen. Dem widerspreche nicht, dass beispielsweise schwere Depressionen – als eine Indikation innerhalb des Anwendungsbereiches „Affektive Störungen“ – leitliniengerecht auch medikamentös zu behandeln seien. Im Hinblick auf den Anwendungsbereich „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 PT-RL wurde auf die somatische Komponente bei psychotischen Störungen verwiesen. Die Verortung des Anwendungsbereiches in Absatz 2 sei passend, weil einerseits die gleichzeitige oder vorherige somatisch ärztliche Behandlung vorgegeben werde, andererseits aber keine zu engen Vorgaben zur Fachkunde des Arztes oder zur Art der Behandlung gemacht würden. In der Regel solle die psychotherapeutische Behandlung allerdings in einem psychiatrischen Gesamtbehandlungskonzept erfolgen.

Alle Mitglieder der AG waren der Meinung, es sollte die Möglichkeit des Zugangs zur Richtlinien-Psychotherapie für diejenigen Einzelfälle geschaffen werden, in denen Patienten eine psychiatrische bzw. medikamentöse Behandlung ablehnen. Dieser Gesichtspunkt wird aus Sicht der KBV und des GKV-SV dadurch erfüllt, dass die Neufassung des Indikationsbereiches in § 22 Absatz 2 PT-RL verbleibt, da die Psychotherapie damit neben oder nach einer somatischen Behandlung stattfindet. Dies könne somit auch eine hausärztliche Behandlung oder eine somatische Behandlung durch einen anderen Arzt sein, sofern der Patient psychiatrische Behandlung ablehne.

Gemäß den geltenden Leitlinien zur Behandlung von psychotischen Störungen bleibe es jedoch dabei, dass im Idealfall eine Kombinationsbehandlung von Psychopharmaka und Psychotherapie in Abstimmung der Therapeuten untereinander stattfinden sollte. Die vorstehende Argumentation gilt nach fachlicher Abwägung in der AG über den Begriff „psychotische Störungen“ auch für die bipolaren Störungen, welche ebenfalls in § 22 Absatz 2 Satz 4 PT-RL eingeordnet werden.

2 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.

3 Verfahrensablauf

Beratungsablauf in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Datum	Gremium	Verfahrensschritte
10.05.2012		Schreiben der Bundespsychotherapeutenkammer
14.05.2012		Schreiben des Dachverbandes Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e. V.
29.08.2012	UA PT	Beauftragung der Abt. Recht zur Prüfung der Frage, in welcher Form berufsrechtliche Vorgaben die Ausgestaltung der PT-RL im Hinblick auf die Behandlung psychotischer Erkrankungen einschränken könnten.
21.11.2012	UA PT	Diskussion der Stellungnahme der Abteilung Recht
13.03.2013	UA PT	Bitte um Stellungnahme der BÄK und BPTK in ihrer Funktion als Geschäftsführung des Wissenschaftlichen

		Beirats Psychotherapie zu der Frage, ob es berufsrechtliche Gründe gibt, die einer primären psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, mit schizotypen und wahnhaften Störungen durch Psychologische Psychotherapeuten bzw. bei Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entgegenstehen oder diese einschränken.
04.06.2013	UA PT	Auswertung der Stellungnahmen der BÄK sowie der BPTK. Vereinbarung, dass eine Expertenanhörung durchgeführt wird zu der Frage, ob die Indikation „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in § 22 Absatz 2 PT-RL noch dem aktuellen Stand der Forschung und der publizierten evidenzbasierten Behandlungsleitlinien entspricht.
18.09.2013	UA PT	Abstimmung Fragenkatalog zur Expertenanhörung
04.12.2013	UA PT	Expertenanhörung Einrichtung einer AG „Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4“ zur Erarbeitung konkreter Vorschläge für eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie
11.03.2014	AG Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4	Erarbeitung konkreter Vorschläge für eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie in Bezug auf Indikation zu § 22 Abs. 2 Nr. 4
28.04.2014	AG Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4, Redaktionsgruppe	Erarbeitung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
	UA PT	Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 SGB V
	AG Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
	UA PT	Mündliche Stellungnahmen (Anhörung) u. Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen, abschließende Beratung der Beschlussentwürfe u. der Tragenden Gründe
	Plenum	Beschlussfassung
	BMG	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
	BAnz	Veröffentlichung des Beschlusses
		Inkrafttreten des Beschlusses und der Richtlinienänderung

Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V

Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V wurden in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der Verfo durchgeführt. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die eingeleiteten Stellungnahmeverfahren und die eingegangenen Stellungnahmen.

Gesetzliche Grundlage	Stellungnahmeberechtigte	Einleitung des SN-Verfahrens	Fristende	Eingang der SN
§ 91 Abs. 5	Bundesärztekammer			
§ 91 Abs. 5	Bundespsychotherapeutenkammer			

Diejenigen Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden mit Schreiben vom TT.MM.2014 zur Anhörung am TT.MM.2014 eingeladen. Dabei haben folgende Organisationen/Institutionen die Gelegenheit zur mündlichen Stellungnahme wahrgenommen:

[Platzhalter]

4 Fazit

[Platzhalter]

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

6.3 Eingegangene schriftliche Stellungnahmen



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine
Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL):
Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4

Berlin, 25. Juli 2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 26.06.2014 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert, eine Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine Änderung der Psychotherapierichtlinie (PT-RL): § 22 Abs. 2 Nr. 4 abzugeben.

Ein Vorschlag auf Änderung war von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und dem Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP) im Mai 2012 mit der Anregung erfolgt, in § 22 Abs. 1 Nr. 10 (neu) „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ zu ergänzen und zugleich § 22 Abs. 2 Nr. 4 „Psychische Begleit-, Folge und Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ ersatzlos zu streichen.

In einer Stellungnahme zur Änderung der PT-RL: Indikation Schizophrenie vom 15.05.2013 hat die Bundesärztekammer den vorliegenden Vorschlag zur Änderung der PT-RL sowohl aus medizinisch-wissenschaftlicher als auch aus berufsrechtlicher Perspektive abgelehnt.

Weder die Studienlage noch die empfohlene klinische Praxis rechtfertigen aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht der Bundesärztekammer eine „Primärindikation“ im Sinne einer ausschließlich psychotherapeutischen Behandlung schizophrener, schizotyper und wahnhafter Störungen. Die gewachsene Evidenz für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei der Schizophrenie indiziert vielmehr, dass die Behandlung schizophrener, schizotyper und wahnhafter Störungen - nicht zuletzt wegen der dabei notwendigen Integration verschiedener Verfahren - in den Bereich der (fach)ärztlichen Psychotherapie gehört.

Schizophrenie bedarf aus Sicht der Bundesärztekammer in jedem Fall einer ärztlichen Diagnostik und Behandlung. Für ihre Therapie von Folge-, Begleit- und Residualsymptomatik durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten erforderlich. Insofern wird die Regelung einer Zusatzqualifikation durch den G-BA von Seiten der BÄK als nicht erforderlich erachtet.

Laut tragenden Gründen hat der Unterausschuss Psychotherapie des G-BA im Beratungsverlauf zwischen den zwei Anliegen der BPTK und des DDPP, der Umformulierung des Anwendungsbereiches „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ und der Einordnung des Anwendungsbereiches in § 22 Absatz 1 PT-RL statt in § 22 Absatz 2 PT-RL, unterschieden und folgenden Beschlussentwurf vorgelegt:

Die Psychotherapie-Richtlinie wird in Abschnitt D: „Anwendungsbereiche“ in § 22 „Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“ unter Abs. 2 Nr. 4 wie folgt gefasst

„Schizophrene und affektive psychotische Störungen“

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung

In ihrer Stellungnahme zur Änderung der PT-RL: Indikation Schizophrenie vom 15.05.2013 hat die Bundesärztekammer sowohl aus medizinisch-wissenschaftlicher als auch aus berufsrechtlicher Perspektive keine „Primärindikation“ im Sinne einer ausschließlich psychotherapeutischen Behandlung schizophrener Störungen gesehen, sondern die Psychotherapie in der Therapie der Schizophrenie in der Regel nur als eine Komponente eines multimodalen Behandlungskonzeptes aus pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Bausteinen im Bereich der (fach)ärztlichen Psychotherapie eingeordnet.

Die vom G-BA vorgesehene Neufassung des Anwendungsbereiches „Psychische Begleit-, Folge- und Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in den Indikations-Begriff „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“, um wie im ursprünglichen Indikationsbegriff neben Schizophrenien auch bipolare Störungen zu erfassen, ist nachvollziehbar.

Auch für die Behandlung bipolarer Störungen gilt, dass Psychotherapie im Regelfall als Ergänzung und nicht als Alternative zur Medikation (Psychopharmakotherapie) anzusehen ist. Es ist nicht vertretbar, in diesen Fällen keine angemessene akute und/oder phasenprophylaktische Pharmakotherapie anzubieten. Psychotherapie bei bipolaren Störungen wird im Rahmen der Akutbehandlung, zur Erhaltung und Stabilisierung und vor allem zur Verhinderung neuer Krankheitsepisoden eingesetzt. Als evidenzbasierte Psychotherapieform in der Rezidivprophylaxe bipolarer Störungen wird als Richtlinienverfahren die kognitive Verhaltenstherapie als zurzeit am besten bewährt und evaluiert beschrieben (vgl. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Mai 2012).

Analog zu Schizophrenien bedürfen demgemäß auch bipolare Störungen in jedem Fall einer ärztlichen Diagnostik und Behandlung bzw. einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit Ärzten. Die Bundesärztekammer unterstützt die Position der AG des Unterausschusses Psychotherapie, dass die psychotherapeutische Behandlung von psychotischen Störungen in der Regel in einem psychiatrischen Gesamtbehandlungskonzept erfolgen soll.

Fazit

Die Bundesärztekammer sieht die Einordnung des Anwendungsbereiches „Schizophrene und psychotische Störungen“ in § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL als sachgerecht an und begrüßt den Beschlussentwurf ausdrücklich.

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: § 22 Absatz 2 Nr. 4

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 25.07.2014**

BPTK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 27 87 85-0
Fax: 030 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss auf Initiative der BPTK und des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP) mit der Korrektur der Indikationsbeschreibung für schizophrene und affektive psychotische Störungen in § 22 Psychotherapie-Richtlinie befasst hat.

Ausgangspunkt für die Initiative der BPTK war neben den aktuellen Leitlinienempfehlungen zur Behandlung der Schizophrenie nicht zuletzt der Umstand, dass die Behandlungsraten bei Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung im Bereich der Psychotherapie überproportional niedrig ausfallen. So macht diese Patientengruppe insgesamt lediglich einen Anteil von etwa einem Prozent an allen ambulanten Psychotherapiepatienten aus. Vor dem Hintergrund der besonderen Schwere der mit der Erkrankung verbundenen psychosozialen Beeinträchtigungen und einer auch im stationären Bereich oftmals unzureichenden psychotherapeutischen Versorgung ist daher eine Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung für diese Patientengruppe dringend geboten.

Die bisherige restriktive und konditionale Indikationsbeschreibung in § 22 Absatz 2 der Psychotherapie-Richtlinie hat ihren Teil dazu beigetragen, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Schizophrenie trotz aller Fortschritte der Psychotherapieforschung in diesem Bereich defizitär geblieben ist. Dabei ist es aus Sicht der BPTK unbestritten, dass auch weitere Barrieren für eine bessere psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit psychotischen Störungen bestehen, die nicht den Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinie zuzuordnen sind und parallel zu einer Richtlinienänderung adressiert werden sollten (u. a. Herstellen von Transparenz über Behandlungsschwerpunkte, Verbesserung der Zuweisungsprozesse und der Koordination der Versorgung, sektorenübergreifende Vernetzung, Fortbildungen im Bereich der Psychosepsychotherapie).

Der Vorschlag des Unterausschusses Psychotherapie, den Anwendungsbereich „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in § 22 Absatz 2 Nr. 4 Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) neu zu fassen, stellt dabei einen wichtigen Schritt dar, diese Barriere für den Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu reduzieren. Allerdings greift die im Beschlussentwurf vorgeschlagene Änderung noch immer zu kurz, da die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung bei Patienten mit einer schizophrenen oder einer affektiven psychotischen Störung in der Richtlinie weiterhin zwingend an Voraussetzungen geknüpft wird, die nicht bei allen betroffenen Patienten zu treffen werden bzw. deren Hervorhebung im Vergleich zu anderen Indikationen für Psychotherapie unangemessen ist.

Im Sinne einer besseren psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit schizophrenen und affektiven psychotischen Erkrankungen spricht sich die BPTK daher dafür aus, diese Indikation ohne weitere Einschränkungen unter den Indikationen des § 22 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie aufzuführen.

I. Neufassung des Anwendungsbereiches „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen in § 22 Absatz 2 Nr. 4 PT-RL in „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“

Die bisherige Festlegung in § 22 Absatz 2 Nr. 4 der Psychotherapie-Richtlinie erlaubte eine psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nur, wenn eine Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik die psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit begründete, nicht aber eine akute psychotische Symptomatik, wie zum Beispiel ein persistierender Wahn bei einer Schizophrenie.

Vergleichbare Einschränkungen hinsichtlich der Indikation für Psychotherapie finden sich dagegen in den evidenzbasierten nationalen und internationalen Leitlinien zur Versorgung von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie nicht. Diese enthalten vielmehr einschlägige Empfehlungen für eine psychotherapeutische Behandlung, so auch die methodisch hochwertigste evidenzbasierte NICE-Guideline „Schizophrenia“ (NICE, 2010). Die NICE-Guideline empfiehlt für die Versorgung

von Patienten mit Schizophrenie Psychotherapie mit dem höchsten Empfehlungsgrad, sowohl grundsätzlich als Behandlungsmethode, die allen betroffenen Patienten angeboten werden soll, als auch spezifisch für Patienten mit persistierender Positivsymptomatik, Negativsymptomatik sowie für Patienten in Remission:

Empfehlung 1.3.4.1

“Offer cognitive behavioural therapy (CBT) to all people with schizophrenia. This can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.”

Empfehlung 1.4.3.1

“Offer CBT to assist in promoting recovery in people with persisting positive and negative symptoms and for people in remission.”

Die NICE-Guideline empfiehlt demnach die Kognitive Verhaltenstherapie ohne weitere Einschränkung für die Routineversorgung; gleiches gilt auch für Familieninterventionen. Die Behandlung kann dabei ausdrücklich bereits in der akuten Phase begonnen werden und soll auch zur Behandlung der Kersymptomatik der Schizophrenie eingesetzt werden.

In eine vergleichbare Richtung zielen auch die Behandlungsempfehlungen der älteren, derzeit noch in Aktualisierung befindlichen S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Leitlinie der American Psychiatric Association (APA) (DGPPN, 2006; APA, 2004).

Die Leitlinienempfehlungen basieren auf einer Reihe methodisch hochwertiger Studien, die den Nutzen psychotherapeutischer Interventionen auch für die Behandlung der Kersymptomatik schizophrener Erkrankungen belegen konnten (Wykes et al., 2008). Entsprechende Studienbefunde liegen mit der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten POSITIVE-Studie dabei für das deutsche Gesundheitssystem vor (Klingberg et al., 2011).

Eine Einschränkung der Indikation der psychotischen Erkrankungen in § 22 Absatz 2 Nr. 4 Psychotherapie-Richtlinie auf die psychische Begleit-, Folge- und Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen, wie bislang in der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen, ist daher aus wissenschaftlicher und klinischer Perspektive bereits seit längerem nicht mehr zu rechtfertigen.

Die in dem Beschlussentwurf vom Unterausschuss Psychotherapie vorgeschlagene Klarstellung bei der Neufassung des Anwendungsbereichs „Psychotische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ stellt in diesem Sinne einen wichtigen Schritt in Richtung einer evidenzbasierten und patientengerechteren Definition der Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung bei dieser Patientengruppe dar. Der Unterausschuss Psychotherapie hat sich in den Tragenden Gründen dabei ausdrücklich der Auffassung der BPTK angeschlossen, „dass auch die Kernsymptomatik der Schizophrenie bereits jetzt mit ambulanter Psychotherapie behandelt werden könne“. Die vorgeschlagene Neufassung des Anwendungsbereichs erlaubt damit entsprechend der Evidenzlage, dass eine Indikation für eine Psychotherapie bei Patienten mit einer schizophrenen oder affektiven psychotischen Störung grundsätzlich in allen Phasen der Erkrankung gestellt werden kann und dabei keine weiteren spezifischen Anforderungen hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik oder der psychischen Komorbidität zu erfüllen sind.

II. Beibehaltung der Einordnung des Anwendungsbereichs „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 PT-RL

In dem Entwurf der Tragenden Gründe wird unter 1.2.2 dargelegt, dass in einer Expertenanhörung einhellig die Auffassung vertreten wurde, dass Menschen mit einer Schizophrenie einen besseren bzw. leichteren Zugang zu qualifizierter Psychotherapie erhalten sollten. Unter den Mitgliedern der zuständigen Arbeitsgruppe (AG) des Unterausschusses Psychotherapie bestand nach Darstellung in den Tragenden Gründen (Seite 6) Einigkeit darüber, dass die Möglichkeit des Zugangs zur Richtlinienpsychotherapie auch für diejenigen Einzelfälle geschaffen werden sollte, in denen Patienten eine psychiatrische bzw. medikamentöse Behandlung ablehnen. Die BPTK geht davon aus, dass sich diese Auffassung der AG-Mitglieder

auch auf diejenigen Fälle erstreckt, in denen eine medikamentöse Behandlung nicht wirksam war oder wegen erheblicher Nebenwirkungen nicht toleriert wurde. Darüber hinaus sollten die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie auch jene Gruppe von Patienten angemessen berücksichtigen, bei denen erst im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung die Bereitschaft zur medikamentösen Behandlung erarbeitet wird bzw. diese kontinuierlich bestärkt wird. Eine somatisch-ärztliche Behandlung in Form einer medikamentösen Behandlung sollte daher nicht zur zwingenden Voraussetzung für die Anwendung von Psychotherapie gemacht werden. Vielmehr kann die Bereitschaft zur medikamentösen Mitbehandlung für einige Patienten ein wesentliches Ziel der psychotherapeutischen Behandlung darstellen. Nach unserer klinischen Erfahrung tritt insbesondere aufgrund der zum Teil erheblichen Nebenwirkungen der Neuroleptika bei fast allen Patienten mit einer Schizophrenie früher oder später die Situation ein, dass diese ihre Medikation eigenständig wieder absetzen bzw. wieder absetzen wollen. Für die Qualität der Versorgung ist es dabei abträglich, wenn für diese Patienten die Hürden für den Zugang zur ambulanten Psychotherapie dadurch erhöht werden, dass für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung eine parallele somatisch-ärztliche Behandlung vorausgesetzt wird.

Mit der Beibehaltung der Einordnung des Anwendungsbereichs „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie, wird dem oben genannten Anliegen der Experten und der Mitglieder der AG, auch für diejenigen Patienten einen Zugang zur Psychotherapie zu schaffen, die eine psychiatrische bzw. medikamentöse Behandlung (noch) ablehnen, gerade nicht Rechnung getragen. Denn die Einordnung des Anwendungsbereichs in § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie impliziert, dass parallel zur oder im Vorfeld der psychotherapeutischen Behandlung eine somatisch-ärztliche Behandlung zwingend zu erfolgen hat. Diesen Patienten würde somit bei enger Auslegung des Normtextes der Psychotherapie-Richtlinie der Zugang zur ambulanten Psychotherapie weiterhin verschlossen bleiben.

Unter fachlichen Gesichtspunkten erscheint die in § 22 Psychotherapie-Richtlinie vorgenommene Unterscheidung der Anwendungsbereiche in den Absätzen 1 und

2 grundsätzlich überholt. Während Absatz 1 eine einfache Auflistung der psychischen Störungen enthält, die eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie sein können, wird diese mögliche Indikation zur Anwendung von Psychotherapie bei den in Absatz 2 genannten Störungen an eine Reihe von zusätzlichen Bedingungen geknüpft. Dabei suggeriert der Duktus der Formulierung dieser Bedingungen, dass diese bezogen auf die genannten psychischen Erkrankungen nur in seltenen Ausnahmefällen tatsächlich zutreffen.

De facto sind diese zusätzlichen Bedingungen jedoch weitgehend trivial, insbesondere die Maßgabe, dass psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil an der Krankheit oder deren Auswirkungen haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet. Vor dem Hintergrund der gängigen biopsychosozialen Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser psychischen Erkrankungen kann regelhaft davon ausgegangen werden, dass (neben den somatischen Faktoren) auch psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil haben. Die Aufgabe der Prüfung, inwieweit sich erfolgversprechende Ansätze für die Anwendung von Psychotherapie bieten, ist dabei ohnehin für alle psychotherapeutischen Behandlungen im Kontext der Entwicklung eines psychotherapeutischen Behandlungsplans zwingend erforderlich.

Die Vorgabe einer vorherigen oder parallelen somatisch-ärztlichen Behandlung ist dabei entweder bereits über die vorgeschriebene konsiliarische ärztliche Untersuchung abgedeckt oder mit Blick auf die rechtlich garantierte Entscheidungsfreiheit des Patienten hinsichtlich seiner Behandlung unzulässig, wenn der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung zwingend eine somatische, insbesondere medikamentöse Behandlung voraussetzen würde.

Besonders kritisch erscheint in diesem Zusammenhang auch die Erläuterung der „inneren Logik“ der fünf Absätze des § 22 Psychotherapie-Richtlinie auf der Seite 3 des Entwurfs der Tragenden Gründe. Die Erläuterung des Absatzes 2, nach der in diesem Absatz jene Indikationen aufgeführt werden, bei denen Psychotherapie (nur) als eine Komponente eines komplexen Behandlungskonzeptes bzw. in Kooperation mit somatisch-ärztlicher Behandlung in Frage komme, geht weit über den tatsächlichen Wortlaut des Absatzes 2 hinaus. Aus der Formulierung „neben

oder nach einer somatisch-ärztlichen Behandlung“ kann eben nicht abgeleitet werden, dass die Psychotherapie zwingend in ein komplexes Behandlungskonzept einzubetten ist oder nur in (enger) Kooperation mit einer somatisch-ärztlichen Behandlung erfolgen kann.

Die BPTK teilt dabei ausdrücklich die Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass bei der Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung diesen in der Regel eine begleitende medikamentöse Behandlung durch einen Arzt, idealerweise durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, empfohlen werden soll. Dies leitet sich vor dem Hintergrund der evidenzbasierten Leitlinien bereits aus den berufsrechtlichen Pflichten der Psychotherapeuten ab. Auch ist im Rahmen einer multiprofessionellen Behandlung dieser Patienten typischerweise eine enge Abstimmung zwischen den behandelnden Psychotherapeuten und Psychiatern anzustreben. Jedoch kann den betroffenen Patienten nicht vorgeschrieben werden, dass ihre psychotherapeutische Behandlung zwingend im Rahmen eines komplexen, ggf. von einem Facharzt für Psychiatrie zu verantwortenden Gesamtkonzept oder in Kooperation mit einer somatisch-ärztlichen Behandlung zu erfolgen hat. Denn die Patienten mit einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung müssen auch dann den Zugang zur ambulanten Psychotherapie erhalten können, wenn Sie eine medikamentöse und/oder eine psychiatrische Mitbehandlung ablehnen oder diese nicht wirksam war. Falls der Gemeinsame Bundesausschuss die Einordnung des Anwendungsbereichs „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“ in § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie dennoch beibehalten sollte, müsste daher zumindest die Erläuterung des Absatzes 2 auf Seite 3 der Tragenden Gründe wie folgt geändert werden:

*„Absatz 2 führt aus, bei welchen Indikationen Psychotherapie **typischerweise** als eine Komponente eines komplexeren Behandlungskonzeptes bzw. in Kooperation mit somatisch-ärztlicher Behandlung in Frage kommt.“*

(Änderung fett gedruckt)

Andernfalls wären für die genannten spezifischen Einzelfälle keine Abweichungen von der hier definierten Norm möglich.

Darüber hinaus wird in diesem Zusammenhang eine grundsätzliche Schiefelage bei der Übertragung von Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses augenfällig. Während die Psychotherapie-Richtlinie in dem vorliegenden Entwurf eine psychotherapeutische Behandlung praktisch nahezu ausschließt, wenn nicht auch eine somatisch-ärztliche/medikamentöse Behandlung erfolgt (ist), finden sich in der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses keinerlei Hinweise auf eine wünschenswerte Einbettung der medikamentösen Behandlung der Schizophrenie mit einem Neuroleptikum in einen komplexen Gesamtbehandlungsplan bzw. auf eine Kooperation mit einer psychotherapeutischen Behandlung. Dies obwohl sich für beide Behandlungsoptionen in den Leitlinien entsprechende Empfehlungen mit der jeweils stärksten Empfehlungsstärke finden.

Aus Sicht der BPTK ist es daher insgesamt wenig zielführend, wenn die Psychotherapie-Richtlinie über eine Unterscheidung der Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie in den Absätzen 1 und 2 Aussagen darüber trifft, ob bei diesen Patienten vorrangig eine psychotherapeutische oder eine medikamentöse bzw. eine andere somatische Behandlung oder eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie durchgeführt bzw. angeboten werden soll. Auch Aussagen über die Notwendigkeit der Behandlung im Rahmen bestimmter multiprofessioneller Kooperationsstrukturen lassen sich aus den Vorgaben des § 22 Psychotherapie-Richtlinie nicht sinnvoll ableiten. So ist auch bei den unter § 22 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikationen nicht grundsätzlich eine alleinige Psychotherapie indiziert. Auch ist die Erläuterung der „inneren Logik“ in § 22 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie auf Seite 3 der Tragenden Gründe in dem Sinne, dass bei diesen Indikationen Psychotherapie als alleiniger Behandlungsansatz gelten kann, ausgesprochen missverständlich. Schließlich kann auch bei diesen Indikationen teilweise eine alleinige Pharmakotherapie indiziert sein. Darüber hinaus ist grundsätzlich anhand des Verlaufs und des Schweregrades der jeweiligen psychischen Erkrankung, den psychischen und somatischen Komorbiditäten sowie den daraus resultierenden Beeinträchtigungen und den Patientenpräferenzen im Einzelfall zu prüfen, ob bei dem jeweiligen Patienten eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie bzw. eine multi-

professionelle Behandlung, eine pharmakologische oder eine psychotherapeutische Monotherapie angezeigt ist. Gemäß den Empfehlungen der NVL/S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ soll bei Patienten mit einer schweren unipolaren depressiven Störung sogar regelhaft eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden. Auch bei Patienten mit einer Anorexie, als ein weiteres Beispiel für die Indikation des § 22 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie, wird typischerweise eine begleitende somatisch-ärztliche Behandlung erforderlich sein.

Die Aufteilung der Indikationen in § 22 Psychotherapie-Richtlinie in die Indikationen des Absatzes 1 bzw. des Absatzes 2 ist daher grundsätzlich ungeeignet Aussagen darüber abzuleiten, bei welchen Indikationen eine multiprofessionelle Behandlung erforderlich und bei welchen Indikationen eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige Pharmakotherapie ausreichend ist.

Stattdessen beinhaltet § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie für die dort verorteten Erkrankungen als Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie spezifische Einschränkungen, die den betroffenen Patienten trotz einer vorhandenen Indikation den Zugang zur ambulanten Psychotherapie erschweren können und im Antrags- und Genehmigungsverfahren vermeidbare Interpretationsspielräume eröffnet. Dabei resultieren für die in § 22 Absatz 2 Ziffern 1a bis 4 Psychotherapie-Richtlinie genannten Indikationen die wichtigsten Einschränkungen aus der Vorgabe einer vorherigen oder parallelen somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen.

Die BPTK spricht sich daher dafür aus, die Aufteilung der Indikationen in die Absätze 1 und 2 des § 22 Psychotherapie-Richtlinie grundsätzlich aufzugeben, die bisher in Absatz 2 aufgeführten Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie unter Absatz 1 zu ergänzen und den Absatz 2 ersatzlos zu streichen.

Literatur

- American Psychiatric Association (2004). Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 2004; 161 Suppl.1:1.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde. (2006). *Behandlungsleitlinie Schizophrenie*, Redaktion: Gaebel, W., Falkai, P. Darmstadt: Steinkopff.
- Klingberg, S., Wittorf, A., Meisner, C., Wolwer, W., Wiedemann, G., Herrlich, J., Bechdolf, A., Muller, B., Sartory, G., Wagner, M. & Buchkremer, G. (2011). Cognitive behavioral therapy versus supportive therapy for persistent positive symptoms in psychotic disorders: Major results of the POSITIVE study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Conference: 3rd European Conference on Schizophrenia Research: Facts and Visions Berlin Germany. 261 (pp S13).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (updated edition)*. National Clinical Guideline Number 82. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, May; 34(3): 523-37.

6.4 Mündliche Anhörung und Wortprotokoll

Im Rahmen der mündlichen Anhörung zum gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren haben die Anhörungsberechtigten ihre Interessenkonflikte wie folgt dargelegt:

Name der Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten	In der Offenlegungserklärung nach Anlage I zum 1. Kapitel der Verfahrensordnung wurden Interessenkonflikte erklärt
Timo Harfst	Nein
Monika Konitzer	Nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende 6 Fragen gestellt:

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, Optionsscheine 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?

Mündliche Anhörung



gemäß § 91 Abs. 9 Satz 1 SGB V
des **Gemeinsamen Bundesausschusses**

**hier: Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL):
Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 10. September 2014
von 11.09 Uhr bis 11.26 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**:

Frau Konitzer

Herr Harfst

Beginn der Anhörung: 11.09 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Konitzer und Herr Harfst, Ihnen ein herzliches Willkommen beim G-BA bei der Anhörung zur Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL. Ich bedanke mich ausdrücklich, dass Sie sowohl eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben als auch sich bereit erklärt haben, hier zur mündlichen Anhörung zu kommen. Sie haben hier quasi eine Doppelfunktion, als Sie auch an der zweiten Anhörung, die wir anschließend haben, teilnehmen wollen.

Wir führen Wortprotokoll. Ich bitte Sie, grundsätzlich das Mikrofon zu benutzen, damit Ihre Ausführungen ordnungsgemäß aufgenommen werden können. Sie werden, weil es ein Wortprotokoll ist, Ihre mündlichen Stellungnahmen dann auch schriftlich wiederfinden können, insoweit wird es für die Ewigkeit festgehalten.

Sie wissen, dass wir eine Verfahrensordnung haben, an der wir uns zuvörderst festhalten. Die sagt zu der mündlichen Stellungnahme, dass die in erster Linie dazu dienen soll, die sich aus den schriftlichen Stellungnahmen ergebenden Fragen zu klären, die also das Plenum an Sie stellt, und für Sie neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahren ergeben haben, einzubringen. Nun weiß ich naturgemäß – das ist nicht die erste Anhörung, die ich leiten darf, muss, kann –, dass es die Damen und Herren auch immer wieder drängt, das, was sie schriftlich vorgetragen haben, noch einmal mündlich in „Verstärkerfunktion“ vorzutragen. Ich bitte da allerdings, da wir dies alles bereits gelesen haben, sich kurz zu halten. Sie können davon ausgehen, dass die Stellungnahmen, die Sie schriftlich abgegeben haben, sämtlichen Teilnehmern des Unterausschusses Psychotherapie wohlbekannt sind, denn alle haben sie nicht nur gelesen, sondern auch in ihrem Herzen bewegt. – Sie haben das Wort, wer immer das Wort haben möchte. – Frau Konitzer.

Frau Konitzer (BPtK): Vielen Dank für die freundliche Begrüßung und für die Gelegenheit, hier mündlich Stellung zu nehmen. Herr Dr. Deisler, ein kleines bisschen möchte ich auf das zurückgreifen, was wir geschrieben haben, und zwar, weil das für den Punkt, der uns besonders am Herzen liegt und den wir mündlich noch einmal einbringen wollen, wichtig ist. Schimpfen Sie dann hinterher mit mir, wenn es zu lange war.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Gnädige Frau, des Schimpfens bin ich gar nicht fähig.

Frau Konitzer (BPtK): Wir begrüßen es vonseiten der BPtK sehr, dass sich der Unterausschuss Psychotherapie des Anliegens der Bundespsychotherapeutenkammer und des Dachverbands Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie angenommen hat, die bisherige Indikationsbeschreibung in § 22 Abs. 2 Nr. 4 der Psychotherapie-Richtlinie an den aktuellen Stand der Forschung anzupassen. Wir verbinden damit insbesondere die Hoffnung, dass durch eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie in diesem Punkt eine der Barrieren für eine bessere psychotherapeutische Versorgung dieser Patientengruppe substanziell reduziert werden kann.

Ausgangspunkte unserer Initiative zur Änderung der Indikationsbeschreibung der psychotischen Erkrankungen waren zum einen die ungenügenden psychotherapeutischen Behandlungsraten bei Patienten mit den entsprechenden Diagnosen und zum anderen das seit einigen Jahren auch in Form von evidenzbasierten Leitlinien kondensierte Wissen um die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren in der Behandlung der Schizophrenie. Diese psychotherapeutischen Interventionen und Verfahren, insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie, werden in diesen Leitlinien aufgrund der vorliegenden Studienevidenz auch für die Behandlung der Kernsymptomatik der Schizophrenie und zu

einem frühen Zeitpunkt in der Behandlung mit der höchsten Empfehlungsstärke empfohlen. Dies haben wir in unserer Stellungnahme anhand der NICE-Guideline Schizophrenie ausführlich dargestellt. Darauf gehe ich jetzt nicht weiter ein.

Analysen auf der Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen, aber auch die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung zeigen jedoch, dass sich diese Empfehlungen leider nicht in der Versorgungsrealität widerspiegeln. Patienten mit einer F2-Diagnose sind im Vergleich zur relativen Häufigkeit dieser Erkrankung in bevölkerungsepidemiologischen Studien in der psychotherapeutischen Versorgung deutlich unterrepräsentiert. Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie wird in der internationalen Literatur auf circa 1 Prozent beziffert, die Punktprävalenz auf etwa 0,5 Prozent geschätzt. In der aktuellen bevölkerungsrepräsentativen Studie DEGS wird nach Screening-Kriterien die Zwölfmonatsprävalenzrate einer möglichen psychotischen Erkrankung in den letzten zwölf Monaten sogar mit 2,6 Prozent angegeben. Die allgemeine Behandlungsrate liegt bei dieser Personengruppe nach den Ergebnissen des DEGS insgesamt bei rund 40 Prozent. Spezifische Analysen zur psychotherapeutischen Behandlungsrate auf der Basis des DEGS liegen derzeit noch nicht vor.

Aber die existierenden Analysen der Sozialdaten oder der Abrechnungsdaten zeigen, dass diese Patientengruppe in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit einem Anteil mit knapp 1 Prozent an allen Psychotherapiepatienten unterrepräsentiert ist. Dies zeigen sowohl der Zwischenbericht zur ambulanten psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung von Kruse und Herzog als auch Analysen auf der Basis der Daten einzelner Krankenkassen im Auftrag der BPTK.

Es ist also festzuhalten, dass es in dem Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie ein deutliches Defizit gibt. Hierfür gibt es neben den derzeit bestehenden Einschränkungen bei der Indikationsbeschreibung in der Psychotherapie-Richtlinie natürlich ein breites Spektrum von weiteren Ursachen und entsprechend auch von Ansatzpunkten für Verbesserungen. Zu nennen sind hier unter anderem Fortbildungen im Bereich der Psychosenpsychotherapie, Verbesserung der Zuweisung und Koordination der psychotherapeutischen Versorgung, Management zur Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung, stärkere Vernetzung der an der Versorgung von Menschen mit Psychosen beteiligten Berufsgruppen und eine stärkere Transparenz über spezifische psychotherapeutische Angebote und Behandlungsschwerpunkte. Diese zusätzlichen Ansatzpunkte für eine Besserung der Versorgung sollten parallel zu der aktuellen Richtlinienänderung adressiert werden.

Hinsichtlich der Fortbildung zur Psychosenpsychotherapie kann ich Ihnen aus dem Innenleben der Psychotherapeutenkammern berichten, dass hier bereits verstärkt Angebote vorgehalten und von den Kolleginnen und Kollegen auch stark nachgefragt werden. Hinsichtlich der Verbesserung der Zuweisungsprozesse, der Koordination der Versorgung und Verbesserung der Transparenz über Behandlungsschwerpunkte und Behandlungsformen erwarten wir uns erhebliche Verbesserungen im Zuge der anstehenden Reform der Psychotherapie-Richtlinie, unter anderem mit der Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde und einer weiteren Differenzierung des Leistungsspektrums in der ambulanten Psychotherapie. Auch darauf will ich an dieser Stelle nicht näher eingehen.

Die Anpassung der Indikationsbeschreibung in der Psychotherapie-Richtlinie an den aktuellen Stand des medizinischen Wissens ist daher nur ein Baustein, aber schon ein wichtiger auf dem Weg zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen. Der Beschlussentwurf des G-BA macht mit der Anpassung der Indikationsbeschreibung deutlich, dass die psychotische Erkrankung selbst eine Indikation für Psychotherapie ist und die Indikation zur Psychotherapie in allen Phasen der psychotischen Erkrankung, also auch in der akuten Phase und unter anderem auch bei persistierender Positivsymptomatik gestellt werden kann bzw. in

einem frühen Zeitpunkt in der Behandlung mit der höchsten Empfehlungsstärke empfohlen. Dies haben wir in unserer Stellungnahme anhand der NICE-Guideline Schizophrenie ausführlich dargestellt. Darauf gehe ich jetzt nicht weiter ein.

Analysen auf der Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen, aber auch die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung zeigen jedoch, dass sich diese Empfehlungen leider nicht in der Versorgungsrealität widerspiegeln. Patienten mit einer F2-Diagnose sind im Vergleich zur relativen Häufigkeit dieser Erkrankung in bevölkerungsepidemiologischen Studien in der psychotherapeutischen Versorgung deutlich unterrepräsentiert. Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie wird in der internationalen Literatur auf circa 1 Prozent beziffert, die Punktprävalenz auf etwa 0,5 Prozent geschätzt. In der aktuellen bevölkerungsrepräsentativen Studie DEGS wird nach Screening-Kriterien die Zwölfmonatsprävalenzrate einer möglichen psychotischen Erkrankung in den letzten zwölf Monaten sogar mit 2,6 Prozent angegeben. Die allgemeine Behandlungsrate liegt bei dieser Personengruppe nach den Ergebnissen des DEGS insgesamt bei rund 40 Prozent. Spezifische Analysen zur psychotherapeutischen Behandlungsrate auf der Basis des DEGS liegen derzeit noch nicht vor.

Aber die existierenden Analysen der Sozialdaten oder der Abrechnungsdaten zeigen, dass diese Patientengruppe in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit einem Anteil mit knapp 1 Prozent an allen Psychotherapiepatienten unterrepräsentiert ist. Dies zeigen sowohl der Zwischenbericht zur ambulanten psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung von Kruse und Herzog als auch Analysen auf der Basis der Daten einzelner Krankenkassen im Auftrag der BpTK.

Es ist also festzuhalten, dass es in dem Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie ein deutliches Defizit gibt. Hierfür gibt es neben den derzeit bestehenden Einschränkungen bei der Indikationsbeschreibung in der Psychotherapie-Richtlinie natürlich ein breites Spektrum von weiteren Ursachen und entsprechend auch von Ansatzpunkten für Verbesserungen. Zu nennen sind hier unter anderem Fortbildungen im Bereich der Psychosenpsychotherapie, Verbesserung der Zuweisung und Koordination der psychotherapeutischen Versorgung, Management zur Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung, stärkere Vernetzung der an der Versorgung von Menschen mit Psychosen beteiligten Berufsgruppen und eine stärkere Transparenz über spezifische psychotherapeutische Angebote und Behandlungsschwerpunkte. Diese zusätzlichen Ansatzpunkte für eine Besserung der Versorgung sollten parallel zu der aktuellen Richtlinienänderung adressiert werden.

Hinsichtlich der Fortbildung zur Psychosenpsychotherapie kann ich Ihnen aus dem Innenleben der Psychotherapeutenkammern berichten, dass hier bereits verstärkt Angebote vorgehalten und von den Kolleginnen und Kollegen auch stark nachgefragt werden. Hinsichtlich der Verbesserung der Zuweisungsprozesse, der Koordination der Versorgung und Verbesserung der Transparenz über Behandlungsschwerpunkte und Behandlungsformen erwarten wir uns erhebliche Verbesserungen im Zuge der anstehenden Reform der Psychotherapie-Richtlinie, unter anderem mit der Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde und einer weiteren Differenzierung des Leistungsspektrums in der ambulanten Psychotherapie. Auch darauf will ich an dieser Stelle nicht näher eingehen.

Die Anpassung der Indikationsbeschreibung in der Psychotherapie-Richtlinie an den aktuellen Stand des medizinischen Wissens ist daher nur ein Baustein, aber schon ein wichtiger auf dem Weg zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen. Der Beschlussentwurf des G-BA macht mit der Anpassung der Indikationsbeschreibung deutlich, dass die psychotische Erkrankung selbst eine Indikation für Psychotherapie ist und die Indikation zur Psychotherapie in allen Phasen der psychotischen Erkrankung, also auch in der akuten Phase und unter anderem auch bei persistierender Positivsymptomatik gestellt werden kann bzw. in

den meisten Fällen auch bestehen wird. Dies ist ein wichtiges Signal an die behandelnden Psychotherapeuten, die Gutachter, aber auch die gegebenenfalls zuweisenden Ärzte und nicht zuletzt auch an die betroffenen Patienten und wird hoffentlich dabei helfen, die Zugangsbarrieren für Patienten mit psychotischen Erkrankungen etwas zu reduzieren.

Allerdings wäre es aus unserer Sicht fachlich angemessen gewesen, in diesem Zusammenhang auch auf die weiteren in § 22 Abs. 2 PT-RL genannten Vorbedingungen für eine psychotherapeutische Behandlung bei psychotischen Erkrankungen zu verzichten. Dies sind die Voraussetzungen, dass psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil an der Erkrankung haben, sich ein Ansatzpunkt für Psychotherapie findet und vorher oder parallel eine somatisch-ärztliche Behandlung stattfindet. Die ersten beiden Punkte werden regelhaft erfüllt sein und sind auch bei den Indikationen nach § 22 Abs. 1 PT-RL im Zusammenhang mit der Entwicklung eines individuellen Störungsmodells und der konkreten psychotherapeutischen Behandlungsplanung ohnehin stets zu prüfen. Der Mehrwert einer solchen Regelung in § 22 Abs. 2 PT-RL erscheint uns daher fraglich. Auch die Forderung nach einer vorherigen oder parallelen somatisch-ärztlichen Behandlung wird sicherlich in den allermeisten Fällen erfüllt sein, in denen Patienten mit einer psychotischen Erkrankung eine ambulante Psychotherapie nachfragen. Aber es ist schwer vorstellbar, dass allen Patienten grundsätzlich eine solche somatisch-ärztliche Behandlung zwingend vorgeschrieben wird – über den Konsiliarbericht hinaus –, um einen Zugang zur ambulanten Psychotherapie erhalten zu können.

Insgesamt sind die zusätzlichen Vorgaben für die Indikation zur Psychotherapie bei Patienten bei einer psychotischen Erkrankung relativ unbestimmt und könnten zulasten von Patienten aufseiten der Behandelten und der Kostenträger zu Unsicherheiten führen, ob in einem konkreten Fall eine psychotherapeutische Behandlung gemäß den Vorgaben der Richtlinie noch zulässig ist. Wie in unserer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, sollte daher auch die angesprochene Erläuterung der inneren Logik des § 22 Abs. 2 PT-RL in den Tragenden Gründen um das Wort „typischerweise“ ergänzt werden, damit nicht kategorisch für alle Patienten zur Voraussetzung gemacht wird, dass die Psychotherapie nur erbracht werden kann, wenn sie Teil eines komplexen Behandlungskonzepts ist.

Insgesamt stellt sich aus Sicht der BpTK die Frage, welche Risiken mit einer solchen Regelung in § 22 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie minimiert werden sollen bzw. könnten und – umgekehrt – welche unerwünschten Nebenwirkungen eine solche Regelung haben kann. Psychotherapeuten, die Patienten mit psychotischen Erkrankungen behandeln, suchen die Kooperation mit dem mitbehandelnden Psychiater, sofern es einen gibt, oder auch mit dem mitbehandelnden Hausarzt und werden den Patienten über die jeweilige Leitlinienempfehlung zur medikamentösen Behandlung der Schizophrenie bzw. der jeweiligen psychotischen Erkrankung informieren. Dies ist ohnehin gelebte Praxis. Das Versorgungsproblem besteht nicht darin, dass Psychotherapeuten Patienten mit psychotischen Erkrankungen psychotherapeutisch behandeln und keine vorherige oder parallele ärztlich-somatische Behandlung stattfindet. Das eigentliche Versorgungsproblem besteht doch darin, dass zu viele Patienten mit psychotischen Erkrankungen keinen Zugang zur ambulanten Psychotherapie erhalten und ausschließlich medikamentös behandelt werden. Daher sollten Regelungen vermieden werden, die die Barriere für die betroffenen Patienten unnötig dadurch erhöhen, dass sie zusätzliche Anforderungen definieren und gegebenenfalls Patienten, die eine parallele somatisch-ärztliche bzw. medikamentöse Behandlung nicht bzw. noch nicht in Anspruch nehmen wollen, ausschließen. Wir sprechen uns daher dafür aus, die schizophrenen und affektiven psychotischen Erkrankungen als weitere Indikation in § 22 Abs. 1 PT-RL ohne zusätzlich Nennung von Voraussetzungen für die Anwendung von Psychotherapie aufzuführen.

Abschließend möchte ich noch darauf hinweisen, dass eine solche Änderung ohnehin mit keiner Leistungsausweitung in der ambulanten Psychotherapie verbunden wäre. Lediglich könnten andere Pati-

enten verstärkt einen Zugang zur ambulanten Psychotherapie erhalten. Dies betreffe eben insbesondere diejenigen, die unter besonders schweren Beeinträchtigungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung leiden und für die zu Recht von unterschiedlichen Seiten ein besserer Zugang zur ambulanten Psychotherapie gefordert wird. – Vielen Dank.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Frau Konitzer. Jetzt weiß ich auch, was die Maßnahme „ein bisschen aus der schriftlichen Stellungnahme zitieren“ bedeutet. Das hat zumindest bei mir zu einer gewissen Klarheit geführt. – Ich gehe davon aus, dass Sie, Herr Harfst, nicht noch weiter ergänzen wollen, ich will Sie aber nicht von einer möglichen Wortmeldung abschneiden. Die Damen und Herren Experten sitzen vorzugsweise links und rechts, sodass es jetzt deren vornehmste Stunde ist, Fragen zu stellen, falls weitere Fragen da sein sollten. – Es gibt keine weiteren Fragen. Ich darf mich herzlich bedanken. Dann schließe ich diese Anhörung. Wir werden uns mit Ihren Bedenken in der weiteren Tagesordnung befassen.

Schluss der Anhörung: 11.26 Uhr